



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2011 - 2012**

Date du Jury : **décembre 2012**

---

**Les enjeux de la mise en place de  
téléconsultations gériatriques :  
l'exemple du Groupement Hospitalier  
Intercommunal du Vexin**

---

**Véronique Perret**

---

# Remerciements

---

Je remercie chaleureusement Mme Zaynab RIET, directrice du Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin qui m'a accompagnée tout au long de mon stage au sein de son établissement.

Je remercie également vivement le personnel de l'établissement avec qui j'ai collaboré dans le cadre de ce travail ainsi que les personnes qui m'ont accordé un entretien.

Merci également à ma relectrice.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
--------------------------	----------

## **1 L'intérêt de développer des téléconsultations gériatriques : un constat national que rejoint l'analyse conduite au sein du GHIV .....**

1.1 La téléconsultation : une définition récente, issue de la loi HPST du 21 juillet 2009 .....	7
1.2 Les arguments en faveur du développement de téléconsultations gériatriques : les enseignements tirés des expériences menées .....	9
1.2.1 Répondre à l'évolution de la démographie médicale et restructurer l'offre de soins pour assurer une accessibilité équitable sur l'ensemble du territoire: .....	9
1.2.2 Apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées et éviter les hospitalisations inutiles et délétères.....	10
1.2.3 Améliorer la qualité des soins apportés.....	11
1.2.4 Générer des économies liées à la réduction des frais de transport et à la diminution de la non qualité .....	12
1.3 La mise en œuvre de téléconsultations gériatriques au GHIV : une réponse aux besoins des personnes accueillies et de la population du Vexin .....	13
1.3.1 Les services proposés par le GHIV dans son territoire.....	13
1.3.2 Offrir une meilleure prise en charge aux personnes âgées accompagnées par le GHIV .....	14
1.3.3 Permettre un meilleur accès aux spécialistes pour la population âgée du Vexin .....	18

## **2 Quels sont les obstacles à lever et les leviers à la disposition du directeur pour mettre en place la téléconsultation ? .....**

2.1 Des freins liés à l'existence récente de la télémédecine et aux interrogations qu'elle suscite .....	23
2.1.1 Une évolution juridique plus lente que le développement de la télémédecine.....	24
2.1.2 Des réticences à l'usage de la téléconsultation .....	25
2.1.3 Des freins technologiques : l'accès au haut débit et l'interopérabilité des systèmes.....	28
2.1.4 Des financements incertains et non pérennes.....	29

2.2	Quels sont les leviers à la disposition du directeur pour mettre en place des téléconsultations : l'exemple du GHIV .....	31
2.2.1	S'inscrire dans un partenariat avec d'autres établissements : le projet Télégéria.....	32
2.2.2	Utiliser le contexte externe : le plan national de déploiement de télémédecine et les objectifs du Plan Régional de Santé .....	35
<b>3</b>	<b>Quelles préconisations pour une déclinaison opérationnelle de la téléconsultation ?.....</b>	<b>39</b>
3.1	S'appuyer sur un projet médical de territoire cohérent .....	39
3.1.1	Définir un projet médical réaliste et porté par tous .....	39
3.1.1	Rédiger les contrats de télémédecine .....	41
3.2	Adapter le système d'information.....	42
3.2.1	Respecter les contraintes issues du décret du 19 octobre 2010 .....	42
3.2.2	Adapter le système d'information à l'usage des téléconsultations.....	43
3.3	Evaluer les impacts économiques.....	45
3.3.1	Définir les investissements nécessaires.....	45
3.3.2	Déterminer l'équilibre financier du projet de téléconsultation .....	47
3.3.3	Evaluer l'apport de la téléconsultation .....	48
3.4	Respecter les principes juridiques, éthiques et déontologiques .....	49
3.4.1	Définir les modalités d'information et de recueil du consentement .....	49
3.4.2	Elaborer une charte de la télémédecine.....	50
3.5	Définir l'organisation interne et prévoir les compétences à faire évoluer .....	51
3.5.1	Tenir compte d'un besoin de « cadrage » accru lié à la nouveauté de la télémédecine .....	51
3.5.2	Elaborer des protocoles qui décrivent les nouvelles pratiques issues de la téléconsultation.....	52
3.5.3	Faire émerger de nouvelles compétences .....	53
	<b>Conclusion.....</b>	<b>55</b>
	<b>Sources et Bibliographie .....</b>	<b>- 59 -</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ANAP</b>	Agence Nationale de la Performance
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ASIP</b>	Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé
<b>ATIH</b>	Agence Technique d'Information Hospitalière
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CNIL</b>	Commission Nationale Informatique et Liberté
<b>CNOM</b>	Conseil National de l'Ordre des Médecins
<b>CSP</b>	Code de la Santé Publique
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Organisation des Soins
<b>DMP</b>	Dossier Médical Patient
<b>DREES</b>	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
<b>EHPAD</b>	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>FHF</b>	Fédération Hospitalière de France
<b>GHIV</b>	Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin
<b>GIR</b>	Groupe Iso-Ressources
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>HEGP</b>	Hôpital Européen Georges Pompidou
<b>HPST</b>	Hôpital Patient Santé Territoire
<b>INS</b>	Identifiant National de Santé
<b>LFSS</b>	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
<b>MAS</b>	Maison d'Accueil Spécialisé
<b>MCO</b>	Médecine Chirurgie Obstétrique
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PRS</b>	Plan Régional de Santé
<b>RASS</b>	Répertoire des Acteurs Sanitaires et Sociaux
<b>SROS</b>	Schéma Régional d'Organisation des Soins
<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>TIC</b>	Technologies de l'Information et de la Communication
<b>USLD</b>	Unité de Soins de Longue Durée
<b>VSL</b>	Véhicule Sanitaire Léger

