



**EHESP**

---

**DESSMS**

Promotion : **2016 - 2018**

Date du Jury : **décembre 2017**

---

**Déploiement de la télémédecine entre le centre hospitalier d'Arras et la Maison de santé pluri professionnelle Léonard de Vinci : aperçu de la gestion du projet (phase de lancement)**

---

**Lucil-A. MODEBELU**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier très chaleureusement :

- Monsieur le Docteur Pierre SIMON, ancien président de l'Association Française de Télémedecine, pour sa générosité.
- Monsieur le Docteur Abdelkader BENZIANE, chef du service de néphrologie du centre hospitalier d'Arras pour nos très riches échanges professionnels.
- Madame le Docteur Armelle FAYARD, chef du service de diabétologie et Monsieur le Docteur Marc BROUILLARD, chef du pôle de médecine du centre hospitalier d'Arras.
- Monsieur le Docteur Laurent TURI, président de la maison de santé pluri professionnelle Léonard de Vinci pour son énergie positive.
- Monsieur le Docteur Patrick LE-COZ, président de la CME du centre hospitalier d'Arras, pour la qualité de sa pédagogie.
- Monsieur Pierre BERTRAND, directeur et maître de stage, pour sa bienveillance et la confiance accordée.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe de direction du groupement hospitalier de l'Artois-Ternois au côté de laquelle j'ai appris et évolué durant 8 mois.

Je remercie l'ensemble des personnes que j'ai interrogées, sollicitées, rencontrées qui ont permis la réalisation de ce travail citées en introduction.

Je tiens à remercier les enseignants de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique au rang desquels Monsieur Michel LOUAZEL, Madame Catherine KELLER, Madame Marie-Laure MOQUET-ANGER.

*« Rien n'est si contagieux que l'exemple »<sup>1</sup>.*

---

<sup>1</sup> François de la Rochefoucauld



---

# Sommaire

---

Introduction .....	3
Brève évolution politique de la télémédecine.....	4
Vers le « déverrouillage » de son modèle économique .....	7
Caractère d'une innovation organisationnelle entre la ville et l'hôpital .....	9
Méthodologie, objectif du mémoire et entretiens réalisés .....	10
1 La définition des objectifs stratégiques et de santé publique portés par le projet.....	12
1.1 Favoriser la médecine de parcours .....	12
1.1.1 Le Centre hospitalier d'Arras, acteur de recours sur son territoire .....	12
1.1.2 Conjuguer attractivité et proximité des soins : la MSPP Léonard de Vinci ..	14
1.1.3 Améliorer l'adressage des patients par un partenariat ville-hôpital .....	17
1.2 Garantir l'accès aux soins dans l'Arrageois-Ternois .....	18
1.2.1 Des spécificités démographiques favorisantes pour le projet .....	18
1.2.2 Répondre à la désertification médicale.....	19
1.2.3 Améliorer la qualité de vie des usagers et de leurs soins .....	20
1.3 La définition du projet médical de télémédecine .....	22
1.3.1 L'identification des besoins médicaux en télémédecine.....	22
1.3.2 Un déploiement par étape sur trois spécialités .....	26
2 La déclinaison opérationnelle du projet médical de télémédecine entre le CH d'Arras et la MSPP Léonard de Vinci.....	29
2.1 L'identification des principaux enjeux et propositions de réponses .....	29
2.1.1 Concevoir l'organisation .....	29
2.1.2 Maîtriser l'aspect budgétaire et financier .....	34
2.1.3 La clarification des aspects techniques .....	38
2.2 Accompagner la transformation organisationnelle .....	40
2.2.1 Communiquer sur le sens du projet.....	40
2.2.2 Le recours à un consultant expert pour accompagner et former les équipes	
41	
2.3 Proposition pour évaluer l'activité de télémédecine .....	44

Conclusion.....	47
Sources et bibliographie .....	49

---

## Liste des sigles utilisés

---

ALD : Affection longue durée  
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance  
AP-HM : Assistance publique – Hôpitaux de Marseille  
AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris  
ARS : Agence régionale de santé  
ASIP : Agence des systèmes d'information partagés de santé  
AVC : Accident vasculaire cérébral  
CH : Centre hospitalier  
CHMY : Centre hospitalier de Moulins-Yzeure  
CHRU : Centre hospitalier régional et universitaire  
CISS : Collectif interassociatif sur la santé  
CMG : Commission médicale de groupement  
CRAPS : Club de réflexion sur l'avenir de la protection sociale  
GCS : Groupement de coopération sanitaire  
GIP : Groupement d'intérêt public  
DATAR : Délégation ministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale  
DFG : Débit de filtration glomérulaire  
DGCSI : Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services (devenue la Direction Générale des Entreprises (DGE))  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
DIM : Département d'information médicale  
DSS : Direction de la sécurité sociale  
DSSIS : Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé  
EHAPD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique  
ETAPES : Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé  
FHF : Fédération hospitalière de France  
FIR : Fonds d'intervention régional  
GCS : Groupement de coopération sanitaire  
GHAT : Groupement hospitalier de l'Artois-Ternois  
GHT : Groupement hospitalier de territoire  
HAD : Hospitalisation à domicile  
HAS : Haute autorité de santé  
HCSP : Haut conseil de la santé publique  
HDF : Hauts de France

HPST : Hôpital, patients, santé, territoire  
IDE : Infirmier (e) diplômé (e) d'Etat  
IRC : Insuffisance rénale chronique  
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale  
LMSS : Loi de modernisation de notre système de santé  
MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique  
MSA : Mutualité sociale agricole  
ORS : Observatoire régional de santé  
PH : Praticien hospitalier  
PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique  
PMP : Projet médical partagé  
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
PRS : Projet régional de santé  
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire  
RU : Représentant (e) des usagers  
SAMU : Service d'aide médicale urgente  
SNS : Stratégie nationale de santé  
SSR : Soins de suite et de réadaptation  
T2A : Tarification à l'activité  
UDM : Unité de dialyse médicalisée  
UDMT : Unité de dialyse médicale télésurveillée  
UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées  
psychiques  
URPS : Union régionale des professionnels de santé  
USLD : Unité de soins de longue durée  
VPN : Virtual private network



## Introduction

« La performance future de notre système de santé dépendra de notre capacité à développer et à moderniser les soins primaires et leur articulation avec les spécialistes de recours »<sup>2</sup> lance Madame Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé aux Rencontres de la Baule 2017 sur « La médecine libérale au sein du nouveau système de santé ».

De nombreux exemples démontrent aujourd'hui que « les frontières et les cloisonnements institutionnels qui existent parfois entre la médecine de ville et la médecine hospitalière peuvent être dépassés » comme le partenariat réussi entre le Centre hospitalier de Saint-Grégoire (Rennes) et l'URPS Médecins libéraux de Bretagne pour la coordination du retour à domicile des patients en chirurgie ambulatoire ou le partenariat inédit entre le centre municipal de santé Etienne Gatineau-Saillant de Gennevilliers et les Hôpitaux Universitaires du Nord-Val-de-Seine de l'AP-HP<sup>3</sup> ayant vocation à fluidifier le parcours de soins et à faciliter l'accès aux soins de premiers recours. Pour l'exemple, des téléconsultations depuis le centre municipal de santé permettront de recueillir à distance l'expertise des praticiens de l'hôpital Louis Mourier AP-HP. Une cellule territoriale de coordination sera mise en place à titre expérimental (septembre 2017) afin de faciliter aux médecins de Gennevilliers l'accès pour leurs patients aux consultations spécialisées de l'hôpital Louis-Mourier AP-HP, et d'organiser des hospitalisations programmées plutôt que de recourir aux urgences.

L'évolution de la technologie dans le secteur des communications révolutionne les relations entre les individus et les collectivités en modifiant en profondeur les comportements. C'est le cas de la télémédecine qui transforme tant les représentations que les pratiques médicales. Elle émerge aux Etats-Unis et au Canada et se développe en France dans les années 90. Favorisée par le mode de financement des hôpitaux par dotation globale, elle sera freinée par l'absence de financement clairement identifié après l'entrée en vigueur de la Tarification à l'activité (T2A) en 2008<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> NAYRAC C., septembre 2017, « Agnès Buzyn souhaite mieux valoriser l'innovation et la qualité dans la rémunération des médecins » [en ligne], *Hospimedia*, Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170901-politique-de-sante-agnes-buzyn-souhaite-mieux-valoriser>

<sup>3</sup> Communiqué de presse, juillet 2017, « Agnès Buzyn apporte son soutien au partenariat inédit signé entre l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et le Centre municipal de Santé de Gennevilliers » [en ligne], Disponible sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/>

<sup>4</sup> CRAPS, 2016, *Pour structurer la médecine du XXI<sup>ème</sup> siècle : la télémédecine* [en ligne], Les cahiers de propositions 2017-2022, p.3 Disponible sur internet :

Le Professeur Louis LARENG fonde l'institut européen de télémédecine en 1989 et initie, en pionnier, de nouvelles pratiques de télémédecine entre le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse et les autres établissements de santé de l'ex région Midi-Pyrénées (nouvelle région Occitanie). En premier lieu, il met en place des téléconsultations spécialisées entre l'hôpital Rangueil à Toulouse et l'hôpital Combarel à Rodez permettant aux patients de bénéficier d'une prise en charge spécialisée à distance et d'éviter certains transferts vers le CHU puis étend l'expérimentation à d'autres établissements de la région. Gérées par le service de télémédecine du CHU de Toulouse au sein d'un Groupement d'Intérêt Public (GIP), les téléconsultations et téléexpertises réalisées entre 1995 et 2005 ont permis d'éviter près de 50% de transferts vers le CHU et 15% de pertes de chance pour les patients. A partir des années 2000, d'autres régions ont initié des organisations de télémédecine comme la Bretagne avec la télédialyse, la Franche-Comté avec le télé-AVC, l'Ile-de-France avec la téléradiologie et le dispositif Télégéria, la Normandie avec le télésuivi des insuffisants cardiaques à domicile<sup>5</sup>.

### **Brève évolution politique de la télémédecine**

Si le développement des pratiques de télémédecine est avant tout une affaire médicale (qui dépend du degré de motivation des médecins qui sont les principaux porteurs de projets télémédecine), il est aussi rendu possible par la nature des orientations portées par les réformes de santé publique.

Après les débuts de l'usage français de la télémédecine à grande échelle par des médecins pionniers dans les années 90, le plan « e-santé 2000 » est lancé assorti d'une enveloppe financière de 25 millions d'euros devant permettre aux établissements d'investir dans les moyens numériques de l'e-santé et d'informatiser les dossiers médicaux. L'article 32 de la loi n°2004-810 relative à l'Assurance maladie lève l'interdiction d'exercer la médecine à distance et inscrit la pratique de la télémédecine dans la loi. Le plan e-santé 2000 n'a toutefois pas permis un développement pérenne des applications de télémédecine (conclusions d'un rapport ministériel de 2008), l'absence de cadre réglementaire pour les professionnels de santé et la faiblesse ou l'absence de financements pour le fonctionnement des projets en étant les principales causes<sup>6</sup>.

---

<http://www.protectionsociale2017.fr/wp-content/uploads/2016/12/cahier-de-propositions-pierre-simon.pdf>

<sup>5</sup> Club de Réflexion sur l'Avenir de la Protection Sociale (CRAPS), « Pour structurer la médecine du XXIème siècle : la télémédecine », Les cahiers de propositions, 2017-2022, p.3-4

<sup>6</sup> SIMON P. « Télémédecine, Enjeux et pratiques », 2015, Ed. Le Coudrier, p. 65

Quelques années plus tard, l'article 78 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) définit pour la première fois la télémédecine<sup>7</sup> et le décret d'application n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé rend obligatoire l'élaboration d'un programme régional de télémédecine par les Agences Régionales de Santé (ARS). Actuellement au nombre de cinq, les actes de télémédecine sont définis par l'article 1 du décret n°2010-1229 relatif à la télémédecine du 19 octobre 2010 : → la **téléconsultation** qui permet à un professionnel médical de donner à un patient une consultation à distance à laquelle un professionnel de santé peut être présent pour assister le patient ; → la **téléexpertise** qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient comme les données cliniques, radiologiques ou biologiques figurant dans le dossier médical du patient ; → la **télésurveillance médicale** qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient, recueillies et transmises de façon automatisée par le patient lui-même ou un professionnel de santé ; → la **téléassistance médicale** qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte et enfin ; → la **régulation médicale** apportée dans le cadre de la régulation médicale comme le SAMU ou le téléconseil personnalisé médical donné par un médecin régulateur en l'absence d'urgence médicale.

Dès la publication du décret du 19 octobre 2010, une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine est lancée en mars 2011 via la mise en place d'un comité national de pilotage chaperonné par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) avec l'appui de l'ASIP Santé, la DSSIS, la DSS, l'ANAP, la CNAM-TS, la DATAR, la DGCIS (devenue la DGE<sup>8</sup>), la HAS et les représentants des usagers. Cinq chantiers prioritaires identifiés : 1/ La permanence des soins en imagerie médicale, 2/ La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, 3/ La santé des personnes détenues, 4/ La prise en charge d'une maladie chronique, 5/ Les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile. Tout projet de télémédecine qui répond à un besoin de santé et qui s'inscrit dans ces orientations stratégiques peut bénéficier d'un soutien financier public.

Avec l'arrivée du nouveau gouvernement issu de la majorité socialiste en 2012, la Stratégie Nationale de Santé (SNS) officiellement lancée par le premier ministre de l'époque, Jean-Marc AYRAULT, en février 2013 entend réorganiser le système de santé autour du

---

<sup>7</sup> Art. L6316-1 du code de la santé publique

<sup>8</sup> Art. 1 du décret n°2014-1048 du 15 septembre 2014 modifiant le décret n°2009-37 du 12 janvier 2009 relatif à la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services

parcours de soins, et plus, du parcours de santé. Parmi les axes structurants de la SNS 2012-2017 : « **Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale** » notamment en soutenant la structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles<sup>9</sup> organisées en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSPP), nouveau mode d'exercice de la médecine libérale. Le rôle majeur du médecin traitant dans la coordination des soins en lien avec l'hôpital, les EHPAD et les soins spécialisés est réaffirmé au bénéfice d'un meilleur suivi des maladies chroniques.

S'inscrire dans cette territorialité des soins suppose que l'innovation soit placée au cœur de la SNS : elle figurera parmi l'un des quatre piliers de la SNS 2017-2022<sup>10</sup>. Par ailleurs, le système de santé ne peut progresser qu'au « prix de l'avancée du front des connaissances, soulignant la nécessité de développer les recherches les plus fondamentales et de les coupler avec les activités directement liées à la santé humaine »<sup>11</sup>. C'est la raison pour laquelle, le projet de télémédecine entre le Centre Hospitalier (CH) d'Arras et la MSPP Léonard de Vinci, sujet de ce mémoire, est également associé à un Projet de Recherche Clinique (PHRC) porté par le Président de la maison de santé en collaboration étroite avec l'unité de recherche clinique du centre hospitalier d'Arras.

Le « pacte territoire santé 1 » (2012-2015), lancée par Madame Marisol TOURAINE, ministre de la Santé sous la présidence de François HOLLANDE, avait pour objectif le recul des déserts médicaux en développant entre autres leviers celui de la télémédecine (engagement 7). Engagement renforcé le « pacte territoire santé 2 » (2015-2017) avec la volonté « Favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et les soins urgents » (engagement 9). En plein développement à l'hôpital, la télémédecine reste d'un usage limité en ville. Au 31 décembre 2012, sur 331 projets de télémédecine recensés 53% sont exclusivement hospitaliers<sup>12</sup>. Assorti d'une enveloppe de 40 milliards d'euros, il s'agit de favoriser le déploiement sur 9 régions pilotes des téléconsultations, téléexpertises et de la télésurveillance pour les patients souffrant d'une Affection Longue Durée (ALD) en

---

<sup>9</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, septembre 2013, *Stratégie nationale de santé, feuille de route* [en ligne], p. 12, Disponible sur internet : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille\\_de\\_route.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf)

<sup>10</sup>BAYLE-INIGUEZ A., septembre 2017, « La stratégie nationale de santé présentée le 12 septembre, un décret fin décembre », Le Quotidien du Médecin, Disponible sur internet : [www.lequotidiendumedecin.fr](http://www.lequotidiendumedecin.fr)

<sup>11</sup> Ministère des affaires sociales et de la santé, « Stratégie nationale de santé, feuille de route », [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille\\_de\\_route.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf), 23 septembre 2013, p.17

<sup>12</sup> DGOS, octobre 2014, *Télémédecine : point sur les travaux relatifs aux expérimentations (Art.36 LFSS 2014)* [en ligne], Disponible sur internet : [http://esante.gouv.fr/sites/default/files/4\\_telemedecine\\_point\\_sur\\_les\\_travaux\\_relatifs\\_aux\\_experimentations\\_art.36.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/4_telemedecine_point_sur_les_travaux_relatifs_aux_experimentations_art.36.pdf)

favorisant l'équipement des EHPAD, des centres et maisons de santé. L'enjeu ? Faire de la télémédecine un outil au service du premier recours pour favoriser l'accès aux soins spécialisés y compris dans les territoires isolés impliquant pour les professionnels de disposer des modes de rémunérations adaptés.