## Introduction

En France le nombre de personnes âgées ne cesse d'augmenter. La part des plus de 80 ans est ainsi passée de 3,7% de la population en 1991 à 5,3% en 2010<sup>1</sup>. Cette évolution entraîne plusieurs conséquences. En premier lieu, le vieillissement de la population conduit à une augmentation des dépenses de santé, l'âge étant un facteur d'accroissement de la demande de soins. Ainsi, une étude de l'Agence Technique d'Information Hospitalière (ATIH) montre que les personnes de plus de 80 ans ont contribué pour 46,5% à la hausse du nombre de séjours Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) entre 2009 et 2010<sup>2</sup>. Autre conséquence du vieillissement de la population : l'augmentation du nombre de personnes dépendantes et/ou malades tant à domicile qu'en institution. L'OCDE estime que le nombre de personnes en institution en France va croître de 29% entre 2000 et 2020<sup>3</sup>. L'enjeu est d'offrir à ces personnes des soins de qualité, adaptés à leur âge et à leur état de santé, sans que le coût associé ne soit trop élevé pour la collectivité. A cet égard, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) est une opportunité. Ainsi que le souligne la Commission Européenne dans son rapport *Bien vieillir dans la société de l'information*<sup>4</sup> « les TIC peuvent aider à accroître l'efficacité et la qualité des prestations sociales et sanitaires à destination d'une population vieillissante et contribuer à la soutenabilité financière de ces services à l'avenir ».

Alors qu'elles ont des besoins en soins importants, les personnes âgées peuvent rencontrer des difficultés d'accès au système de santé et notamment aux consultations spécialisées<sup>5</sup>. En conséquence, leurs parcours de soins sont souvent marqués par des ruptures qui se traduisent par des recours importants aux urgences et des hospitalisations parfois inadéquates. Les fréquents allers-retours observés entre l'EHPAD et l'hôpital<sup>6</sup> sont imputables à l'exacerbation des polyopathologies dont souffrent les résidents. Une

---

<sup>1</sup> Source INSEE, consultable sur le site [www.insee.fr](http://www.insee.fr).

<sup>2</sup> ATIH, juillet 2012, *Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010, focus sur la prise en charge des 80 ans et plus*, page 1, disponible sur le site [www.atih.fr](http://www.atih.fr).

<sup>3</sup> Communication de la Commission au Parlement Européen, au Conseil, au Comité Économique et Social Européen et au Comité des Régions, oct. 2010, *Bien vieillir dans la société de l'information*, page 1 disponible sur le site [www.europa.eu](http://www.europa.eu).

<sup>4</sup> Ibidem, page 3.

<sup>5</sup> On assiste en France à une quasi-stagnation des effectifs de médecins spécialistes depuis 1997. Source : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/De moMedecins.htm>.

<sup>6</sup> Selon l'étude PLEIAD menée par le gérontopôle de Toulouse, un résident sur quatre a été transféré à l'hôpital sur une période de trois mois.

meilleure prévention de ces pathologies permettrait une réduction de la fréquentation des hôpitaux.

La consultation de spécialistes à distance via un système de visioconférence ou *téléconsultation*<sup>7</sup> est une solution développée ces dernières pour faciliter l'accès à un spécialiste bien avant que les symptômes ne s'aggravent et entraînent un transfert aux urgences.

Enfin, les personnes accueillies en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) sont à la fois en perte d'autonomie<sup>8</sup> et polypathologiques. Elles présentent fréquemment des troubles psychiques ou psychiatriques<sup>9</sup>. Ces personnes consultent des spécialistes régulièrement. Cependant, le temps de transport et d'attente lié à la consultation parfois très long leur est préjudiciable. Ces déplacements peuvent être fatigants, voire angoissants pour certains résidents. La téléconsultation est ainsi de plus en plus souvent utilisée pour éviter de les déplacer.

**L'intérêt de la téléconsultation est donc réel : elle facilite l'accès au système de santé dans des conditions adaptées aux caractéristiques des personnes âgées.**

Ces perspectives se retrouvent dans l'analyse des besoins des personnes âgées accompagnées par le Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin (GHIV). Celui-ci dessert la population du Vexin français à l'ouest du département du Val d'Oise<sup>10</sup>. Il offre des services de proximité dans une zone rurale, et présentant un déficit médical important. Trois pôles sanitaires et un secteur médico-social d'importance se répartissent cette mission.

Le pôle SSR propose un suivi pour des patient atteints d'affections respiratoires, d'affections du système nerveux, d'affections de l'appareil locomoteur ou encore d'affections du système digestif. Le pôle Proximité offre des soins de premier recours : service d'urgence, consultations et imagerie médicale ou encore lits de médecine. Le pôle Gériatrique regroupe une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et un SSR dédié à la gériatrie.

Le secteur médico-social se compose de deux EHPAD et d'un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) à destination des personnes âgées. Enfin, deux Maison d'Accueil Spécialisées (MAS), l'une à destination de personnes cérébro-lésées, l'autre à destination de personnes porteuses du VIH, complètent ce dispositif.

---

<sup>7</sup> La téléconsultation est l'une des formes de la télémédecine définie dans le décret 2012-1229 du 10 octobre 2010 : cf. définition donnée dans le chapitre 1.1.

<sup>8</sup> DREES, Etudes et résultats n°699, août 2009, *Les résidents des EHPAD en 2007*, disponible sur le site [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr): la moitié des résidents sont classés en GIR 1-2.

<sup>9</sup> Selon l'enquête bien-être 2010 réalisée par l'ANESM, la moitié des résidents d'EHPAD souffre de la maladie d'Alzheimer.

<sup>10</sup> Cf. annexe VIII.

La vocation gériatrique et gérontologique de l'établissement est importante. Celui-ci héberge et soigne une population âgée très requérante en termes de soins spécialisés. Par ailleurs les personnes hébergées au sein des EHPAD et du pôle gériatrique sont particulièrement dépendantes et fragiles. Une très grande majorité des personnes hébergées ont des difficultés majeures pour effectuer les actes de la vie quotidienne et se déplacer. Beaucoup d'entre elles présentent des troubles psychiques et psychiatriques ; l'établissement accueille des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en EHPAD et des psychotiques vieillissants en USLD<sup>11</sup>. Les facultés de communication de ces personnes sont très altérées.

La téléconsultation pourrait être pour le GHIV un moyen d'offrir à ses patients et résidents âgés un accès au système de soins dans des conditions adaptées à leur état. A cet égard elle donne au directeur les moyens de concilier qualité de la prise en charge et efficience des services proposés, puis de faire valoir l'amélioration obtenue auprès des décideurs. Enfin, la téléconsultation fait véritablement entrer l'hôpital dans l'EHPAD et s'inscrit pleinement dans l'idée d'un parcours coordonné des soins, qui permet un recours au système de santé juste et efficient.

La téléconsultation semble donc extrêmement intéressante à mettre en œuvre et à développer. Or, l'état de lieux de la télémédecine en France pointe le faible nombre de projets mis en œuvre, sans réelle montée en charge<sup>12</sup>. Fin 2011, seuls 93 projets de téléconsultations étaient recensés en France<sup>13</sup>. Si l'on considère l'ensemble des projets de télémédecine, seuls 256 projets sont en cours, dont un peu moins de la moitié sont considérés comme réellement opérationnels<sup>14</sup>. Ainsi que le résume Jean-Yves Robin, directeur de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP santé) « ces projets locaux, souvent portés par la pugnacité de quelques pionniers, [...] constituent aujourd'hui l'essentiel de la réalité de la télémédecine. [...] L'enjeu des cinq prochaines années est le passage d'une télémédecine encore largement expérimentale à la généralisation des nouvelles pratiques de soins et de prévention qu'elle permet. »<sup>15</sup> **Alors que le vieillissement de la population et les besoins qui en**

---

<sup>11</sup> L'établissement dispose d'une unité Alzheimer pour laquelle il a demandé la labellisation en tant qu'Unité d'Hébergement Renforcée. Au sein de l'USLD, une unité psycho-gériatrique est également en cours de labellisation.