### **Vers le « déverrouillage » de son modèle économique**

Pour que ce mode de médecine innovante, coordonnée, « proactive » constitue le « fonds de commerce » des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), créés par la Loi de Modernisation de notre Système de Santé (LMSS) du 26 janvier 2016, les acteurs de santé doivent pouvoir compter sur un système de rémunération incitatif.

Afin que « le renforcement de la télémédecine constitue un levier de mise en œuvre de la stratégie de groupe public (...). La Fédération Hospitalière de France (FHF) a souhaité que soit mis en place un déverrouillage du modèle économique des activités de télémédecine, téléexpertise et téléconsultation sur la base d'un financement à l'activité. »<sup>13</sup>. En effet, le fonctionnement d'un système centré sur le parcours de santé appelle une grande coordination territoriale des acteurs sanitaire, ambulatoire, social et médico-social. Il n'est pas compatible avec un système de financement cloisonné en fonction des spécificités de chaque secteur. A l'initiative de son président Frédéric VALLETOUX, cette dernière lance la mission FHF-Télémédecine<sup>14</sup> dans le cadre de sa campagne nationale de sensibilisation « Déverrouillons la télémédecine ».

Le dispositif expérimental pour le déploiement des projets de télémédecine dans neuf régions pilotes instauré en 2014<sup>15</sup> portant sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales est généralisé en 2017 à l'ensemble des régions de France pour la réalisation d'actes pour des patients pris en charge en médecine de ville, en établissement de santé dans le cadre de consultations externes et en structures médico-sociales<sup>16</sup>. Si les dépenses résultant de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) prévu à l'article L1435-8 du code de la santé publique, la LFSS pour 2017 lève la quasi-totalité des obstacles administratifs et financiers de la

---

<sup>13</sup> Visite de David GRUSON, Délégué général FHF, Centre Hospitalier Moulins Yzeure, « Déverrouiller la télémédecine », Dossier de presse Montmorency 2, 22 décembre 2016

<sup>14</sup> Mission conduite par Monsieur le Docteur Pierre SIMON, néphrologue et ancien Président de la Société Française de Télémédecine, Madame Elodie HEMERY, Directrice de l'Institut national des jeunes sourds, Madame Céline WASMER, Directrice du pôle de neurosciences du CH de Saint-Anne, Madame la Docteur Nathalie CHHUN-LEGLISE

<sup>15</sup> Art. 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

<sup>16</sup> Art. 91 de la loi 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017

télé médecine en France et en particulier pour les médecins libéraux<sup>17</sup> en accélérant son déploiement par la mise en place de financements adaptés pour l'activité, les surcoûts<sup>18</sup>, la suppression de l'obligation de conventionnement entre ARS, organismes locaux d'assurance maladie et professionnels.

Aux fins de fixer une tarification préfiguratrice des actes permettant aux professionnels de santé de développer des projets pertinents et cohérents en réponse aux besoins de santé, le programme ETAPES (Expérimentations de Télé médecine Pour l'Amélioration des Parcours En Santé) porté par la DGOS réunit en son sein l'ensemble des cahiers des charges (parus ou à paraître) définissant les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations. Par ailleurs, Nicolas REVEL, directeur général de l'Assurance maladie, a annoncé souhaiter mettre en place le remboursement « en routine » par l'Assurance maladie des téléconsultations et téléexpertises. Une disposition pourrait donc être prise dès l'automne 2017 afin que le remboursement soit effectif dès 2018.

**Cahiers des charges à respecter pour une rémunération des actes de  
télé médecine:**

- L'arrêté du 15 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télé médecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (*abrogé par l'arrêté du 28 avril 2016*).
- L'arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mise en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 élargissant le périmètre des expérimentations à tous les patients souffrant d'ALD ou résidents dans une structure médico-sociale.
- L'arrêté du 6 décembre 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 pour les patients insuffisants cardiaques chroniques, les patients insuffisants rénaux chroniques et les patients en insuffisance respiratoire chronique.

<sup>17</sup> SIMON P., mai 2017, « Le financement des pratiques de télé médecine en France est déverrouillé... », [en ligne], *Managersante.com*, Disponible sur internet : <https://managersante.com/2017/05/01/le-financement-des-pratiques-de-teledemecine-en-france-est-deverrouille/>

<sup>18</sup> Arrêté du 10 juillet 2017 fixant le financement forfaitaire mentionné au II de l'article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

## **Caractère d'une innovation organisationnelle entre la ville et l'hôpital**

Son rôle n'est pas de remplacer les modes classiques de prise en charge médicaux et soignants actuels mais bien de les compléter. Vecteur d'amélioration de l'accès aux soins en permettant une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients, la télémédecine contribue aussi à rompre l'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé libéraux en créant un accès privilégié à l'expertise des praticiens hospitaliers. Impliquant un échange d'un grand nombre d'informations la «télé activité médicale » doit s'appuyer sur un réseau internet haut débit, des systèmes d'information performants, accessibles et partagés assurant le respect de la confidentialité des données.

Toutefois, un projet de télémédecine demeure une performance humaine avant d'être une performance technique. C'est la raison pour laquelle sa mise en place requiert davantage un investissement humain même si, bien sûr, la technique doit être parfaitement maîtrisée.

### **Focus : télémédecine informative versus télémédecine clinique**

Le mémoire porte sur la mise en place d'un projet de télémédecine « clinique », approche française liée en grande partie à la culture médicale de notre pays et au modèle de formation des médecins aux lits des malades<sup>19</sup>.

La télémédecine « informative » diffère de la précédente. Son application principale est le télémonitoring des maladies chroniques<sup>20</sup> dans l'objectif d'améliorer la performance de la prise en charge par l'usage d'objets connectés en lien avec les industriels de la santé. C'est le cas des programmes et dispositifs de téléobservance à domicile comme CARDIAUVERGNE<sup>21</sup> ou DIABEO<sup>22</sup>).

---

<sup>19</sup> Club de Réflexion sur l'Avenir de la Protection Sociale (CRAPS), 2016, *Pour structurer la médecine du XXIème siècle : la télémédecine* [en ligne], Les cahiers de propositions 2017-2022, p.8, Disponible sur internet : <http://www.protectionsociale2017.fr/wp-content/uploads/2016/12/cahier-de-propositions-pierre-simon.pdf>

<sup>20</sup> SIMON P., 2015, *Télémédecine, Enjeux et pratiques*, Le Coudrier Editions (coll. Synthèse et repères) p.23

<sup>21</sup> Service régional de télésurveillance ambulatoire de patients insuffisants chroniques ayant pour objectif de diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des insuffisants cardiaques. Parti au dispositif et interrogé dans le cadre de ce mémoire, le Chef du service de cardiologie du centre hospitalier de Moulins Yzeure (Auvergne-Rhône Alpes) nous renseigne sur les bénéfices de ce dispositif : une diminution de 40% du taux de réhospitalisation à 1 an, une amélioration de la pertinence des prescriptions, une amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction des patients, une meilleure coordination avec les médecins et infirmier(e)s libéraux... pour une file active de près de 2000 patients, juin 2017

<sup>22</sup> BENHAMOU P.Y., septembre 2012, « La télémédecine au service de l'endocrinologie », *Annales d'endocrinologie*, vol. 73, n°4, pp. 241-242

## **Méthodologie, objectif du mémoire et entretiens réalisés**

La réalisation de ce mémoire puise son origine dans l'intérêt particulier porté aux pratiques de coopération et de coordination entre les acteurs de santé à l'échelle d'un territoire. Le choix du sujet relève d'une sélection opérée parmi un panel de thématiques sur proposition du maître de stage. En lien avec le président de CME, le chef de service de néphrologie du CH d'Arras et le président de la maison de santé, une démarche d'observation et d'étude a débuté au cours du stage de professionnalisation courant février 2017 sur le projet de coopération en télémédecine entre la MSPP Léonard-de-Vinci et le CH d'Arras avant son lancement officiel par le chef d'établissement en mars 2017 qui m'a alors confié la gestion du projet.

En tant qu'élève directrice, le bénéfice de traiter ce sujet de mémoire sous l'angle « gestion de projet » a été celui de lui donner un aspect opérationnel. Il rend compte en filigrane du travail de management, d'analyse et de synthèse que j'ai accompli avec l'ensemble des acteurs. Au côté d'un travail en interne, un certain nombre d'entretiens et de visites extérieurs à l'hôpital ont été réalisés afin d'enrichir le projet d'expériences voisines avec :

- Monsieur Marc VANDENBROUCK, directeur des affaires générales, Monsieur Jean-Jacques BONNICHON, chargé de mission télémédecine au centre hospitalier de Moulins-Yzeure.
- Docteur Christophe CHARASSE, chef du service de néphrologie, Monsieur Thierry COUVE, IDE coordinateur en télédialyse au centre hospitalier de Saint-Brieuc.
- Docteur Pierre SIMON, ancien président de l'Association française de télémédecine.
- Monsieur Driss AIT-MANI, président de CSD e-santé.
- Madame Anne-Briac BILI, responsable du Département « Innovation en santé » à la direction générale adjointe de l'ARS de Bretagne.
- Madame Danièle EVIN, représentante des usagers au centre hospitalier du Ternois.
- Monsieur Rodrigue ALEXANDER, directeur des finances, de l'activité et des systèmes d'information au centre hospitalier d'Arles.
- Monsieur Patrick MAJKA, responsable du service informatique au centre hospitalier d'Arras
- Docteur Christian VANDENBUSSCHE, chef du département d'information médicale du Groupement hospitalier de l'Artois-Ternois



La présentation se fait en deux parties : la première relate les objectifs et décisions stratégiques du projet que j'ai contribué à définir avec l'ensemble des acteurs, la deuxième en propose les déclinaisons opérationnelles. Ce mémoire tente d'articuler théorie et pratique. Il met en exergue, de par ces titres voulus concis, les aspects que j'ai appréhendés dans la conduite de ce projet. La conclusion, quant à elle, portera sur le mode de management que j'ai privilégié.

# 1 La définition des objectifs stratégiques et de santé publique portés par le projet

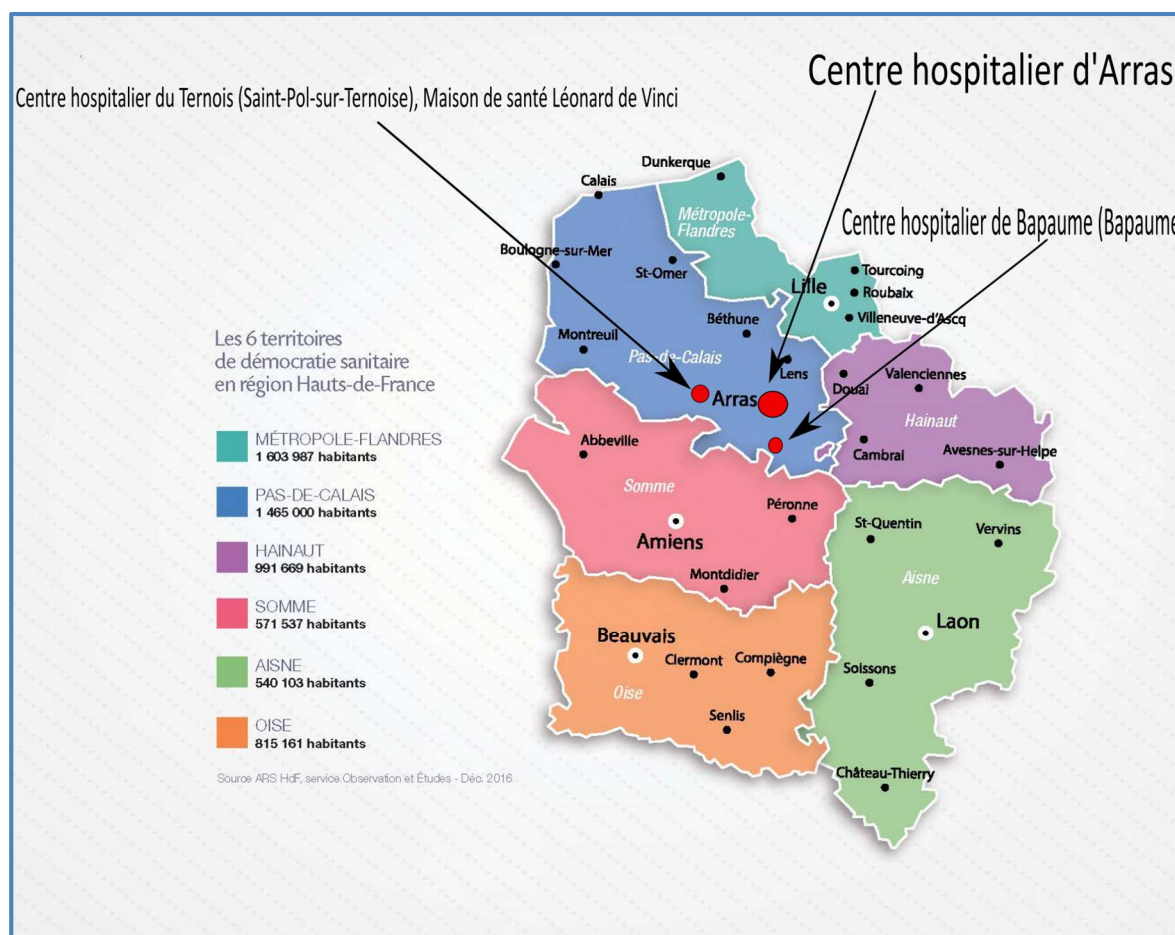
Par une analyse de contexte et au fil des échanges avec les acteurs concernés, il s'est agi de définir les objectifs du projet afin de l'inscrire dans les orientations régionales et nationales de santé et d'en circonscrire le projet médical.

## 1.1 Favoriser la médecine de parcours

### 1.1.1 Le Centre hospitalier d'Arras, acteur de recours sur son territoire

#### Caractéristiques du Groupement Hospitalier de Territoire.

Conformément à la LMSS du 26 janvier 2016, les centres hospitaliers de Bapaume, d'Arras et du Ternois ont formé le Groupement Hospitalier de l'Artois-Ternois (GHAT) dont la convention constitutive a été approuvée par le Directeur général de l'ARS le 1<sup>er</sup> juillet 2016.



#### Situation des CH du GHAT

Etablissement support, le CH d'Arras est le seul établissement MCO du groupement. Avec une capacité totale de 1138 lits et places, il dispose d'une offre quasi complète en médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et de trois EHPAD rattachés pour un budget de plus de 210 millions d'euros annuels (chiffres 2016). Le CH du Ternois, avec près de 500 lits et places, est un établissement d'orientation médico-sociale spécialisé dans les

soins de longue durée et SSR, l'hébergement, le handicap disposant d'une unité d'hébergement renforcée ainsi que d'un pôle d'activités et de soins adaptés. Issu d'une fusion avec le centre hospitalier de Frévent et l'EHPAD d'Auxi-le-Chateau au 1<sup>er</sup> janvier 2012, le CH du Ternois est un établissement multi sites sur lesquels sont répartis le CH, 8 EHPAD/UPAD et 3 foyers pour personnes en situation de handicap. Son budget annuel avoisine les 55 millions d'euros. Quant au CH de Bapaume, il comprend 159 lits d'EHPAD et 20 lits en foyer d'adultes handicapés pour un budget de plus de 10 millions d'euros.

Une double particularité caractérise le GHAT : d'une part, un directeur unique pour l'ensemble des trois établissements de par un mode de gouvernance en direction commune établie entre le CH d'Arras et le CH du Ternois depuis janvier 2016 et entre le CH d'Arras et le CH de Bapaume depuis janvier 2017, d'autre part une offre de santé couvrant l'ensemble des champs sanitaire, social et médico-social.