<sup>12</sup> Note de cadrage HAS, juin 2011, *Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*, page 16.

<sup>13</sup> Recensement des activités de Télémédecine effectué par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), téléchargeable sur le site [www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html](http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html)

<sup>14</sup> Ibidem

<sup>15</sup> Jean-Yves Robin, 27/10/2010, *Télémédecine : le temps de la généralisation*, disponible sur le site [e.sante.gouv.fr/tribunes/jean-yves-robin-télémédecine-le-temps-de-la-généralisation](http://e.sante.gouv.fr/tribunes/jean-yves-robin-tel%C3%A9m%C3%A9decine-le-temps-de-la-g%C3%A9n%C3%A9ralisation).

**découlent plaident pour un usage de la téléconsultation pourquoi celle-ci n'est-elle pas plus développée ?** Quels sont les freins à l'émergence de la téléconsultation? Pour l'établissement qui souhaite la mettre en œuvre, quels sont les obstacles qu'il risque de rencontrer ? Et enfin, quels sont les leviers sur lesquels il devra s'appuyer dans sa démarche pour mettre en place des téléconsultations gériatriques ?

La réponse à ces questions va s'appuyer sur une analyse de terrain construite à partir de l'exemple du GHIV. L'établissement, pleinement convaincu de l'intérêt des téléconsultations gériatriques, s'est engagé fin 2011 dans un projet de déploiement au sein du département du Val d'Oise. Ce projet est porté par une dizaine d'EHPAD et un établissement de santé qui assurera les consultations à distance. Dans cet objectif, un groupe de pilotage « Téléconsultations gériatriques dans le Val d'Oise » s'est mis en place et les établissements se sont associés à un porteur régional, Télégéria IF. Celui-ci, souhaite développer des téléconsultations gériatriques en s'appuyant sur l'expérience menée depuis 2007 entre l'HEGP et Vaugirard.

Dans le cadre de cette recherche, j'ai tenté de comprendre quels étaient les enjeux liés au contexte général mais surtout local. Différents documents m'ont permis de connaître les caractéristiques des territoires et populations desservies : le Plan Régional de Santé (PRS) d'Ile de France 2011-2016, le Projet d'établissement 2011-2016 du GHIV notamment. Les rapports d'activité 2011 des services ont par ailleurs permis de cerner le profil des résidents et des patients des structures d'hébergement pour personnes âgées. L'analyse de ces documents a permis de mesurer l'existence d'un besoin de téléconsultations gériatriques et d'obtenir des données chiffrées. A cet égard, j'avais souhaité envoyer un questionnaire à l'ensemble des EHPAD concernés afin d'affiner les données d'activité. Cela n'a pas été fait car il constituait un doublon avec le questionnaire élaboré par l'équipe de Télégéria qui a été celui transmis aux EHPAD<sup>16</sup>.

J'ai privilégié les échanges avec les acteurs concernés par la mise en place de téléconsultations. Une première recherche bibliographique montre en effet que des résistances au changement ou encore des difficultés à intégrer l'impact de la téléconsultation dans les pratiques constituent un frein majeur au développement de la télémédecine. Les entretiens avec différents professionnels de santé et les résidents eux-mêmes<sup>17</sup> se sont avérés nécessaires afin de mesurer quels sont les réticences ou les obstacles existant sur le terrain de stage. Par ailleurs, ces échanges permettent de mesurer l'intérêt que les personnes interrogées pensent retirer de la téléconsultation afin de ne pas s'appuyer sur ce point uniquement sur les éléments bibliographiques.

---

<sup>16</sup> Pour le questionnaire élaboré, se reporter en annexe III.

<sup>17</sup> Pour la liste des entretiens et réunions réalisés, se reporter à l'annexe I.

D'autres échanges et sources d'informations ont également été utilisés pour affiner l'analyse et cerner les enjeux de la mise en place de téléconsultations gériatriques au sein du GHIV. En premier lieu, la rencontre avec des professionnels ayant mis en œuvre la téléconsultation et des visites organisées sur sites se sont avérées riches d'enseignements. En second lieu, les comptes-rendus des échanges avec les membres du comité de pilotage « Téléconsultations dans le Val d'Oise » ont été précieux par l'éclairage qu'ils apportent sur les interrogations des professionnels. Des pistes de réflexion sur différentes thématiques (enjeux éthiques, coût de l'investissement, obstacles à lever...) ont ainsi pu être dégagées.

Ces recherches et ces échanges m'ont permis d'appréhender les enjeux de la mise en place de téléconsultations à destination des personnes âgées pour un directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social.

**Dans un premier temps le directeur doit s'assurer de l'intérêt de ces téléconsultations pour son établissement en s'appuyant sur une analyse des caractéristiques de la population accompagnée (I). Puis, il doit mesurer les obstacles qu'il risque de rencontrer et utiliser les leviers à sa disposition pour lever ces obstacles (II). Enfin, le directeur doit décliner opérationnellement le projet de téléconsultations gériatriques (III).**

## **1 L'intérêt de développer des téléconsultations gériatriques : un constat national que rejoint l'analyse conduite au sein du GHIV**

Les premiers constats évoqués en introduction conduisent à penser que l'organisation de consultations à distance à destination des personnes âgées améliore la qualité des soins et l'efficacité du système de santé. Ces éléments doivent être étayés. Une analyse plus poussée s'appuyant à la fois sur des retours d'expérience et sur une analyse de terrain doit être menée pour dégager les avantages que procure la mise en œuvre de téléconsultations à destination des personnes âgées. Deux dimensions complémentaires doivent être analysées. En premier lieu, il convient de s'assurer si au sein de l'établissement la qualité de la prestation va être améliorée par la téléconsultation<sup>18</sup>. Le rôle de la téléconsultation dans l'organisation des soins au niveau du territoire de santé doit également être appréhendé.

Après avoir décliné les différents arguments en faveur de la téléconsultation (1.2) nous verrons, à partir des éléments de contexte propres au GHIV, que la téléconsultation permet effectivement d'apporter une réponse aux besoins de la population accompagnée par l'établissement (1.3). Au préalable, une définition de la téléconsultation s'avère nécessaire (1.1).

### **1.1 La téléconsultation : une définition récente, issue de la loi HPST du 21 juillet 2009**

La téléconsultation est l'une des formes de la télémédecine. La loi du 21 juillet 2009, dans son article 78, donne pour la première fois en France une définition claire de la télémédecine et de son champ d'application qui est plus restreinte que la définition

donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>19</sup>. Aux termes de l'art. L6316-1 du Code de la Santé Publique (CSP) « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients[...] »

La télémédecine est donc une forme d'exercice de la médecine à part entière dont elle ne constitue pas une forme dégradée<sup>20</sup>. Elle ne se distingue que par l'éloignement entre le professionnel de santé et son patient, éloignement qui nécessite de faire appel aux technologies de l'information et de la communication. Elle est exercée par un ou des professionnels identifiés dans le respect des règles déontologiques et engage leur responsabilité.

En ce sens elle se différencie de la télésanté dont le champ est plus large que le strict domaine médical et se définit comme l'utilisation d'outils et de moyens de communication interactifs en tant que supports dans les domaines de la santé et du médico-social. La télémédecine ne concerne que des activités exercées par des professions réglementées.

Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 pris en application de la loi HPST vient préciser les différents modes d'exercice de la télémédecine, dont **la téléconsultation «qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation (...). »** Dans le cadre de ce mémoire, seule la téléconsultation est étudiée. Néanmoins, les remarques qui s'appliquent à la télémédecine de façon générale

---

<sup>19</sup> « la télémédecine désigne, en général, la fourniture de services de soins de santé, lorsque l'éloignement est un facteur déterminant, par des professionnels des soins de santé faisant appel aux technologies de l'information et des communications, d'une part, pour assurer l'échange d'informations valides à des fins de diagnostic, de traitement et de prévention des maladies et des blessures et, d'autre part, pour les besoins tant des activités de la formation permanente des prestataires de soins de santé que des travaux de recherche et d'évaluation, toujours dans l'optique de l'amélioration de la santé des individus et des communautés dont ils font partie » téléchargeable sur le site : <http://www.who.int>.

<sup>20</sup> Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), janvier 2009, *Télémédecine, les préconisations de l'ordre des médecins*, page 6, disponible sur le site [www.conseil-ordre.medecins.fr](http://www.conseil-ordre.medecins.fr).

sont également valables pour la téléconsultation. Selon le propos, les deux termes pourront être utilisés indifféremment.

En donnant une définition claire de la télémédecine le législateur a souhaité donner une impulsion essentielle au développement de cette activité dont l'intérêt a été souligné à de nombreuses reprises.

## **1.2 Les arguments en faveur du développement de téléconsultations gériatriques : les enseignements tirés des expériences menées**

Les expérimentations menées en matière de téléconsultations s'avèrent positives. Elles montrent tout l'intérêt de la télémédecine en tant que réponse aux différents enjeux qui se posent au système de santé : accompagner la grande dépendance, assurer l'efficacité de l'offre tout en garantissant l'accessibilité, améliorer la qualité des soins et générer des économies.