Avec ses trois établissements de santé, le GHAT représente la seule offre de soins publique de son territoire de proximité, l'Arrageois, au côté de trois autres établissements privés de santé. Le GHAT se nourrit de nombreux partenariats avec les acteurs de santé locaux issus des tissus sanitaire, associatif et médico-social, couvre un bassin de population de plus de 250 000 personnes et bénéficie d'un positionnement stratégique entre les CHRU de Lille et d'Amiens avec lesquelles il développe ses collaborations.

### **Projet médical partagé 2017-22 et ouverture sur la ville**

Au 1<sup>er</sup> juillet 2017, le GHAT a finalisé l'élaboration de son Projet Médical Partagé (PMP) 2017-22. Fruit d'un travail de concertation entre la direction et l'ensemble de la communauté médicale, le PMP a pour ambition de répondre aux besoins médicaux et sociaux de la population arrageoise à travers la structuration et le développement de ses 21 filières de soins<sup>23</sup>, elles-mêmes déclinées en 55 parcours de soins, tout en s'inscrivant dans les orientations du Projet Régional de Santé (PRS) nouvelle formule<sup>24</sup> qui sera finalisé par l'ARS des Hauts-de-France au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

---

<sup>23</sup> Conformément à l'alinéa 3 du I de l'article R.6132-3 du code de la santé publique

<sup>24</sup> Art. 158 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Art. L1434-2 du code de la santé publique : Constitué d'un Cadre d'Orientation Stratégique (COS) fixant les objectifs à 10 ans, d'un Schéma Régional de Santé (SRS) unique à 5 ans et d'un Programme Régional relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des personnes les plus démunies, les objectifs du PRS ont pour vocation de concourir à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé, d'améliorer l'accès des personnes démunies aux soins, d'organiser les parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

En articulant son PMP autour de dix grands enjeux stratégiques, le GHAT souhaite entre autres « garantir l'accès aux soins pour tous » et « sortir l'hôpital de ses murs ». Le CH d'Arras, en particulier, développe à ce titre ses liens avec la ville et notamment les médecins généralistes libéraux<sup>25</sup>. Le développement de la télémédecine avec les centres de détention pénitentiaires, les autres établissements sanitaires du territoire, les EHPAD et les maisons de santé pluriprofessionnelles figure également en bonne place dans les orientations du PMP. La direction favorise l'implantation de deux maisons de santé : la MSPP Léonard de Vinci à 45 minutes du CH d'Arras dans l'enceinte du CH du Ternois et la MSPP « en projet » à proximité immédiate du CH de Bapaume à 30 minutes d'Arras en voiture.

L'ouverture de l'hôpital sur la ville a également été marquée d'une reconnaissance institutionnelle avec l'élection du Docteur Laurent TURI, médecin libéral et président de la MSPP Léonard de Vinci à la vice-présidence de la Commission Médicale de Groupement (CMG) le 1<sup>er</sup> juillet 2017 au côté de son président Docteur Patrick Le COZ, neurologue et président de la CME du CH d'Arras, évènement que la presse spécialisée n'a d'ailleurs pas manqué de souligner<sup>26</sup>.

L'ensemble de ces éléments nous amène à conclure que le GHAT est parfaitement à même, comme tout GHT, à s'inscrire dans une logique populationnelle<sup>27</sup> en impulsant sur une dynamique innovante en lien avec la médecine de ville sur l'ensemble de son territoire.

### **1.1.2 Conjuguer attractivité et proximité des soins : la MSPP Léonard de Vinci**

« Depuis plusieurs années déjà, dès qu'il est question d'organisation des soins de proximité ou de démographie médicale, les maisons de santé sont sur le devant de la scène »<sup>28</sup>. Signe d'une mutation du système de santé ambulatoire, le succès de la mise en place des maisons de santé tient à plusieurs facteurs : d'une part au changement de paradigme opéré chez les professionnels de santé concernant les modes d'exercice de leur métier avec les jeunes générations qui optent plus volontiers pour un exercice à plusieurs ; d'autre part l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins attendue par les pouvoirs publics associée à un gain d'efficience.

---

<sup>25</sup> Exemples : Mise en place de numéros et lignes téléphoniques dédiés aux médecins généralistes pour leur permettre de joindre directement un confrère hospitalier au sein d'un répertoire médical complet, déploiement de la prise de rendez-vous en ligne...

<sup>26</sup> TRIBAULT G., 2 mars 2017, « Un avenant à la convention médicale précise le recours à la télémédecine en EHPAD » [en ligne], *Hospimedia*, Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170302-e-sante-un-avenant-a-la-convention-medicale>

<sup>27</sup> HCSP, 2017, *Groupement hospitalier de territoire et Santé publique. Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé* [en ligne], (coll. Rapports), p.10, Disponible sur internet : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=610>

<sup>28</sup> DE HAAS P., 2015, *Monter et faire vivre une maison de santé*, Le Coudrier Editions (coll. Synthèse et repères), p.13

Créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, les maisons de santé pluriprofessionnelles sont « une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens [assurant] des activités de soins sans hébergement de premier recours [et selon les cas] de second recours (...) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Le projet de santé [signé par chacun des professionnels de santé membres de la maison de santé] est compatible avec les orientations des schémas régionaux [et] transmis pour information à l'agence régionale de santé. »<sup>29</sup>.

N'échappant pas à la règle, les professionnels engagés dans la MSPP Léonard de Vinci bénéficient d'une meilleure qualité de conciliation vie privée/vie professionnelle tout en privilégiant la proximité des soins. Ils donnent à ce titre un nom révélateur et tenant lieu de devise à leur association créée le 21 mai 2015 : « La santé pour chacun et la santé pour tous. Le colloque singulier et le travail en réseau. ».

### **Fruit d'une volonté commune**

La MSPP Léonard de Vinci est le fruit d'une volonté commune, née au début de l'année 2015, entre les professionnels libéraux du Saint-Polois, la Communauté de communes des Vertes collines du Saint-Polois devenue la Communauté de communes du Ternois au 1<sup>er</sup> janvier 2017 et la direction du CH du Ternois. Sa construction est soutenue par la MSA, accompagnatrice du projet en accord avec l'ARS, l'URPS Médecins libéraux, l'Ordre des médecins, la MSP d'Anvin et le Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Lille concernant la formation des étudiants en médecine accueillis par la MSPP et la participation aux travaux de recherche en soins primaires<sup>30</sup>.

### **Ouverture au 1<sup>er</sup> janvier 2018**

La maison de santé mobilise une vingtaine de professionnels de santé libéraux se composant d'une sage-femme, un ostéopathe, une sophrologue, deux diététiciennes, cinq médecins généralistes, un orthoptiste, un orthophoniste (à recruter), un podologue, un ergothérapeute, une psychomotricienne, quatre infirmier(e)s, deux kinésithérapeutes (dont 1 est à recruter), une infirmière coordinatrice et deux chirurgiens-dentistes qui exerceront dans le bâtiment de la MSPP auxquels s'ajoutent deux psychologues et deux pharmaciens

---

<sup>29</sup> Art. L.6323-3 du code de la santé publique

<sup>30</sup> Charte de fonctionnement de la MSPP Léonard de Vinci, 13 février 2015, signée conjointement par la direction du CH du Ternois, le président de la communauté de communes des vertes du Saint Polois et le Président de la MSPP

qui conserveront leur lieu d'exercice actuel en dehors des murs de la maison. Implantée dans l'enceinte du CH du Ternois situé à Saint-Pol-sur-Ternoise, commune de 5056 habitants (Insee, 2014) et siège de la Communauté de communes du Ternois regroupant 104 communes pour un total de 39 295 habitants<sup>31</sup>, elle ouvrira ses portes au 1<sup>er</sup> janvier 2018.

### **Faciliter l'accès aux soins**

A l'instar du PMP 2017-22 du GHAT, le projet de santé de la MSPP réserve une place de choix à la télémédecine avec pour intention de : pallier les difficultés d'accès aux soins de la population, d'optimiser les parcours de santé ville-hôpital, d'augmenter la qualité et l'efficacité des soins, de bénéficier de l'expertise des praticiens hospitaliers pour les libéraux, d'offrir une alternative aux consultations avancées, de rendre le territoire attractif pour l'installation des jeunes médecins...

Porté par la Communauté de communes du Ternois, le projet immobilier de la MSPP prévoit une salle dédiée aux consultations spécialisées et à la télémédecine en lien avec les professionnels de santé du GHAT. En coordination avec l'unité de recherche clinique du CH d'Arras, le président de la MSPP porte un PHRC sur « *L'Impact de l'implantation d'une unité de télémédecine dans une Maison de Santé Pluri Professionnelle(MSPP) de zone rurale, reliée à un Centre Hospitalier Général, sur les indicateurs de suivi et de prévention de complication d'un diabétique de type 2 multi compliquée présentant une fragilité avérée* » associé au projet de télémédecine ville-hôpital et avec la participation du Département de médecine générale de la Faculté de médecine de Lille et du Collège national des généralistes enseignants.

### **Télémédecine et soins primaires**

La télémédecine ouvre des perspectives en soins primaires en permettant de créer une « proximité organisée »<sup>32</sup> avec l'hôpital malgré l'absence de « proximité géographique » en favorisant un travail efficace et en réseau pour un grand nombre de situations : situations médicales ambiguës pour lesquelles obtenir un avis de médecin spécialiste par téléexpertise permet d'éviter le déplacement des patients, situation d'éloignement comme les villages sans médecin (à plus de 30 minutes d'un cabinet médical) avec l'établissement d'une coordination par télémédecine entre un professionnel sur place (infirmier(e), pharmacien(ne)) et le médecin généraliste, situations nécessitant un avis d'expert et non

---

<sup>31</sup> CC du Ternois (n° SIREN : 200069672), Fiche signalétique, janvier 2017, [www.banatic.interieur.gouv.fr](http://www.banatic.interieur.gouv.fr)

<sup>32</sup> Selon André TORRE, économiste et directeur de recherche à l'INRA AgroParisTech, la proximité organisée n'est pas d'essence géographique mais relationnelle. Il faut entendre par « proximité organisée », la capacité d'une organisation à faire interagir ses membres. Elle repose sur deux logiques : la logique d'appartenance et la logique de similitude.

une consultation de l'expert par le patient améliorées par la téléexpertise, situations nécessitant une coordination de plusieurs professionnels (téléconférence), situations pour lesquelles une consultation est habituellement demandée et où un avis d'expert en téléexpertise suffirait dans la mesure où l'examen clinique est réalisé par le médecin généraliste, situations nécessitant la surveillance de personnes fragiles, situations d'éloignement dans lesquelles des gestes techniques et ou des examens non maîtrisés pourraient être réalisés par un professionnel assisté d'un praticien expérimenté (téléassistance)<sup>33</sup>.

### **1.1.3 Améliorer l'adressage des patients par un partenariat ville-hôpital**

Bien que la mission première de la MSPP reste celle d'assurer les soins de premier recours, le pacte de convergence signé entre l'Association Maison de santé pour chacun – Maison de santé pour tous, la Communauté de communes du Ternois, le CH du Ternois et le CH d'Arras le 4 mars 2016 prévoit la mise en place de consultations avancées de spécialistes de second recours du CH d'Arras au sein de la MSPP pour les disciplines en pénurie sur le territoire (ophtalmologie, neurologie, rhumatologie, pneumologie, cancérologie...) ou qui connaissent une file d'attente importante (diabétologie, gynécologie, spécialités gériatriques...). L'organisation de consultations avancées répond au besoin de maintien ou de développement d'une offre de proximité actuellement insuffisante ou susceptible de le devenir. Elle tend à faciliter le parcours de soins de patients originaire du Ternois (mobilité, transports, accès...).

Le diagnostic d'activité du GHAT réalisé en octobre 2016 par un cabinet de consultant, en prévision de l'élaboration du projet médical partagé, fait le constat d'une offre insuffisante en consultations spécialisées sur le Ternois du fait d'une pénurie de médecins spécialistes libéraux (offre de 56% inférieure à la moyenne nationale sur le territoire). Entraînant des taux de fuite élevés (vers les deux autres établissements privés du territoire) ainsi qu'un phénomène de sous consommation de soins sur certaines spécialités associé à de longs délais de rendez-vous (délai de 4 mois pour la diabétologie par exemple), l'établissement d'activité de télé médecine représente une solution pertinente pour améliorer l'adressage des patients à l'hôpital et diminuer les hospitalisations évitables ou inutiles. Naturellement, est donc attendu du partenariat entre la MSPP et le centre hospitalier d'Arras qu'il permette une meilleure structuration de l'offre et de la permanence des soins.

---

<sup>33</sup> DE HAAS P., 2015, *Monter et faire vivre une maison de santé*, Le Coudrier Editions (coll. Synthèse et repères), p.167

## **1.2 Garantir l'accès aux soins dans l'Arrageois-Ternois**

### **1.2.1 Des spécificités démographiques favorisantes pour le projet**

#### **L'inscription du projet dans les objectifs régionaux de télémédecine**

Des activités de télémédecine peuvent être réalisées dans l'ensemble des contextes d'exercice des professionnels de santé : en établissements sanitaires et en structures d'hospitalisations à domicile, en structures médico-sociales, dans un cadre d'exercice libéral (cabinets, MSPP...), au domicile des patients, ce qui en fait une composante de la structuration de l'offre de soins.

Le programme régional de télémédecine 2012-2017 de l'ARS des Hauts-de-France comptait cinq principales orientations : la permanence des soins en imagerie médicale (transmission d'images pour expertise en mode délocalisée pour apporter une décision médicale aux services d'urgences qui ne disposent pas nécessairement d'un spécialiste radiologue de garde), la prise en charge des AVC et la santé des personnes détenues, l'accessibilité des soins dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, diabète) et la délivrance de soins en structures médico-sociales ou en HAD (apporter des soins complexes sans déplacer les personnes fragiles).

Si la nouvelle formule du PRS ne maintient pas l'obligation d'élaborer un programme régional de télémédecine, nous pouvons penser que les objectifs relatifs à ce mode d'activité seront toujours présents et dilués au sein du nouveau PRS<sup>34</sup> représentant, par ailleurs, une intégration meilleure de la télémédecine dans les pratiques.

#### **Vieillesse de la population**

Le territoire Arrageois présente une tendance démographique liée au vieillissement de la population qui se caractérise par un surnombre de la population vieillissante relativement aux autres moyennes territoriales. L'Observatoire Régional de Santé (ORS) du Nord-Pas-de-Calais observe sur une zone d'étude sensiblement plus large que le seul territoire arrageois comprenant 1,2 millions de personnes dont plus d'un tiers (490 255) peuvent accéder en voiture au CH d'Arras en moins de 30 minutes en conditions normales de circulation et le reste entre 30 et 45 minutes, que ce vieillissement entraîne l'augmentation structurelle de maladies dont la fréquence augmente avec l'âge : cancers, maladies cardio-

---

<sup>34</sup> Entretien avec la responsable du Département « Innovations en santé » de l'ARS Bretagne sur le rôle de l'ARS dans l'accompagnement d'un projet de télémédecine, juillet 2017



vasculaires, maladie d'Alzheimer<sup>35</sup>. D'ici 10 ans, si les naissances vont évoluer à la baisse, l'évolution des plus de 65 ans sera en forte progression avec environ +8% pour les 65-85 ans et +68% pour les plus de 85 ans. D'ici 15 ans, l'évolution sera encore plus importante avec +20% pour les 65-85 ans et +78% pour les plus de 85 ans<sup>36</sup>. Par ailleurs, les personnes âgées de 65 ans ou plus conservent une bonne autonomie, puisque 72% d'entre elles disposent d'un véhicule. Le projet de santé de la MSPP s'appuie sur un constat du même ordre puisque dans les communes proches de Saint-Pol-sur-Ternoise, commune de son implantation, 25, 3% de la population a déjà plus de 60 ans (chiffres 2013).

### **Accroissement des maladies chroniques**

A mesure du vieillissement de la population, le territoire devrait connaître entre 2015 et 2025 une hausse des personnes admises en ALD : +12 % d'admissions pour maladies d'Alzheimer (et autres démences), entre +8 et 10% pour tumeurs malignes, de même pour les maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire. L'augmentation allant de pair avec une augmentation des séjours et séances hospitaliers afférents, l'offre de soins hospitalière devra s'adapter pour être en mesure d'apporter une réponse de proximité. Par ailleurs, le territoire arrageois affiche une importante surmortalité (+45%) par diabète de type 2 de +45% au regard de la France Hexagonale<sup>37</sup>.

#### **1.2.2 Répondre à la désertification médicale**

De 2015 à 2025, les effectifs salariés hospitaliers globaux exerçant une spécialité médicale, devrait diminuer sur le territoire avec un vieillissement prévisible des professionnels de proximité (notamment des dermatologues et pneumologues) toujours selon l'ORS tandis que les gériatres, psychiatres et gastro-entérologues connaîtraient de fortes hausses de leurs effectifs. Concernant les médecins généralistes, l'arrageois compte 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2016 contre 90, 6 pour la région des Hauts-de-France et 91,8 pour la France entière. Le nombre d'actes moyen réalisés par les médecins généralistes et par habitant s'élève à 5,3 contre 4,3 pour la France entière<sup>38</sup>. Leur effectif devrait connaître une hausse de seulement 3 % dans la première zone d'étude et accuser

---

<sup>35</sup> ORS Nord Pas-de-Calais, 2016, *Evolution à 5 et 10 ans des besoins de la population du Ternois et de l'Arrageois, Adéquation à l'offre existante, Rapport édité pour les Centres hospitaliers d'Arras, de Bapaume et du Ternois*, p.62-64

<sup>36</sup> ORS Nord Pas-de-Calais, 2016, *Evolution à 5 et 10 ans des besoins de la population du Ternois et de l'Arrageois, Adéquation à l'offre existante, Rapport édité pour les Centres hospitaliers d'Arras, de Bapaume et du Ternois*, p.28

<sup>37</sup> ARS Hauts de France, 2017, *Diagnostic territorialisé des Hauts de France, Territoires de proximité* [en ligne], 83 p., Disponible sur internet : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/diagnostic-territorialise-de-sante-de-la-region-des-hauts-de-france-0>, p.34

<sup>38</sup> ARS Hauts de France, 2017, *Diagnostic territorialisé des Hauts de France, Territoires de proximité* [en ligne], 83 p., Disponible sur internet : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/diagnostic-territorialise-de-sante-de-la-region-des-hauts-de-france-0>

une baisse de 2,7 % dans la deuxième. Cette situation ne se retrouve pas chez les salariés hospitaliers pour lesquels les tendances seraient croissantes dans les deux zones (+62 % et +53 %).

Caractérisée par une plus forte exposition à la précarité et par un éloignement des centres urbains, les « villes », la population arrageoise est en partie exposée à des situations complexes d'accès à l'offre de soins de premier recours et d'accessibilité aux soins plus spécialisés<sup>39</sup> que la « proximité organisée » créée par le partenariat entre le CH d'Arras et la MSPP participerait à résoudre en optimisant la ressource médicale. A titre d'exemple, le dispositif des Unités de Dialyse Médicalisée Télésurveillée (UDMT) entre le centre hospitalier de Saint-Brieuc les centres hospitaliers de Guingamp, Lannion et Paimpol dans le cadre du GHT d'Armor (Bretagne) permet d'offrir une offre de dialyse en proximité tout en évitant le détachement d'un praticien néphrologue du site référent (CH de Saint-Brieuc) vers les sites périphériques du GHT (Lannion, Guingamp, Paimpol) grâce à la téléconsultation. Au lieu que les néphrologues se déplacent pour réaliser la visite médicale obligatoire lors d'une séance de dialyse sur les sites périphériques, ils gèrent les séances à distance depuis Saint-Brieuc.

### **1.2.3 Améliorer la qualité de vie des usagers et de leurs soins**

Un dispositif de télémédecine ne doit cependant pas seulement constituer une réponse palliative et organisationnelle à la désertification médicale<sup>40</sup>. Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) fait du degré d'adhésion du patient au dispositif un critère primordial pour la réussite d'un tel projet. La télémédecine doit également s'exercer dans un cadre technologique et juridique présentant un haut niveau de sécurité des échanges afin d'assurer le respect du droit à la confidentialité des données médicales personnelles en plus d'être porteuse d'un véritable « bond qualitatif » pour les soins.

Interrogée dans le cadre de ce mémoire, une représentante des usagers au CH du Ternois et adhérente à l'UNAFAM considère la télémédecine comme « une formidable avancée » pour les usagers. Tenue au courant des éléments relatifs à la construction de la maison de santé et du partenariat avec le centre hospitalier d'Arras dans le cadre des instances, elle souligne le caractère novateur de ce projet « surtout en zone rurale avec beaucoup de personnes âgées ». C'est un gain de temps certain pour les diagnostics, la facilitation d'accès à un médecin spécialiste mais aussi un gain financier pour les établissements et les personnes. Consciente des enjeux de la démographie médicale, « les médecins

---

<sup>39</sup> ORS Nord Pas-de-Calais, 2016, *Evolution à 5 et 10 ans des besoins de la population du Ternois et de l'Arrageois, Adéquation à l'offre existante, Rapport édité pour les Centres hospitaliers d'Arras, de Bapaume et du Ternois*, p.9

<sup>40</sup> CISS, « La télémédecine », Fiche thématique du CISS n°46, 2015

traitants disparaissent », le fait que ces deniers puissent s'appuyer sur des spécialistes pour obtenir un conseil crée, selon elle, une rapidité inégalable dans le délai de délivrance des soins. En revanche, beaucoup de patients sont aussi suivis par des spécialistes issus du secteur privé. Les patients doivent pouvoir conserver le libre choix du médecin et en l'occurrence du spécialiste.

L'informatisation ne doit pas exclure le patient mais au contraire l'impliquer davantage dans le contrat médical<sup>41</sup>. Les résultats d'une étude en territoire Lorrain sur la représentation que peuvent avoir les médecins généralistes de la télémédecine révèlent leur souci de préserver la place des patients et la qualité de leur relation avec eux. Une partie des médecins généralistes interrogés expriment la crainte de « deshumanisation » de la pratique médicale. Les dispositifs de télémédecine sont pour certains perçus comme générant une perte d'information essentielle qui vient de la rencontre en face à face avec le médecin (le colloque singulier) dont l'absence peut entraîner de surcroît un risque de sous diagnostic (ex : la télé expertise se réduit à un discours entre experts). « Il ne faut pas shunter l'examen clinique du patient » insiste un des médecins du panel de l'étude<sup>42</sup>.

L'usagère interrogée ajoutera également qu'une « véritable » concertation existe autour de ce projet. L'engagement de tous les acteurs est porteur de sens et au service de l'intérêt général et de la population. Nous échangeons sur le fait que cette concertation soit grandement facilitée par le fait que « ce sont les même personnes qui portent des casquettes différentes » (Pour exemple : le président du Conseil de surveillance du CH du Ternois est également président de la Communauté de communes du Ternois, le président de la MSPP Léonard de Vinci est Vice-Président de la CMG du GHAT, le directeur du CH d'Arras est également directeur du CH du Ternois). Cette concentration de la concertation peut parfois poser des inconvénients mais aussi certains avantages comme une communication fluidifiée et moins chronophage pour l'avancement du projet.

Enfin la télémédecine apporte à l'usager un gain en qualité de vie. Au CH de Saint-Brieuc, l'infirmier coordonnateur du territoire pour la dialyse évoque en entretien un très bon taux de satisfaction des patients obtenu après enquête : la télémédecine apporte aux patients « une vie sociale meilleure et leur évite les déplacements trop importants » d'autant plus que les résultats d'une prise en charge en télédialyse (UDMT) sont équivalents à une prise

---

<sup>41</sup> SIMON P., 2015, *Télémédecine, Enjeux et pratiques*, Le Coudrier Editions (coll. Synthèse et repères), p.66

<sup>42</sup> DURUPT M. et al. , 2016, « La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes », *Santé Publique* 2016/4, vol. 28, pp. 487-497, Disponible sur internet : [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=SPUB\\_164\\_0487](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_164_0487)

en charge en Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) classique en termes de qualité et de sécurité des soins. L'économie de la fatigue et des transports pour l'utilisateur est, en termes monétaires, de l'ordre de 9000 euros/an<sup>43</sup>. Les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique doivent réaliser en moyenne trois séances de dialyse hebdomadaires. L'hôpital de Guingamp est par exemple à une quarantaine de kilomètres de l'hôpital de Saint-Brieuc. Les patients originaires de Guingamp devaient réaliser plus de 240 kilomètres par semaine aller-retour (40\*2\*3) pour bénéficier d'un traitement dialytique avant la mise en place du dispositif de télé-médecine.

### **1.3 La définition du projet médical de télé-médecine**

#### **1.3.1 L'identification des besoins médicaux en télé-médecine**

Parmi les facteurs clé de succès d'un projet de télé-médecine, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) identifie : un projet médical qui réponde à un véritable besoin, un portage médical fort soutenu par un coordonnateur, une organisation adaptée et protocolisée, de nouvelles compétences à évaluer et un modèle économique construit<sup>44</sup>.

La première étape dans la gestion du projet a donc été celle de la place qu'occupait le développement ou la mise en place d'une activité de télé-médecine dans le projet médical partagé 2017-22 du GHAT de mars à mai 2017 dans le même temps que la finalisation du PMP. Sur les 21 filières de soins identifiées projet médical partagé 2017-22 du GHAT pas moins de dix sont concernées par la mise en place d'une activité de télé-médecine clinique : 1/ Filière de prise en charge des pathologies cardiaques et pulmonaires, 2/ Filière de prise en charge des pathologies neurologiques (hors AVC), 3/ Filière de prise en charge des pathologies endocriniennes, du diabète et de l'obésité, 4/ Filière de prise en charge en néphrologie, 5/ Filière de prise en charge des pathologies en dermatologie (tumoraux et non tumoraux), 6/ Filière de prise en charge de la douleur, 7/ Filière de prise en charge des personnes âgées, 8/ Filière de prise en charge en orthopédie et traumatologie, 9/ Filière de prise en charge des pathologies tumorales, 10/ Filière de soins critiques et médecine d'urgence. Ce travail d'analyse permet de dégager les grandes orientations du PMP en télé-médecine :

---

<sup>43</sup>CHARASSE C, et al., 2013, « Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée télésurveillée : une expérience de cinq années. » *Néphrologie et thérapeutique*, vol. 9, issue 3, pp. 143-153, Disponible sur internet : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1769725513000035?via%3Dihub>, p.5

<sup>44</sup> ANAP, « La télé-médecine en action : 25 projets passés à la loupe », Juin 2012

### i. Développer la télé gériatrie

Dans le contexte de vieillissement démographique actuel, la gériatrie constitue une spécialité au carrefour de plusieurs domaines<sup>45</sup> et de plusieurs spécialités médicales. Afin de maintenir la proximité des soins et de renforcer la structure de la filière personnes âgées, le centre hospitalier d'Arras inscrit dans le projet médical partagé le développement de la télémédecine avec les EHPAD du groupement pour la gestion des plaies chroniques (téléconsultations).

### ii. Développer la téléneurologie

Le centre hospitalier d'Arras participe au réseau télé-AVC Artois-Hainaut depuis 2012 qui, commun à six établissements hospitaliers, assure la permanence des soins en neurologie sur le territoire. Ce dispositif permet aux patients qui se présentent aux urgences pour AVC dans un hôpital membre du réseau et parfois dépourvu d'unité neurovasculaire de bénéficier en urgence d'une consultation par le neurologue de garde afin de déterminer l'opportunité d'administrer un traitement thrombolytique en moins de 4h30 après l'apparition des premiers symptômes. Par exemple lorsque c'est au neurologue du CH d'Arras d'assurer la garde, il examine les patients admis aux services des urgences d'un des hôpitaux du dispositif par téléconsultation. Il dialogue avec le patient, avec le médecin urgentiste et l'infirmier(e) de garde. Après avoir consulté l'interprétation des clichés d'imagerie envoyés par le radiologue de garde via téléexpertise, il prend la décision médicale adaptée aux patients (thrombolyse, transfert vers une unité neurovasculaire).

A côté du télé-AVC, la téléneurologie peut aussi prendre la forme de téléconsultations neurologiques pour les pathologies chroniques en neurologie générale. Confronté à une pénurie de neurologues et à un fort taux de fuite, le CH d'Arras a pour objectif de développer des téléconsultations de neurologie notamment pour les troubles de la mémoire en lien les maisons de santé et les autres établissements du GHT.

### iii. Développer la télédiabétologie

Maladies chroniques, la prise en charge des diabètes de type 1 et de type 2 peut être améliorée par la télémédecine informative et clinique. Le CH d'Arras souhaite couvrir certains besoins territoriaux insuffisamment couverts par la mise en place de téléconsultations et téléexpertises cliniques avec la MSPP Léonard de Vinci et autres médecins libéraux.

---

<sup>45</sup>SIMON P., 2015, *Télémédecine, Enjeux et pratiques*, Le Coudrier Editions (coll. Synthèse et repères), p.169

Pour le médecin chef du service de diabétologie de l'hôpital d'Arras, l'utilité attendue de cette pratique est de réduire ses délais de rendez-vous. Elle souligne aussi la fonction « apprenante » des téléconsultations et téléexpertises pour le médecin de soins primaires et le bénéfice de réaffirmer le rôle pivot du médecin généraliste. Les personnes concernées seraient a priori celles atteintes du diabète de type 2 étant donné que la majorité du suivi médical est effectué par le médecin généraliste. Ce dernier pourra solliciter les diabétologues du CH d'Arras pour un avis à distance sans lui envoyer le patient en consultation.

iv. Développer la télécardiologie

S'adressant aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque et/ou atteints de troubles du rythme cardiaque graves, la télécardiologie utilise en grande partie les objets connectés issus de la télémédecine informative avec l'implantation d'un dispositif médical (pacemaker, défibrillateur) relié à une plateforme web de télémonitoring. Certains praticiens et soignants du CH d'Arras participent à de tels dispositifs.

Après le constat d'une sous consommation de soins cardiovasculaires sur le territoire associé à un taux de fuite important (45%) et à de longs délais de consultation (1 à 3 mois), le CH d'Arras prévoit de développer le recours aux téléconsultations et téléexpertises notamment pour les suivis et les télédiagnostics d'électrocardiogrammes en lien avec les maisons médicales, les médecins traitants et les EHPAD du territoire.

v. Développer la télénéphrologie

En néphrologie plusieurs utilisations de la télémédecine sont possibles : elle peut aider à ralentir l'évolution de l'insuffisance rénale terminale (débit de filtration glomérulaire (DFG) <30ml/mn) grâce à des téléconsultations alternées avec des consultations en face à face en collaboration avec le médecin traitant ; à la télésurveillance médicale clinique et biologique à un rythme adapté à la situation rénale du patient, éventuellement associée à une téléassistance si l'auxiliaire médical intervient au domicile. La télédialyse permet aussi aux patients d'être traités au plus près de leur domicile, dans une unité de dialyse médicalisée télésurveillée, comme au CH de Saint-Brieuc. Les patients porteurs d'un greffon rénal depuis quelques années et stabilisés dans leur traitement peuvent également être suivis par les équipes médicales de transplantation grâce à la télésurveillance et à la téléconsultation à domicile. Cela permet aux équipes médicales de réserver les consultations en face à face aux greffés plus récents ou présentant des problèmes<sup>46</sup>.

---

<sup>46</sup> SIMON P., 2015, *Télémédecine, Enjeux et pratiques*, Le Coudrier Editions (coll. Synthèse et repères), p.163

Mettre en place des téléconsultations et téléexpertises en néphrologie hors dialyse au sein du GHAT en lien avec la MSPP Léonard de Vinci est une première étape. La perspective potentielle de transformer le centre d'auto dialyse du centre hospitalier du Ternois en UDM permettrait d'envisager à moyen terme la mise en place d'un dispositif de télédialyse. Dans le cadre de la conférence médicale à destination des professionnels libéraux que nous avons organisée au CH d'Arras à l'occasion de la journée mondiale du rein le 8 mars 2017, Monsieur le Professeur Christian NOEL, chef du service de néphrologie et de transplantation au CHRU de Lille, est intervenu sur le parcours du patient insuffisant rénal chronique en mentionnant le bénéfice d'utiliser la télémédecine. Il existe des milliers de patients qui peuvent être pris en charge avant d'en arriver à l'échéance fatale du stade de l'insuffisance rénale terminale (DFG < 15 ml/mn). Lors d'une Insuffisance Rénale Chronique (IRC) débutante, le rôle du médecin généraliste en lien avec le néphrologue est prépondérant pour assurer une prévention efficace quand 40% des patients restent diagnostiqués trop tard (problème de la référence tardive). Dès lors, ils débutent la dialyse en urgence avec le constat d'une surmortalité significative pour cette catégorie de patients. L'usage de la télémédecine répond donc au besoin de coordination et de communication entre les spécialistes (néphrologue, diabétologue, cardiologues, gériatre notamment) et le médecin généraliste en proximité pour la prévention et le traitement des patients IRC.

vi. Développer la téléoncologie

Régulièrement pratiquées depuis le début des années 2000 grâce à l'impulsion des différents plans cancer, les RCP de recours en cancérologie, assurées par les CHU, relèvent de la téléexpertise pluriprofessionnelle dont l'organisation relève du décret de télémédecine de 2010. Il existe aussi des téléconsultations d'oncologie, notamment dans les zones isolées, ainsi des dispositifs de télésurveillance des chimiothérapies à domicile par un service d'HAD<sup>47</sup>.