### **1.2.1 Répondre à l'évolution de la démographie médicale et restructurer l'offre de soins pour assurer une accessibilité équitable sur l'ensemble du territoire:**

Le nombre de médecins en France suit une tendance à la baisse largement démontrée depuis plusieurs années<sup>21</sup>. Celle-ci se cumule par ailleurs avec plusieurs déséquilibres : une inégale répartition des médecins sur le territoire ainsi qu'un déséquilibre par spécialité, certaines disciplines étant très faiblement représentées selon les régions<sup>22</sup>. Ce problème d'accessibilité géographique génère une autre difficulté, l'accessibilité financière ; dans certains bassins de vie les seuls médecins disponibles étant en secteur deux.

En réponse à ces constats, la loi HPST vise une réelle accessibilité, équitable sur l'ensemble du territoire, grâce à une coordination plus efficace des acteurs. Elle prône

---

<sup>21</sup> Selon les projections de la DREES, le nombre de médecins en activité devrait décroître jusqu'en 2020 : Etudes et Résultats n° 679, février 2009, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, disponible sur le site [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr).

<sup>22</sup> Par exemple, le département de la Creuse ne dispose pas de neurologue, de néphrologue, ou encore d'héματο-oncologue ; voir sur ce point : ACKER Dominique, SIMON Pierre, nov. 2008, *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, page 61.

une gradation des soins dont l'objectif est d'assurer un maillage efficace du territoire en soins de premier recours et de réorganiser les soins spécialisés en évitant d'offrir « de tout partout » mais en regroupant les plateaux médico-techniques lourds et certaines spécialités dans des établissements référents avec une perte corrélative dans les hôpitaux de proximité. En contrepartie, ces derniers pourront être équipés de visioconférence.

La télémédecine répond à la problématique d'accessibilité au système de santé tout en favorisant la réorganisation des soins, l'établissement de proximité pouvant alors solliciter les avis de médecins spécialistes à travers un système de visioconférence. De plus, la téléconsultation fait disparaître les temps de déplacement, ce qui représente un gain d'efficacité par rapport aux consultations avancées lorsque l'on considère la rareté de la ressource médicale. La télémédecine « peut être un bras de levier puissant pour construire la restructuration de l'organisation des soins voulue par le législateur de la loi HPST »<sup>23</sup>. Elle permet en outre d'optimiser les parcours de soins.

### **1.2.2 Apporter une réponse adaptée aux besoins des personnes âgées et éviter les hospitalisations inutiles et délétères**

L'augmentation de l'espérance de vie conjuguée avec les progrès de la médecine a transformé la demande de santé. Les personnes fréquentant le système de soins sont de plus en plus souvent des personnes âgées dépendantes et polypathologiques ou encore atteintes de maladies chroniques et nécessitent un suivi au long cours et une prévention importante. Or, l'offre est encore organisée pour répondre principalement à des affections aiguës et courtes. Lorsque les venues aux urgences sont suivies d'hospitalisations, ces dernières peuvent être inadaptées voire néfastes pour les patients. Selon une étude menée par le gérontopôle de Toulouse<sup>24</sup>, il existe une corrélation entre le passage par l'hôpital et une plus grande vulnérabilité à divers facteurs de risque : polymédication, surconsommation de psychotropes, chutes, contention, perte de poids. Cette fragilisation est encore accrue dans le cas de personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer : 50% d'entre eux sont classés en GIR 1 ou 2 au retour d'une hospitalisation contre 28% chez les entrants en provenance de leur domicile.

---

<sup>23</sup> Ibidem, page 54.

<sup>24</sup> Etude PLEIAD menée par le Gérontopôle de Toulouse sur l'impact des transferts des résidents en EHPAD opérés entre leurs lieux de vie en établissements et les hôpitaux ; rendue publique le 2 juin 2010.

La visioconférence qui permet de faciliter l'accès à des spécialistes réduit le nombre d'hospitalisations dans la mesure où elle autorise une prévention plus fréquente et donc plus efficace. En outre, elle réduit la durée de séjour puisqu'elle facilite le suivi en aval de l'hospitalisation. Le retour à domicile ou en EHPAD est plus précoce ce qui limite ainsi le risque d'aggravation de la dépendance. Mais le premier argument en faveur de la télémédecine demeure que cette dernière améliore la qualité des soins apportés.