Dans le cadre du projet médical partagé du GHAT, le services d'hématologie du CH d'Arras souhaite mettre en place un système de visioconférence pour améliorer la communication avec les centres de références, permettre la participation de médecins externes à leurs RCP ainsi que des téléconsultations et téléexpertises concernant le suivi des cancers hématologiques en lien avec la médecine de ville.

vii. Développer la télédermatologie

Images ou photographies envoyées par le médecin généraliste au dermatologue afin d'obtenir un avis sur une lésion cutanée (téléexpertise) ou réalisation de téléconsultations

---

<sup>47</sup> SIMON P., 2015, *Télémédecine, Enjeux et pratiques*, Le Coudrier Editions (coll. Synthèse et repères), p.173

dermatologiques, notamment pour le suivi des plaies chroniques et complexes en EHPAD, ces pratiques de télédermatologie créent un premier filtre dans la prise en charge des patients permettant au dermatologue de recevoir en consultation face à face les patients qui présentent des problèmes cutanés plus complexes<sup>48</sup>.

Dans cette perspective, le CH d'Arras souhaite développer le recours à la télédermatologie en lien avec la médecine de ville et les EHPAD pour le suivi de plaies chroniques et lésions cutanées et en lien avec les établissements pénitentiaires pour le diagnostic et le suivi des patients détenus (en cours).

#### viii. Développer un dispositif de télé urgences

Au bénéfice d'une meilleure structuration de la filière de soins non programmée, le projet médical partagé prévoit de mettre en place un dispositif de télé-urgences entre le Service d'Accueil des Urgences (SAU) du centre hospitalier d'Arras et les EHPAD et maisons de santé de Bapaume et du Ternois. Les objectifs ? Eviter les adressages aux urgences non nécessaires en orientant les patients sur d'autres services ou structures, permettre aux patients de rester à domicile avant d'être examinés en consultation programmée, réguler les flux patients avant l'arrivée aux urgences.

### **1.3.2 Un déploiement par étape sur trois spécialités**

#### **La « culture télémédecine » au centre hospitalier d'Arras**

Bien que le déploiement de la télémédecine entre l'hôpital d'Arras et la MSPP Léonard de Vinci est un projet qui débute, les praticiens du CH d'Arras sont pour certains déjà coutumiers des pratiques de télésanté. Outre l'implication de l'hôpital dans le dispositif Télé-AVC Artois-Hainaut, il fait partie des 21 centres hospitaliers du réseau de télémédecine TELURGE initié en 1996 en lien avec le CHRU de Lille dont les neurochirurgiens sollicités apportent leur expertise à distance pour améliorer le traitement en urgence des patients présentant une atteinte cranio-cérébrale ou rachidienne. La téléimagerie et les téléconsultations/téléexpertises entre l'établissement support du GHAT et les établissements pénitentiaires d'Arras et de Bapaume sont en cours de déploiement. Enfin, le développement de la télégériatrie avec les EHPAD intra et extra GHT constitue un axe de développement futur.

#### **Lancement d'une télémédecine ville-hôpital : diabétologie, néphrologie, hématologie**

A l'initiative du directeur, cinq praticiens hospitaliers, le président de la maison de santé, la directrice des soins, la directrice adjointe aux systèmes d'information, à la qualité et gestion

---

<sup>48</sup> SIMON P., 2015, *Télémédecine, Enjeux et pratiques*, Le Coudrier Editions (coll. Synthèse et repères), p.149



des risques ainsi que trois élèves directeurs, ont été réunis au centre hospitalier d'Arras en « comité de pilotage téléconsultations » pour décider d'un déploiement de la télémédecine par étape<sup>49</sup> (méthode des petits pas). L'objectif affiché par la direction en réunion de lancement est d'ouvrir une plateforme de télémédecine en même temps que l'ouverture de la maison de santé Léonard de Vinci à Saint-Pol-sur-Ternoise début 2018. Ce paramètre permet de situer dans quelle temporalité la conduite du projet doit s'inscrire sachant qu'à cette occasion le lancement du projet m'a été confié en tant qu'élève directrice. Plus tard, les contraintes de chacun et la complexité du projet auront eu raison du rétro planning modifiant sensiblement la date de démarrage de l'expérimentation de janvier 2018 à courant 2018.

Les interrogations des acteurs ont également pu émerger (« *lors d'une consultation en visioconférence comment rédiger les ordonnances ? Comment transmettre les données biologiques ? Quelles modalités de rémunération ? Les plannings...*»). Le choix des spécialités médicales pour lancer le projet (diabétologie, néphrologie, hématologie) a reposé sur la base des besoins de santé, de la motivation et du volontarisme des praticiens. A l'issue du comité de pilotage, restait néanmoins à définir le périmètre du projet médical de télémédecine ainsi que le rôle de chacun dans la démarche projet.

### **File active de patients**

Le Département d'Information Médicale (DIM) a pu nous renseigner sur la file active de patients potentiellement éligibles pour participer à l'expérimentation via une extraction des données PMSI de 2016. Les patients issus de l'arrondissement de Saint-Pol-sur-Ternoise pourraient bénéficier d'une prise en charge en télémédecine sur place à la maison de santé au lieu de se déplacer au CH d'Arras en fonction des cas cliniques. Après concertation avec les acteurs médicaux, j'ai pu élaborer le tableau suivant :

---

<sup>49</sup> Relevé de conclusion, « Réunion téléconsultation », centre hospitalier d'Arras, 1<sup>er</sup> mars 2017

Spécialités médicales	File active de patients* en provenance de Saint-Pol-sur-Ternoise	File active de patients* totale	Actes de télémédecine envisagés
Diabétologie	36	737	Téléconsultations/Téléexpertises (suivi, avis d'adaptation du traitement diabète type 2)
Néphrologie (hors dialyse)	9	171	Téléconsultations (dans la perspective qu'elles se substituent aux consultations avancées, prescriptions), téléexpertise (interprétations d'examens, prévention dialyse)
Hématologie	36	462	Téléexpertises/téléconsultations (prescriptions, suivi et traitement des lymphomes, interprétations bilans sanguins)

Etablir un nombre potentiel de patients suivis en télémédecine permet de projeter un niveau d'activité sur la base duquel nous pourrions construire un modèle économique. Docteur Pierre SIMON le précise en entretien au centre hospitalier d'Arras le 22 juin 2017 : « *si on veut bien faire de la télémédecine, il faut du volume et peut-être créer un réseau* ». Si la réserve de patients doit être définie, elle doit aussi couvrir un large bassin de population afin d'éviter qu'elle ne s'essouffle au fur et à mesure. Par exemple, pour un projet de téléconsultations entre l'hôpital d'Arras et les EHPAD du GHT et alentours, Pierre SIMON recommande d'élargir la cible au maximum en ralliant jusqu'à 20 ou 30 EHPAD au projet. En d'autres termes, l'idéal serait qu'il existe plusieurs sites demandeurs (EHPAD, MSPP) pour un site référent (CH d'Arras) ce qui ouvre la perspective, à moyen terme, de rattacher au projet de télémédecine ville-hôpital d'autres maisons de santé et professionnels libéraux en plus de la MSPP Léonard de Vinci.

## **2 La déclinaison opérationnelle du projet médical de télémédecine entre le CH d'Arras et la MSPP Léonard de Vinci**

Faisant suite à la phase d'analyse stratégique, la dimension opérationnelle du projet a été appréhendée par l'identification de questionnements que les acteurs ont pu exprimer. Ces questionnements ont permis l'identification des enjeux propres à ce projet et la recherche des réponses à apporter.

### **2.1 L'identification des principaux enjeux et propositions de réponses**

#### **2.1.1 Concevoir l'organisation**

##### **Le périmètre organisationnel**

La télémédecine est une innovation organisationnelle qui doit se travailler. Le « qui fait quoi » dans l'interconnexion des acteurs doit être précisé et validé par chacune des personnes concernées. Pour les praticiens hospitaliers impliqués directement ou indirectement dans le projet cette dimension restait en grande partie confuse à l'instar des dimensions juridique et économique des pratiques de télémédecine.

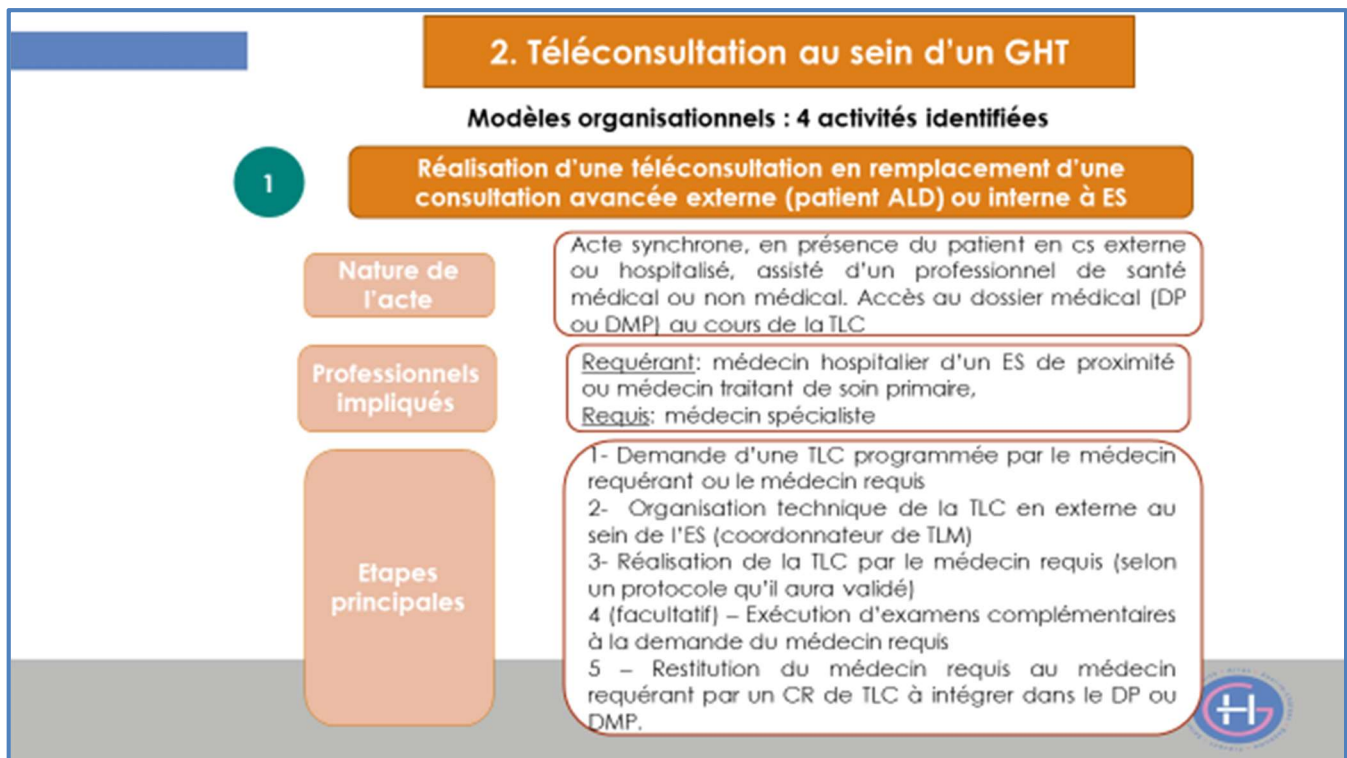
L'organisation d'une conférence médicale sur les enjeux de la télémédecine dans le GHT à l'occasion de la venue du Docteur Pierre SIMON fut l'occasion de passer de l'ombre à la lumière en permettant à la fois aux participants de poser leurs questions et de recevoir des modèles concrets d'organisation. Conformément aux arbitrages pris par le comité de pilotage de mars 2017, le périmètre du projet est, dans un premier temps, celui de développer des téléexpertises et téléconsultations entre l'hôpital d'Arras et la maison de santé en diabétologie, néphrologie (hors dialyse) et hématologie. La maison de santé sera le site requérant auquel pourront s'en ajouter d'autres à moyen et long termes (MSPP, EHPAD, médecins libéraux, hôpitaux du GHT, établissements pénitentiaires). Le centre hospitalier d'Arras sera le site requis ou référent disposant de la ressource en médecins spécialistes.

Figure n°1 : modèle organisationnel général de télémédecine ville-hôpital



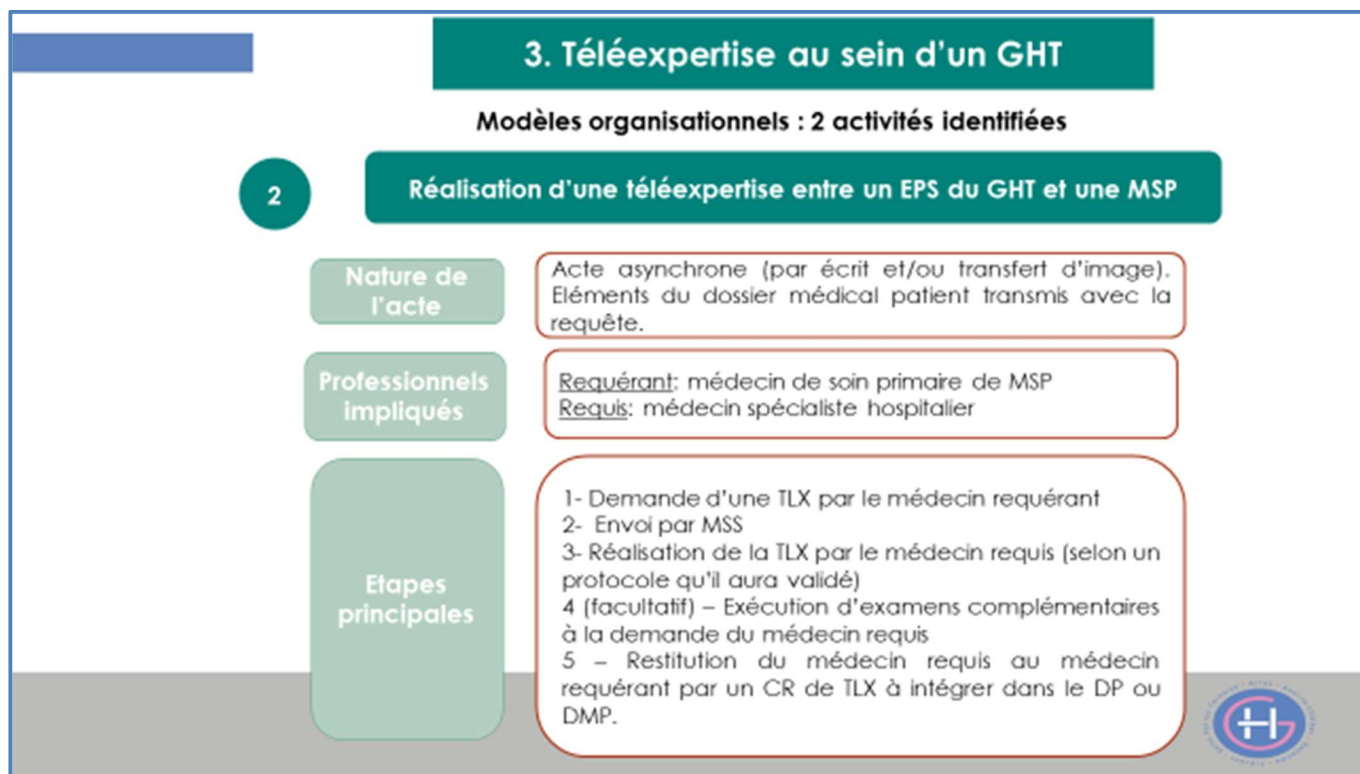
Source : Intervention P. SIMON, CME élargie, CH d'Arras, 22 juin 2017

Figure n°2 : modèle organisationnel téléconsultation



Source : Intervention P. SIMON, CME élargie, CH d'Arras, 22 juin 2017

Figure n°3 : modèle organisationnel téléexpertise



Source : Intervention P. SIMON, CME élargie, CH d'Arras, 22 juin 2017

### Etre prêt au changement des habitudes de travail et des représentations

La télémédecine n'est pas « la » solution comme une fin en soi mais un outil de renforcement de la coopération entre établissements, entre professionnels. Favoriser le recours à un avis médical spécialisé à distance pour les soins de premier recours implique de transformer ou d'adapter l'organisation des soins en place.

L'hôpital, haut lieu d'innovations cliniques, est cependant en proie à de fortes inerties. « Freinées par un cadre réglementaire rigide, une administration en manque de réactivité, des structures lourdes et des ressources financières limitées, les adaptations organisationnelles et technologiques du secteur hospitalier sont lentes »<sup>50</sup>, d'autant plus lorsqu'il s'agit de rendre perméable les frontières entre deux secteurs qu'en apparence tout oppose : la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Afin qu'elle ne constitue pas un frein au changement, la dimension de la représentation des acteurs est « essentielle à explorer car toute innovation ne peut exister que par le sens

<sup>50</sup> MARQUES C., BOUZOU N., février 2017, *Hôpital : Libérer l'innovation*, Fondation pour l'innovation politique, p. 20, Disponible sur internet : [http://www.fondapol.org/wp-content/uploads/2017/02/100-MARQUES-BOUZOU\\_2017-01-30.pdf](http://www.fondapol.org/wp-content/uploads/2017/02/100-MARQUES-BOUZOU_2017-01-30.pdf)

social que leur donneront les usagers »<sup>51</sup>. Pour les 32 médecins généralistes de la Meuse et du Sud-Toulois interrogés dans le cadre d'une enquête sur les représentations des médecins sur la télémédecine (dont 53% exercent en zone rurale, 34% en zone semi-rurale et 13% en zone urbaine, les  $\frac{3}{4}$  exerçant en cabinet de groupe), un dispositif de télémédecine soit s'inscrire dans un parcours de soins cohérent où le médecin généraliste conserve sa place centrale de pivot en position de coordination au sens de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Ils souhaitent par ailleurs travailler avec des partenaires de proximité qu'ils connaissent afin d'avoir confiance dans le diagnostic de l'expert télé consulté. Le critère de proximité prédomine également concernant le lieu de la téléconsultation : « il serait plus raisonnable de le faire à partir d'un cabinet de groupe ou d'une maison de santé pluri professionnelle ou d'un EHPAD »<sup>52</sup>.

A l'hôpital d'Arras, les praticiens interrogés se représentent la télémédecine comme une avancée majeure, « c'est la médecine de demain », et rejoignent pour une partie les conclusions de l'étude suscitée (voir « Développer la télé-diabétologie » en page22).

### **La création nécessaire de nouveaux métiers**

L'instauration d'une activité de télémédecine fait bouger les lignes institutionnelles, territoriales et professionnelles. La condition de son développement pérenne est liée à la création d'un rôle clé, celui de coordonnateur ou animateur de projet doté des moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission<sup>53</sup>.

Au centre hospitalier de Moulins-Yzeure (CHMY) en Auvergne-Rhône-Alpes, un poste de coordonnateur des projets de télémédecine a été créé depuis 2013 pour accompagner d'une part le déploiement des téléconsultations en psychogériatrie entre le CHMY et deux EHPAD (situés à une trentaine de kilomètres) et un centre hospitalier, de téléconsultations en anesthésie avec les unités sanitaires de la maison d'arrêt et de la maison centrale de Moulins et de téléconsultations en pédopsychiatrie avec un centre médico psychologique et d'autre part pour accompagner le développement et l'évolution des projets internes comme la téléexpertise en neurochirurgie, le télé-AVC et le dispositif ICOS-MATERNITE (dossiers partagés via les réseaux de périnatalité améliorant les échanges entre établissements et professionnels libéraux pour le suivi médical de la maman et du bébé).

---

<sup>51</sup> DURUPT M. et al. , 2016, « La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes », *Santé Publique* 2016/4, vol. 28, pp. 487-497, Disponible sur internet : [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=SPUB\\_164\\_0487](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_164_0487)

<sup>52</sup> Maxime DURUPT et al. , « La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes », *Santé Publique* 2016/4 (Vol. 28), p. 487-497

<sup>53</sup> HAS, 2013, *Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine*, Juin 2013 [en ligne], Disponible sur internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/guide\\_grille\\_de\\_pilotage\\_et\\_de\\_securite\\_d\\_un\\_projet\\_de\\_telemedecine\\_2013-07-18\\_13-34-47\\_545.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/guide_grille_de_pilotage_et_de_securite_d_un_projet_de_telemedecine_2013-07-18_13-34-47_545.pdf), p.45

En visite sur site le 12 juin 2017, le coordonnateur des projets de télémédecine se représente sa fonction comme celle d'être un « facilitateur de projet pour la communauté médicale. Un projet de télémédecine porté uniquement par l'administration ou la direction sans la motivation des médecins tombe à l'eau. ».

Les professionnels de santé paramédicaux pourront également être amenés à acquérir de nouvelles compétences dans le cadre d'une délégation d'acte médical. Si la question reste à aborder avec les professionnels de santé paramédicaux de la maison de santé et du CH d'Arras, le projet de soins partagé du GHAT 2017-2022 s'inscrit dans cette logique et compte pour objectif le développement des pratiques avancées et protocoles de coopération inter professionnelle dans l'esprit de la LMSS du 26 janvier 2016 créant le cadre légal de l'Infirmier(e) de Pratique Avancée (IPA)<sup>54</sup>. Si les professionnels de santé du centre hospitalier d'Arras semblent prêts à dépasser les clivages inter professionnels pour faire évoluer leurs pratiques, ceux de la MSPP aussi en s'engageant à travers leur projet de santé dans le dispositif ASALEE<sup>55</sup> (Action de santé libérale en équipe) pour le suivi des patients diabétiques.

Une « compétence d'assistance infirmier(e) » pour assurer la programmation des téléconsultations (de la préparation au suivi), veiller à la coordination administrative du dispositif et à l'animation des collaborateurs peut également être nécessaire. Le CHU de Rennes l'expérimente à travers la création du dispositif TéléFIGAR en 2014 créant deux filières : une filière de téléconsultations d'expertise gériatrique pour les situations cliniques complexes et une filière de téléconsultations et télé expertise pour les lésions cutanées et plaies chroniques en dermatologie, gériatrie, chirurgie vasculaire, plaies diabétiques<sup>56</sup>.

Ces nouveaux métiers peuvent se réunir dans ce que l'on pourrait nommer une « cellule de coordination » dont le chef de service de cardiologie du CHMY souligne en entretien sur site la nécessité dans le cadre du dispositif CARDIAUVERGNE (voir « Introduction » en page 9).

---

<sup>54</sup> Art. L.4301-1 du code de la santé publique

<sup>55</sup> Il permet à des infirmiers, par délégation de tâches, de mener avec des médecins libéraux des actions de prévention auprès de patients diabétiques de type 2, tabagiques à risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), de patients à risque cardiovasculaire ou encore de personnes âgées, pour le repérage des troubles cognitifs.

<sup>56</sup> JOUZEL M., COSTES Dr M., Janvier-Février 2017, « Filière gériatrique de l'agglomération rennaise. L'infirmier assistant de télémédecine, une nouvelle compétence. », *Revue Hospitalière de France*, n°574, pp. 25-26

### **Proposition pour l'organisation des rendez-vous de téléconsultations**

Pour la chef du service de diabétologie du CH d'Arras, l'organisation des demandes de rendez-vous pour les téléconsultations avec la maison de santé pourrait être gérée par la CHAline, plateforme téléphonique de l'hôpital qui effectue un tri des patients et constitue une porte d'entrée unique pour la prise de rendez-vous, que le médecin généraliste requérant pourrait contacter en première intention. Les hôtesse de la CHAline lui enverraient une fiche type à remplir et à renvoyer en prévision de la téléconsultation. A ce propos, le comité de pilotage a décidé en mars 2017 de s'accorder sur la réservation de « créneaux téléconsultations » (le mardi matin et le vendredi après-midi par exemple).

#### **2.1.2 Maîtriser l'aspect budgétaire et financier**

La question du modèle économique du projet et des modalités de valorisation des téléconsultations et téléexpertise a rapidement émergé. Le directeur du centre hospitalier d'Arras a conforté les équipes médicales sur le fait que les freins liés à un modèle médico-économique pérenne toujours en devenir ne devaient constituer une réticence médicale au déploiement du projet.

Le CH d'Arras s'est également engagé à financer l'achat du matériel pour l'équipement de la maison de santé. Il existe également un co-financement du projet avec la Communauté de communes du Ternois prenant à sa charge la mise en place du réseau haut débit pour la maison de santé. Reste pour l'heure à évaluer avec précisions les dépenses liées au fonctionnement (le budget du projet) : ressources humaines (coordonnateur, temps médical, temps infirmier), formations et matériel.

#### **Modalités de financement de l'activité : le programme ETAPES**

Pour un projet de télémédecine viable dans la durée il faut qu'il y ait si possible un grand nombre de demandeurs pour un site référent. Il est donc souhaitable de mener ce projet sur la base du principe « POC » ou « Proof of concept ». La POC, c'est la phase d'expérimentation qui, une fois réussie, à vocation à s'urbaniser c'est-à-dire à s'étendre aux ambitions plus larges portées par le projet (voir « la définition du projet médical » en page 22). En termes économiques, il s'agit d'établir un modèle expérimental sur la base de la projection d'un volume d'activité limité ( $\alpha$ ) pour l'élargir à un ensemble plus large une fois le modèle validé par retour d'expérience. Le volume d'actes projeté est censé, tenant compte de son prix de facturation ( $\beta$ ), financer la mobilisation de ressources afférentes à la mise en place de l'activité ( $\gamma$ ) (temps médical dédié par exemple). A l'équation peuvent s'ajouter tout autre paramètre ( $\delta$ ) démontrant un bénéfice quantitatif et/ou qualitatif comme l'économie en frais de déplacement pour les professionnels si la téléconsultation remplace une consultation avancée ou l'économie en frais de déplacement pour le patient.



Dans cette perspective, il faut déterminer une cible de téléconsultations / téléexpertise dans le projet médical ou en d'autres termes « déterminer le plancher d'activité nécessaire pour créer et financer le moyen. Par exemple à 40 euros la téléconsultation, il faudrait 0,5 PH<sup>57</sup> [le moyen] donc 1000 téléconsultations [le plancher d'activité] » précise Docteur Pierre SIMON lors de sa venue à Arras.

### **Calcul pour le financement de l'activité hospitalière téléconsultations/téléexpertises**

$$\alpha \beta = \gamma + (\text{ou } -) \delta$$

Si la puissance publique a investi beaucoup d'argent et d'énergie dans le matériel (investissement), le financement des pratiques, de la formation et de l'accompagnement projet (fonctionnement) est resté le parent pauvre des premières stratégies publiques de l'e-santé. Dès lors, la question qui se pose est comment financer les pratiques de télémédecine au sein d'un GHT en 2017 ?

Pour bénéficier d'un remboursement des actes de téléconsultations et téléexpertises par l'Assurance maladie, l'activité en question doit s'inscrire dans le cadre des cahiers des charges ETAPES, expérimentation portée par la DGOS (voir « introduction » en page 7). L'article 91 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2017 lève la quasi-totalité des obstacles administratifs et financiers de la télémédecine en France et en particulier pour les médecins libéraux par l'instauration d'une tarification préfiguratrice<sup>58</sup>. L'expérimentation concerne les téléconsultations et téléexpertises pour les personnes résidant en EHPAD et pour les patients atteints d'une ALD ainsi que les dispositifs de télésurveillance pour certaines pathologies (insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, diabète<sup>59</sup>, arythmie).

Dès lors, tout médecin exerçant sur le territoire français peut s'engager dans des pratiques de téléconsultations et téléexpertises chez des patients atteints d'une maladie chronique

---

<sup>57</sup> Sur la base d'un émoluments hospitalier approchant les 6000 euros bruts mensuels. Élément pouvant être précisé par l'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques exerçant leurs fonctions à temps plein ou à temps partiel dans les établissements de santé.

<sup>58</sup> SIMON P., mai 2017, « Le financement des pratiques de télémédecine en France est déverrouillé... », [en ligne], *Managersante.com*, Disponible sur internet : <https://managersante.com/2017/05/01/le-financement-des-pratiques-de-telemedecine-en-france-est-deverrouille/>

<sup>59</sup> Arrêté du 25 avril 2017 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance du diabète mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

(ALD) ou résidant en structures médicosociales. Dans le cadre de la phase expérimentale du projet, les patients concernés pourraient être ceux atteints des diabètes de type 1 et 2, d'insuffisance médullaire (aplasies médullaires), de tumeur maligne, d'affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique, de néphropathie chronique grave ou en encore de syndrome néphrotique primitif au regard de la liste des 30 ALD<sup>60</sup>.

Rémunéré sur la base des tarifs fixés par cahiers des charges, le médecin devra simplement déclarer l'activité à l'ARS dont il dépend et au conseil de l'ordre des médecins dans lequel il est inscrit. Il devra aussi en informer son assurance en responsabilité civile (obligation pour l'exercice libéral et salarié d'un établissement privé, recommandé pour les praticiens hospitaliers) :

### **3.1.1 Tarification des téléconsultations**

Dans le cadre d'une téléconsultation réalisée dans les conditions du présent cahier des charges, le professionnel de santé requis mentionné au 2.1 du présent cahier des charges est rémunéré, dans la limite de trois actes par patient par an :

- 26€ par acte et jusqu'à trois actes par an (année civile) et par patient pour un même professionnel, pour un médecin généraliste effectuant des activités de gériatre ou professionnel de santé bénéficiant d'un transfert d'acte de la part de celui-ci au titre de l'article 51 de la loi HPST;
- 28€ par acte et jusqu'à trois actes par an (année civile) et par patient pour un même professionnel, pour un médecin spécialiste (sauf gériatre et psychiatre) ou professionnel de santé bénéficiant d'un transfert d'acte de la part de celui-ci au titre de l'article 51 de la loi HPST ;
- 43,7 € par acte et jusqu'à cinq actes par an (année civile) et par patient pour un même professionnel, pour un psychiatre ou professionnel de santé bénéficiant d'un transfert d'acte de la part de celui-ci au titre de l'article 51 de la loi HPST.

Il n'y aura aucune rémunération dans ce cadre pour le médecin requérant.

Les actes seront pris en charge selon les conditions suivantes :

- Absence de dépassement ;
- Pratique du tiers payant ;
- Exonération du ticket modérateur.

Les rémunérations sont effectives pour les établissements au titre des consultations externes.

En cas de dépassement des seuils d'acte/ médecin une dérogation peut être octroyée par l'ARS pour des professionnels intervenant auprès de patients résidant en structure médico-sociale en fonction du caractère de désertification médical local.

*Extrait de l'arrêté du 28 avril 2016*

<sup>60</sup> Art. D322-1 du code de la sécurité sociale

### **3.1.2 Tarification des téléexpertises**

Dans le cadre d'une téléexpertise réalisée dans les conditions du présent cahier des charges, le professionnel de santé requis mentionné au 2.2 du présent cahier des charges est rémunéré au moyen d'un versement forfaitaire versé l'année N+1 au regard de l'activité déclarée lors de l'année N.

Le montant forfaitaire de la rémunération est de 40€ par an (année civile) et par patient pour chaque professionnel requis, à partir d'une télé-expertise réalisée pour un patient donné et ce, quel que soit le nombre de télé-expertises effectuées par le professionnel médical requis pour un même patient. Une limite de 100 patients pris en charge par téléexpertise et par an (année civile) et par professionnel médical est fixée.

La rémunération du professionnel de santé requis est effectuée *via* un acte facturant TLE d'une valeur de 1 euro à la suite de chaque téléexpertise réalisée. En fin d'année, la CPAM versera le différentiel permettant d'atteindre les 40 euros par patient, par an et par professionnel médical. Les rémunérations sont effectives pour les établissements au titre des consultations externes. Il n'y aura aucune rémunération dans ce cadre pour le médecin requérant.