### **1.2.3 Améliorer la qualité des soins apportés**

La téléconsultation procure une meilleure qualité puisqu'elle évite de déplacer des personnes âgées et fragiles mais également grâce à l'amélioration des pratiques professionnelles qu'elle entraîne.

Pour les résidents d'EHPAD la téléconsultation évite ou limite des déplacements pénibles et perturbants, notamment pour ceux atteints de troubles psychiques et psychiatriques. Ainsi, dans le cadre du projet Télégéria, des téléconsultations ont été mise en place entre l'EHPAD de Vaugirard et l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP). Si la distance entre ces deux établissements n'est que de quelques kilomètres, le temps de déplacement moyen d'un résident se rendant en consultation à l'HEGP est de quatre heures. Une autre expérience menée en Midi-Pyrénées, révèle que certains patients errent pendant plusieurs heures dans les services – du fait de leurs troubles neurologiques – avant que l'on ne parvienne à les localiser<sup>25</sup>.

Les promoteurs témoignent également d'autres aspects bénéfiques. Pour le Dr Bismuth, médecin coordonnateur de l'EHPAD de Bellefontaine, porteur de l'expérience de téléconsultation développée avec le CHU de Toulouse, celle-ci constitue un outil de pédagogie, de formation et de soutien aux équipes. Celles-ci peuvent disposer de conseils sur la prise en charge de leurs résidents : prévention de la dénutrition, des chutes, des escarres, ou encore de la contention. Les professionnels reconnaissent que leurs pratiques sont améliorées : « La téléconsultation en présence des membre de l'équipe soignante de l'EHPAD, permet une meilleure connaissance de la prise en charge globale du résident par tous les intervenants, en garantissant l'accès à l'information et en mettant la personne au centre de la démarche de soins.<sup>26</sup> »

---

<sup>25</sup> ANAP, août 2012, *La télémédecine en action, 25 projets passés à la loupe t.2 : un éclairage pour le déploiement national – monographies*, p. 177.

<sup>26</sup> CIRCULAIRE N° DGOS/PF3/2011/451 du 1er décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine, retour d'expérience d'un projet télémédecine en EHPAD à Toulouse, page 97.

Enfin, la téléconsultation répond à des besoins professionnels nouveaux liés à l'évolution des métiers de la santé. Elle répond à la spécialisation croissante de la médecine et amène la personne vers la compétence la plus adéquate. Elle permet une formation médicale continue par la mutualisation des savoirs médicaux. Elle optimise le temps médical sur l'expertise. Enfin, elle facilite le dialogue et la concertation pluridisciplinaire.

La téléconsultation contribue à rompre l'isolement du médecin traitant dans son exercice professionnel et au décloisonnement entre secteur médico-social et secteur sanitaire. Littéralement la téléconsultation fait entrer l'hôpital dans l'EHPAD.

Dernier point en faveur de la téléconsultation, elle contribue à réduire les coûts et la non-qualité.

#### **1.2.4 Générer des économies liées à la réduction des frais de transport et à la diminution de la non qualité**

Potentiellement, la téléconsultation est source d'économie. Le rapport Lasbordes sur la télésanté souligne qu'une téléconsultation coûte moins cher qu'une consultation, du fait de la réduction des coûts de transport notamment<sup>27</sup>. D'autres économies ou bénéfices peuvent être induits par le développement de la téléconsultation : des gains de productivité médicale (économies de temps médical), des économies sur les effets (réduction des iatrogénies, des erreurs médicales, des infections nosocomiales) ; des économies liées à la réduction du nombre de complications de maladies chroniques (baisse du nombre d'admissions en urgence, des hospitalisations évitables ou inadéquates, réduction des durées moyennes de séjours).

Il est difficile d'assurer que ces bénéfices pourront se transformer en économies réelles pour l'assurance maladie et les usagers du système de santé. Aucune étude n'a d'ailleurs pour l'instant démontrée la réduction des dépenses. La télémédecine génère des externalités positives qui sont difficiles à mesurer. Néanmoins l'efficacité globale du système s'en trouvera améliorée du fait des coûts évités et de la réduction de la non-qualité.

L'intérêt de la mise en œuvre de la téléconsultation est réel ainsi que le soulignent les rapports et les retours d'expériences sur le sujet. Il convient maintenant de s'assurer

---

<sup>27</sup> LASBORDES Pierre, oct. 2009, *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être* : le rapport précise qu'une téléconsultation coûtant 25 euros contre 80 euros pour une consultation l'économie potentiellement réalisable s'élèverait à 55 euros.

qu'elle apporte une réponse adaptée et de qualité aux besoins identifiés des personnes prises en charge au sein du GHIV.