*Extrait de l'arrêté du 28 avril 2016*

### **Financement des surcoûts supportés par les structures porteuses de projet**

Au côté de la valorisation du travail des professionnels de santé, l'arrêté du 10 juillet 2017 fixant le financement forfaitaire mentionné au II de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit l'apport d'un soutien financier (28 000 euros par an) pour les structures accueillant des patients en téléconsultations dont l'allocation dépend d'un certain nombre de critères d'efficience organisationnelle listés au petit 3 de l'arrêté.

### **Pour aller plus loin : télémédecine en EHPAD**

La pratique dominante étant aujourd'hui celle de la téléconsultation en EHPAD notamment pour le suivi des plaies chroniques et complexes, un avenant à la convention médicale organisant les rapports entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux a été signé entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations syndicales (MG France, FMF, Le Bloc) en mars 2017. Il prévoit la création de l'acte « téléexpertise dossier patient traitant » valorisant l'échange d'informations entre le médecin traitant assurant le suivi du patient avant son admission en EHPAD et le nouveau médecin traitant choisi à l'occasion de son admission en lien avec le médecin coordonnateur à hauteur de 15 euros. Il crée également l'acte de « téléconsultation médecin traitant avec EHPAD » pour éviter les déplacements délicats ou les hospitalisations inutiles des personnes âgées valorisé à

hauteur d'une consultation, soit 23 euros, à laquelle pourront s'ajouter les majorations éventuelles<sup>61</sup>.

### **2.1.3 La clarification des aspects techniques**

#### **Un système d'information viable**

Pour le chef de service de néphrologie du CH de Saint-Brieuc, interrogé dans le cadre de ce mémoire, il est nécessaire d' « être intransigeant sur la technique et les systèmes d'information sinon c'est épuisant. Il faut que ça reste convivial » au même titre que le « respect du temps des soignants et des horaires ». Les aspects techniques font référence à tout ce qui se rapporte à la qualité des images, du réseau internet et des protocoles de prises en charge dans le respect des conditions requises de sécurité et réglementaires. Dans le cas de notre projet, les actes de téléexpertises pourraient être réalisés par messagerie sécurisée. Dans le cas de projets plus complexes, un cahier des charges technico-fonctionnel doit être rédigé détaillant toute la chaîne technique et le rôle de chacun des acteurs et dont la rédaction est assurée par des acteurs positionnés comme consultants, internes ou externes, issus d'une filière professionnelle technique du fait de la compétence qu'une telle rédaction requiert<sup>62</sup>.

Equipements nécessaires pour les téléconsultations (réseau haut débit pour une image de qualité, salles dédiées pour assurer la confidentialité de l'échange entre patient et professionnel de santé, matériels adaptés (tablettes et chariots mobiles avec caméra permettant des examens précis, cabines de téléconsultations permettant de recueillir les constantes cliniques), téléexpertise (haut débit, matériel assurant la sécurisation des données de santé : visioconférence, tablettes, téléphone bien que le réseau téléphonique n'assure pas suffisamment la sécurisation des données.

L'existence d'un réseau haut débit entre les deux structures est une condition sine qua non pour faciliter la démocratisation de l'activité de télé médecine nouvellement mise en place. C'est indispensable pour assurer la télétransmission des données biologiques et pour assurer une très bonne qualité audio-vidéo en mode synchrone ou asynchrone. Le responsable du service d'informatique du centre hospitalier d'Arras a pu apporter son éclairage au cours d'un entretien assurant que le projet ne se heurterait à aucun sinon peu de problèmes en termes de « câblage ».

---

<sup>61</sup> TRIBAULT G., 2 mars 2017, « Un avenant à la convention médicale précise le recours à la télé médecine en EHPAD » [en ligne], *Hospimedia*, Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170302-e-sante-un-avenant-a-la-convention-medicale>

<sup>62</sup> HAS, 2013, *Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télé médecine*, Juin 2013 [en ligne], 99 p., Disponible sur internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/guide\\_grille\\_de\\_pilotage\\_et\\_de\\_securite\\_d\\_un\\_projet\\_de\\_telemedecine\\_2013-07-18\\_13-34-47\\_545.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/guide_grille_de_pilotage_et_de_securite_d_un_projet_de_telemedecine_2013-07-18_13-34-47_545.pdf), p.29

Chaque acte de télémédecine doit être réalisé dans les conditions garantissant l'authentification des professionnels de santé intervenant, l'identification du patient, la formation ou la préparation du patient au dispositif lorsque cela s'impose et l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte<sup>63</sup>, accès qu'une plateforme de télémédecine peut faciliter.

La nécessité de s'assurer que l'usage des technologies de l'information et de la communication pour la réalisation des actes de télémédecine soit conforme aux règles relatives à l'hébergement des données de santé<sup>64</sup> peut conduire à l'usage d'une plateforme de télémédecine, agréée à cet effet, quand l'établissement de santé lui-même ne le serait pas<sup>65</sup>. N'étant pas agréé hébergeur de données de santé, le CH d'Arras peut recourir à l'utilisation de la plateforme de télémédecine du GCS e-sis 59/62 entendu comme un prestataire technique auquel il est adhérent, organisme agréé, afin de déployer ses applications et projets de télémédecine et gérer par son intermédiaire les télé dossiers créés pour la coordination des prises en charge interfacés avec le système d'information hospitalier du CH d'Arras.

Le GCS e-sis propose une liaison très haut débit via le réseau sécurisé « Intermed », solution régionale d'échange et de partage d'information en santé reliant les établissements de santé qui y participent entre eux. Actuellement, deux solutions s'offre au CH d'Arras afin de créer une connexion sécurisée avec la MSPP. Soit il établit une connexion via Intermed, soit il se sert de la connexion VPN déjà établie ou à établir avec le CH du Ternois au sein duquel la MSPP est implantée. Actuellement au sein du GHT, les centres hospitaliers d'Arras et de Bapaume sont reliés par le réseau Intermed. Quant au CH du Ternois, il est relié par une connexion internet avec Orange Business Service® et utilise la plateforme collaborative OSIRIS pour la gestion informatisée du dossier patient, le CH d'Arras utilisant CLINICOM.

### **Eclaircir les modalités de coopération entre le CH d'Arras et la MSPP**

Pour que chaque professionnel de santé participant à l'acte de télémédecine puisse assumer la part de responsabilité qui lui revient, les modalités juridiques de coopération

---

<sup>63</sup> Art. R.6316-3 du code de la santé publique

<sup>64</sup> Art. L.1111-8 du code de la santé publique

<sup>65</sup> Plusieurs établissements de santé sont agréés pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel comme l'AP-HP, l'AP-HM et le CHRU de Nancy notamment agréés pour l'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées via la solution e-Nadis (dossier médical informatisé) ou encore les CHU de Nice, de Nantes et de Strasbourg pour des applications clients (Disponible sur internet : <http://esante.gouv.fr/services/referentiels/securite/hebergeurs-agrees>). D'autres hôpitaux mènent la réflexion quant à l'opportunité d'obtenir l'agrément.

entre les deux structures doivent être précisées. Actuellement, elles sont encore à l'étude parmi lesquelles :

- Une convention de coopération formalisant 1/La définition des objectifs et les modalités de la réalisation de l'activité de télémedecine conformément au décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine en démontrant son inscription dans la déclinaison des orientations régionales du projet régional de santé ; 2/ Le modèle de financement de l'investissement (achats et maintenance du matériel) et du fonctionnement de l'activité (rémunération des praticiens). Sur ce point la direction du centre hospitalier d'Arras assure le financement du matériel pour la maison de santé. La communauté de commune du Ternois participe également en finançant le réseau haut débit nécessaire à l'établissement des visioconférences. 3/Les conditions de suivi, résiliation et durée du contrat.

- La mise en place d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) de moyen qui aurait vocation 1/à réunir plusieurs autres MSPP du territoire avec le CH d'Arras afin de développer une activité de télémedecine plus large, 2/à offrir un cadre juridique d'intervention aux professionnels médicaux et non médicaux libéraux au sein des établissements du GHAT (permanence des soins), 3/constituer un cadre d'intégration des spécialistes libéraux dans les activités de télémedecine entre la MSPP et le GHAT.

## **2.2 Accompagner la transformation organisationnelle**

### **2.2.1 Communiquer sur le sens du projet**

#### **L'organisation d'une conférence médicale « télémedecine » en interne**

Comme évoqué précédemment (voir « améliorer la qualité de vie des usagers » en page 20), il a été remarquable de constater que la pratique de télémedecine est aussi affaire de représentations venant interroger l'éthique médicale. Par ailleurs beaucoup d'incompréhensions demeurent concernant les dimensions techniques, organisationnelles, économiques et juridiques de la télémedecine pour une partie de la communauté médicale, soignante et administrative. Dès lors, l'introduction d'une démarche pédagogique s'est imposée dans la conduite du projet.

En lien avec le chef de service de néphrologie du CH d'Arras, le président de CME et le service de communication, nous avons organisé une conférence médicale « télémedecine » à destination des professionnels de santé du CH d'Arras et de la MSPP animée par Docteur Pierre SIMON le 22 juin 2017. Réunissant plus de 20 professionnels médicaux internes et externes (CME élargie), ainsi que les personnels de la direction du GHAT, l'intervention de Pierre SIMON fut l'occasion d'affiner le projet médical de télémedecine, dans son sens large, et d'échanger avec un expert dans le domaine dont le

compte rendu a été réalisé pour une diffusion à l'ensemble de la communauté médicale et soignante.

### **Communiquer en externe**

Au côté de cette conférence, nous avons été retenus pour faire part du retour d'expérience du projet de télémédecine entre le CH d'Arras et la MSPP Léonard de Vinci au colloque « Coopérations et établissements de santé » organisé par l'EHESP en octobre 2017 en réponse à un appel à communication. Cette démarche s'inscrit dans l'objectif de faire connaître le projet en externe, de contribuer à une réflexion d'ensemble sur la thématique des coopérations en faisant remonter une expérience de terrain et de soumettre celle-ci à débat ou à discussion dans un cadre dédiée à cet effet avec les universitaires et professionnels du monde de la santé pour faire évoluer et avancer le projet.

#### ***Proposition pour communiquer auprès des patients***

Si la communication autour du projet doit permettre de contribuer à son développement, elle doit également apporter du sens aux acteurs et faire connaître le dispositif aux usagers pour lequel il est fait : les patients. Cela peut se faire par l'intermédiaire de la presse, de dépliants posés en salles d'attente ou des sites internet des hôpitaux du GHAT.

### **2.2.2 Le recours à un consultant expert pour accompagner et former les équipes**

Les complexités d'une gestion coordonnée du projet sont apparues au fur et à mesure de son avancement. C'est la raison pour laquelle j'ai organisé une rencontre entre un consultant e-santé expert des projets de déploiement de télémédecine ville-hôpital et d'accompagnement au montage de MSPP a été organisée avec le CH d'Arras le 4 juillet 2017. En revanche, cette réunion qui s'est tenue en présence du directeur et d'une chargée de mission sur le projet médical partagé fut un échec relatif étant donné l'absence de nombreux acteurs clés du projet. Entre les contraintes de temps et de priorité de chacun, la période de vacances qui s'ouvrait, un recours tardif à l'expert consultant mais aussi l'absence de rassemblement de certains acteurs médicaux clés autour de cette réunion ont conduit à en minorer les effets et à convenir d'une reprogrammation.

Toutefois, le consultant nous a permis d'éclaircir un certain nombre de points concernant ses modalités d'accompagnement projet afin de finaliser le projet de santé télémédecine pour le rendre opérationnel en termes de déclinaisons pratiques d'une part et de mettre en œuvre le projet d'autre part<sup>66</sup>. La planification de ses propositions repose sur l'objectif de

---

<sup>66</sup> Pour exemple, le consultant reçu a accompagné le déploiement de la télécardiologie entre la maison de santé de l'Alloeu (Laventie), le centre hospitalier d'Armentières et l'EHPAD Saint-Jean de Laventie (Pas-de-Calais).

départ qui était celui d'ouvrir l'activité de télémedecine en même temps que l'ouverture de la MSPP au 1<sup>er</sup> janvier 2018, objectif qui depuis a évolué vers une mise en route de la télémedecine courant 2018 (voir « 1.3.2 Un déploiement par étape sur trois spécialités » en page 26).

**Figure n°4 : Planification**



Source : présentation d'Hippocrate Développement au CH d'Arras sur les modalités d'accompagnement projet, 4 juillet 2017

A cet effet, le consultant nous propose plusieurs modalités d'accompagnement au rang desquelles :

**Figure n°5 : Aide à la définition du projet médical**

**BUDGET- PRIX FORFAITAIRE**  
**COMPLÉTER LE PROJET DE SANTE DE TÉLÉMÉDECINE ENTRE LE CH D'ARRAS ET LA MSP DE SAINT-POL-SUR-TERNOISE**

Nos accompagnement ne se bornent pas à dire ce qu'il faudrait faire ou ne pas faire, comme le ferait un diagnostic classique mais nous vous proposerons et mettrons en oeuvre tout ce qu'il est possible de faire dans le budget et les délais au regard du contexte humain, organisationnel et technique de l'établissement.

Nous souhaitons vous faire découvrir notre méthodologie focalisée sur la mise en oeuvre et notre capacité à travailler main dans la main avec vos collaborateurs

C'est pourquoi nous proposons :

- 1) Un prix forfaitaire très compétitif
- 2) Une démarche payable en 2 fois au démarrage et à la restitution
- 3) Les frais de déplacements et autres sont compris

**Livrables - synthèse**

**Synthèse des travaux autour de 4 temps**

1. Analyse du projet existant – Audit et préconisations pour compléter le projet initié
2. Caractérisation des patients cibles pour 4 protocoles – Validation de l'opérationnalité des protocoles, données physiologique de préparation des actes de télémedecine, facteurs d'inclusion
3. Rédaction des workflows de télémedecine – Fonction des intervenants, parcours coordonnés, workflow organisationnel
4. Sensibilisation et formation des acteurs aux processus de télémedecine

- Synthèse de l'audit
- Scénarios d'implémentation
- Détail des workflows
- Support de formation
- Restitutions des réunions et entretiens

Total 14 900 € HT

Source : présentation d'Hippocrate Développement au CH d'Arras sur les modalités d'accompagnement projet, 4 juillet 2017



**Figure n°6 : Mise en œuvre du projet**

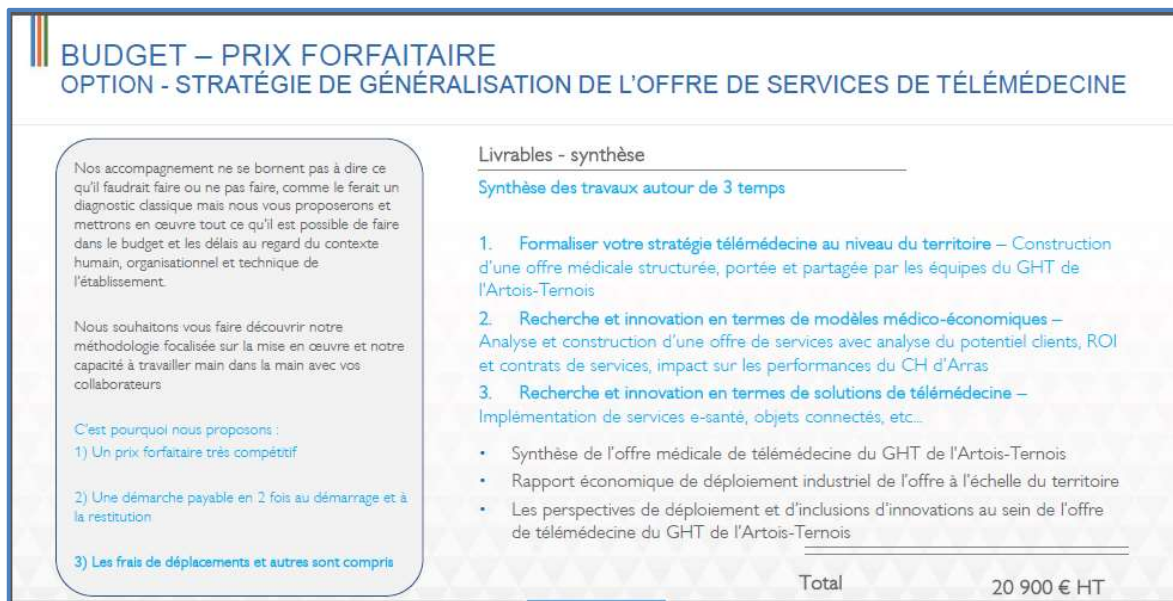
BUDGET- PRIX FORFAITAIRE MISE EN ŒUVRE D'UNE SOLUTION DE TÉLÉMÉDECINE ENTRE LE CH D'ARRAS ET LA MSP DE SAINT-POL-SUR-TERNOISE			
<p>Nos accompagnements ne se bornent pas à dire ce qu'il faudrait faire ou ne pas faire, comme le ferait un diagnostic classique mais nous vous proposerons et mettrons en œuvre tout ce qu'il est possible de faire dans le budget et les délais au regard du contexte humain, organisationnel et technique de l'établissement.</p> <p>Nous souhaitons vous faire découvrir notre méthodologie focalisée sur la mise en œuvre et notre capacité à travailler main dans la main avec vos collaborateurs</p> <p>C'est pourquoi nous proposons :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Un prix forfaitaire très compétitif</li> <li>2) Une démarche payable en 2 fois au démarrage et à la restitution</li> <li>3) Les frais de déplacements et autres sont compris</li> </ol>	<p>Livrables - synthèse</p> <p>Synthèse des travaux autour de 3 temps</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Rédaction du cahier des charges fonctionnel et technique</b> de la plateforme de télémédecine – Expression de besoins détaillés en tenant compte des éléments du projet de santé de télémédecine</li> <li>2. <b>Analyse des solutions existantes</b> – Un benchmark sur les solutions déjà implémentées au CH d'Arras et certaines solutions régionales permettra de limiter le coût de l'analyse et de se focaliser sur des solutions déjà éprouvées régionalement</li> <li>3. <b>Assistance au déploiement de la plateforme de télémédecine</b> – Interface entre le CH d'Arras (DSI et services concernés), la MSP de Saint-Pol-Sur-Ternoise et le prestataire technique retenu</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cahier des charges technique et fonctionnel</li> <li>• Grille d'analyse technique et fonctionnelle associée au benchmark</li> <li>• Suivi de projet</li> <li>• Restitutions des réunions et entretiens</li> </ul>		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">Total</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right;">19 900 € HT</td> </tr> </table>	Total	19 900 € HT
Total	19 900 € HT		

**Figure n°7 : Mise en œuvre du projet avec évaluation**

BUDGET – PRIX FORFAITAIRE OPTION - EVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DU PROJET DE TÉLÉMÉDECINE			
<p>Nos accompagnements ne se bornent pas à dire ce qu'il faudrait faire ou ne pas faire, comme le ferait un diagnostic classique mais nous vous proposerons et mettrons en œuvre tout ce qu'il est possible de faire dans le budget et les délais au regard du contexte humain, organisationnel et technique de l'établissement.</p> <p>Nous souhaitons vous faire découvrir notre méthodologie focalisée sur la mise en œuvre et notre capacité à travailler main dans la main avec vos collaborateurs</p> <p>C'est pourquoi nous proposons :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Un prix forfaitaire très compétitif</li> <li>2) Une démarche payable en 2 fois au démarrage et à la restitution</li> <li>3) Les frais de déplacements et autres sont compris</li> </ol>	<p>Livrables - synthèse</p> <p>Synthèse des travaux autour de 4 temps</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Mise en place des indicateurs de suivi</b> – Accompagnement à la rédaction des fiches de suivi, assistance à l'inclusion des fiches dans le SIH ou le DPI de la MSP</li> <li>2. <b>Évaluation de l'utilisation de la télémédecine sur 6 mois sur le volet usage</b> - Nombre de patients inclus en télémédecine, délais de réponse, retour d'expérience ....</li> <li>3. <b>Évaluation de l'axe technique</b> - Fiabilité, ergonomie, interopérabilité, ...</li> <li>4. <b>Évaluation de la dimension économique</b> - Modèle économique, ROI, reproductibilité etc...</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiches de suivi et d'évaluation</li> <li>• Rapport d'évaluation de l'activité de télémédecine (usages, technique, économique) – Entretiens et consolidation des données de suivi</li> <li>• Les restitutions</li> </ul>		
	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">Total</td> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: right;">21 900 € HT</td> </tr> </table>	Total	21 900 € HT
Total	21 900 € HT		

Sources : présentation d'Hippocrate Développement au CH d'Arras sur les modalités d'accompagnement projet, 4 juillet 2017

**Figures 8 et 9 : Mise en œuvre avec perspective de généralisation**



Sources : présentation d'Hippocrate Développement au CH d'Arras sur les modalités d'accompagnement projet, 4 juillet 2017

### 2.3 Proposition pour évaluer l'activité de télémédecine

Cette phase d'évaluation doit être prévue dès le départ par la détermination des critères et indicateurs d'évaluation. Même si tout ne peut pas avoir été anticipé, la mise en place d'un système de veille et de vigilance reposant sur l'ensemble des professionnels de santé et des industriels impliqués va permettre de repérer les événements indésirables médicaux pouvant apparaître, de valider les bénéfices du projet (amélioration des soins, diminution des déplacements, optimisation de l'organisation médicale et soignantes...), de s'assurer ou non de sa viabilité économique ainsi constituer un outil d'aide à la décision pour faire évoluer l'activité en conséquence.

***Indicateurs d'évaluation :***

- Nombre d'actes de télémedecine
- Nombre de patients suivis par télémedecine / par pathologie
- Bénéfices cliniques quantifiables
- Temps soignants dédiés/optimisés
- Nombre de déplacements patients évités (en kilomètres)
- Réduction des délais de rendez-vous
- Amélioration du recrutement
- Diminution des hospitalisations évitables...



## Conclusion

Le travail d'analyse réalisé en première partie avait vocation à cadrer le projet et l'inscrire dans le cadre des orientations de santé stratégiques nationales, régionales et des structures parties. J'ai, par la suite ou dans le même temps, tenté de mettre en place des actions permettant l'avancée du projet de manière opérationnelle comme l'organisation de l'intervention du Docteur Pierre SIMON ou l'élaboration du projet médical de télémédecine à partir du PMP.

Privilégiant un management de proximité mêlant les styles persuasif, participatif, délégitif et parfois directif, j'ai donné la priorité à la qualité de la relation humaine afin de tirer des échanges et collaborations menées la meilleure création collective de valeur. Sans cadre préétabli, j'ai privilégié l'attention aux besoins et aux intérêts des acteurs pour décider des actions à entreprendre.

C'est par de multiples aller-venues sur le terrain, dans les services de soins, auprès des professionnels de santé que la structuration du projet s'est peu à peu dessinée. J'ai fait le choix de me positionner en « relai » entre la direction, la communauté médicale et les partenaires extérieurs. Chacun des professionnels impliqués ont montré une motivation grandissante pour la réalisation du projet que j'ai tentée d'accompagner en valorisant leurs idées et en cherchant à répondre à leurs problématiques.



---

## Sources et bibliographie

---

### Ouvrages

DE HAAS P., 2015, *Monter et faire vivre une maison de santé*, Le Coudrier Editions (coll. Synthèse et repères), 173 p.

SIMON P., 2015, *Télémedecine, Enjeux et pratiques*, Le Coudrier Editions (coll. Synthèse et repères), 190 p.

### Mémoires

ALEXANDER R., 2012, *La télémedecine, une nouvelle modalité de l'offre de soins. Aspects techniques, humains et managériaux : l'exemple de la Martinique* [en ligne], Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Disponible sur internet : <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2012/edh/alexander.pdf>

### Rapports et synthèses

ANAP, 2016, *La Télémedecine en action. Construire un projet de télémedecine*, 36 p.

Communauté de Communes du Ternois (n° SIREN : 200069672), 2017, *Fiche signalétique* [en ligne], Disponible sur internet : <https://www.banatic.interieur.gouv.fr/V5/accueil/index.php>

CRAPS, 2016, *Pour structurer la médecine du XXIème siècle : la télémedecine* [en ligne], Les cahiers de propositions 2017-2022, 33 p., Disponible sur internet : <http://www.protectionsociale2017.fr/wp-content/uploads/2016/12/cahier-de-propositions-pierre-simon.pdf>

ANAP, juin 2012, *La télémedecine en action : 25 projets passés à la loupe*, 249 p.

ARS Hauts de France, 2017, *Diagnostic territorialisé des Hauts de France, Territoires de proximité* [en ligne], 83 p., Disponible sur internet : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/diagnostic-territorialise-de-sante-de-la-region-des-hauts-de-france-0>

CISS 2017, *La télémedecine* [en ligne], 4 p., Disponible sur internet : <http://www.leciss.org/sites/default/files/46-Telemedecine-fiche-CISS.pdf>

DGOS, octobre 2014, *Télémedecine : point sur les travaux relatifs aux expérimentations (Art.36 LFSS 2014)* [en ligne], Disponible sur internet : [http://esante.gouv.fr/sites/default/files/4\\_telemedecine\\_point\\_sur\\_les\\_travaux\\_relatifs\\_aux\\_experimentations\\_art.36.pdf](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/4_telemedecine_point_sur_les_travaux_relatifs_aux_experimentations_art.36.pdf)

DGOS, mai 2012, *Télémedecine et responsabilités juridiques engagées* [en ligne], Disponible sur internet : <http://esante.gouv.fr/travaux-d-experts/telemedecine-et-responsabilites-juridiques-engagees-dgos>

DGOS, mars 2012, *Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémedecine. Déploiement technique : Urbanisation et infrastructure* [en ligne], Disponible sur internet : <http://esante.gouv.fr/travaux-d-experts/recommandations-pour-le-dploiement-technique-d-un-projet-de-telemedecine-dgos>

HAS, juin 2013, *Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine* [en ligne], 99 p., Disponible sur internet : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/guide\\_grille\\_de\\_pilotage\\_et\\_de\\_securite\\_d\\_un\\_projet\\_de\\_telemedecine\\_2013-07-18\\_13-34-47\\_545.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/guide_grille_de_pilotage_et_de_securite_d_un_projet_de_telemedecine_2013-07-18_13-34-47_545.pdf)

HCSP, 2017, *Groupement hospitalier de territoire et Santé publique. Saisir la chance pour passer du parcours de soins au parcours de santé* [en ligne], (coll. Rapports), 50 p., Disponible sur internet : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=610>

MARQUES C., BOUZOU N., février 2017, *Hôpital : Libérer l'innovation*, Fondation pour l'innovation politique, 44 p., Disponible sur internet : [http://www.fondapol.org/wp-content/uploads/2017/02/100-MARQUES-BOUZOU\\_2017-01-30.pdf](http://www.fondapol.org/wp-content/uploads/2017/02/100-MARQUES-BOUZOU_2017-01-30.pdf)

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, septembre 2013, *Stratégie nationale de santé, feuille de route* [en ligne], 30 p., Disponible sur internet : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille\\_de\\_route.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-Feuille_de_route.pdf)

ORS Nord Pas-de-Calais, 2016, *Evolution à 5 et 10 ans des besoins de la population du Ternois et de l'Arrageois, Adéquation à l'offre existante, Rapport édité pour les Centres hospitaliers d'Arras, de Bapaume et du Ternois*, 70 p.

#### Articles

BAYLE-INIGUEZ A., septembre 2017, « La stratégie nationale de santé présentée le 12 septembre, un décret fin décembre », *Le Quotidien du Médecin*, Disponible sur internet : [www.lequotidiendumedecin.fr](http://www.lequotidiendumedecin.fr)

BENHAMOU P.Y., septembre 2012, « La télémédecine au service de l'endocrinologie », *Annales d'endocrinologie*, vol. 73, n°4, pp. 241-242

CHARASSE C. et al. , 2013, « Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée télésurveillée : une expérience de cinq années. » *Néphrologie et thérapeutique*, vol. 9, issue 3, pp. 143-153, Disponible sur internet : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1769725513000035?via%3Dihub>

Communiqué de presse, juillet 2017, « Agnès Buzyn apporte son soutien au partenariat inédit signé entre l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et le Centre municipal de Santé de Gennevilliers » [en ligne], Disponible sur internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/>

DURUPT M. et al. , 2016, « La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes », *Santé Publique* 2016/4, vol. 28, pp. 487-497, Disponible sur internet : [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=SPUB\\_164\\_0487](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_164_0487)

JOUZEL M., COSTES Dr M., Janvier-Février 2017, « Filière gériatrique de l'agglomération rennaise. L'infirmier assistant de télémédecine, une nouvelle compétence. », *Revue Hospitalière de France*, n°574, pp. 25-26

NAYRAC C., septembre 2017, « Agnès Buzyn souhaite mieux valoriser l'innovation et la qualité dans la rémunération des médecins » [en ligne], *Hospimedia*, Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170901-politique-de-sante-agnes-buzyn-souhaite-mieux-valoriser>

OTTAVY F., FILIPPI G., avril 2017, « Retour d'expérience : un an de téléexpertise en dermatologie libérale en Corse, Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux de Corse », [en ligne], *La Recherche Européenne en Télémédecine*, vol. 6, issue 1, pp. 23-29, Disponible sur internet : [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)



SIMON P., mai 2017, « Le financement des pratiques de télémédecine en France est déverrouillé... », [en ligne], *Managersante.com*, Disponible sur internet : <https://managersante.com/2017/05/01/le-financement-des-pratiques-de-telemedecine-en-france-est-deverrouille/>

TORRE A., 2009 « Retour sur la notion de Proximité Géographique », *Géographie, économie, société*, vol. 11, no. 1, pp. 63-75

TRIBAULT G., 2 mars 2017, « Un avenant à la convention médicale précise le recours à la télémédecine en EHPAD » [en ligne], *Hospimedia*, Disponible sur internet : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170302-e-sante-un-avenant-a-la-convention-medicale>

### **Textes législatifs et réglementaires**

Arrêté du 10 juillet 2017 fixant le financement forfaitaire mentionné au II de l'article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 [en ligne]. Journal officiel n°0163 du 13 juillet 2017, Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/7/10/SSAH1720309A/jo>

Arrêté du 6 décembre 2016 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (version consolidée du 16 septembre 2017) [en ligne]. Journal Officiel n°0291 du 15 décembre 2016, Disponible en ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033607216&dateTexte=20170916>

Arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 [en ligne]. Journal officiel n°0105 du 5 mai 2016, Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/4/28/AFSH1611546A/jo/texte>

Décret n°2014-1048 du 15 septembre 2014 modifiant le décret n°2009-37 du 12 janvier 2009 relatif à la direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services [en ligne]. Journal officiel, n°0214 du 16 septembre 2014, Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029460882&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine (version consolidée du 17 septembre 2017) [en ligne]. Journal officiel n°0245 du 20 octobre 2010, Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&dateTexte=20170917>

Loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 (version consolidée du 16 septembre 2017) [en ligne]. Journal officiel n°0299 du 24 décembre 2016, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033680665&dateTexte=20170916>

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (version consolidée du 16 septembre 2017) [en ligne]. Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016, Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=20170916>

Loi n°2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral [en ligne]. Journal officiel, n°0014 du 25 janvier 2015, Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030109622&categorieLien=id>

Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 (version consolidée du 16 septembre 2017) [en ligne]. Journal officiel n°0298 du 24 décembre 2013, Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028372809&dateTexte=20170916>





MODEBELU

LUCIL-ATUMMA

Décembre 2017

## DESSMS

Promotion 2017

**Déploiement de la télémédecine entre le centre hospitalier d'Arras et la Maison de santé pluri professionnelle Léonard de Vinci : aperçu de la gestion du projet (phase de lancement)**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP, Rennes

### **Résumé :**

Le centre hospitalier d'Arras, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Artois-Ternois, et la maison de santé pluriprofessionnelle Léonard de Vinci ont l'ambition de déployer la télémédecine entre leurs deux structures courant 2018.

Ce mémoire propose un aperçu de la gestion de ce projet de déploiement dans sa phase de lancement et des actions mises en place pour ce faire de mars à juin 2017.

Après une introduction posant le cadre général de la télémédecine, la première partie présente les résultats obtenus à l'issue d'un travail d'analyse contextuelle et stratégique visant à définir le projet médical de télémédecine ville-hôpital. La deuxième partie traite de la dimension opérationnelle et des choix qui ont été faits, ou qui restent à faire, pour accompagner le changement organisationnel.

L'ensemble du travail présenté a été mené avec le soutien de la direction et en lien permanent avec la communauté médicale du centre hospitalier d'Arras et le président de la maison de santé pluriprofessionnelle Léonard de Vinci.

### **Mots clés :**

Télémédecine, projet, centre hospitalier, maison de santé pluriprofessionnelle, téléexpertise, téléconsultation, coordination, déploiement, médical, communauté, gestion, soins, patients, ehpad, enjeux, territoire, groupement, parcours, ville, hôpital, information, santé, acteurs, organisation, médecine

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*