### **1.3 La mise en œuvre de téléconsultations gériatriques au GHIV : une réponse aux besoins des personnes accueillies et de la population du Vexin**

Le GHIV a vocation à apporter une prise en charge de qualité aux personnes qu'il accueille et à coordonner son offre avec les autres acteurs de santé. Il convient par une analyse de l'offre de l'établissement, des caractéristiques de la population qu'il accueille et des besoins de santé du territoire, de s'assurer que la téléconsultation s'inscrit dans les objectifs de l'établissement.

Après une description des services par le GHIV, nous verrons que si dans un premier temps, l'établissement pense destiner la visioconférence à ses résidents et patients âgés, d'autres usages sont également envisageables. A terme, il n'est pas exclu que la téléconsultation puisse venir compléter une offre sanitaire de proximité destinée à l'ensemble de la population, et notamment de la population âgée, du Vexin.

#### **1.3.1 Les services proposés par le GHIV dans son territoire**

L'établissement répond aux besoins de la population qu'il dessert en donnant accès à une offre sanitaire et médico-sociale de proximité. Trois sites, implantés au cœur du Vexin déclinent une diversité de services dans cet objectif.

L'offre sanitaire est articulée autour de 3 pôles de prise en charge :

- Le pôle Proximité situé à Magny en Vexin :

Il se compose d'urgences, de consultations, d'un service de radiologie et d'un service de médecine et offre des soins de premier recours ; les cas nécessitant une plus grande technicité sont pris en charge par le Centre Hospitalier (CH) de Pontoise distant d'environ 20 km.

Ce pôle dispose également de lits dédiés de soins palliatifs ainsi que d'une équipe mobile de soins palliatifs labellisée et intervenant dans d'autres établissements.

- Le Pôle Soins de Suite et de Réadaptation situé sur la commune d'Aincourt :

Il propose des moyens séjours dans les disciplines suivantes : affections respiratoires, système nerveux, appareil locomoteur, endocrinologie et diabète.

- Le Pôle Gériatrique situé sur le site de Marines :

Il se compose d'un SSR dédié à la gériatrie ainsi qu'une USLD. Une consultation mémoire vise le dépistage précoce de la maladie d'Alzheimer.

L'établissement dispose également d'un secteur médico-social d'importance composé de deux EHPAD, de deux MAS et d'un SSIAD à orientation gériatrique. Ces services apportent un accompagnement:

- Aux personnes âgées dépendantes :

L'EHPAD de Marines, orienté sur la prise en charge des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, dispose d'une unité dédiée et sécurisée. Il propose en outre cinq lits d'hébergement temporaire et dix places d'accueil de jour thérapeutique.

L'EHPAD de Magny, à côté de l'hébergement habituel, dispose d'une unité unique, les Maisons de villes, lieu destiné à des personnes plus autonomes afin de concilier vie collective et vie privée. Le SSIAD complète cette offre.

L'établissement a également développé depuis plusieurs années une politique d'ouverture sur la ville et assure des missions de maintien à domicile des personnes âgées et de soutien aux aidants: portage de repas à domicile, actions de formation et d'information organisées avec l'association France Alzheimer. Un projet de bistro mémoire poursuit cette politique.

- Aux personnes en situation de handicap :

Deux MAS, la première accueillant des personnes cérébro-lésées, la seconde des personnes atteintes du VIH complètent l'offre médico-sociale de l'établissement.

Ainsi le GHIV propose une diversité de services de proximité à destination notamment d'une population âgée, polypathologique et/ou handicapée dont les besoins en soins et la grande dépendance impliquent un accompagnement adapté que pourrait venir renforcer des téléconsultations gériatriques.

### **1.3.2 Offrir une meilleure prise en charge aux personnes âgées accompagnées par le GHIV**

Les avantages de la téléconsultation ont été pointés plus haut : réduction des transports, déplacements pénalisant pour des personnes fragiles et dépendantes, possibilité pour les professionnels d'échanger plus facilement autour d'une situation, amélioration des pratiques. L'analyse du contexte propre de l'établissement et des caractéristiques des personnes qu'il accueille confirme qu'il retirera les mêmes avantages de la mise en place de téléconsultations spécialisées. En effet, les personnes âgées présentes dans l'établissement cumulent des besoins en soins importants avec des difficultés à se déplacer pour accéder au système de santé. La téléconsultation est en outre perçue comme un moyen d'améliorer les pratiques par les professionnels de l'établissement et les résidents eux-mêmes.

a) *Des besoins en soins importants :*

Quel que soit le service concerné - USLD, SSR ou EHPAD – les besoins en soins sont très importants du fait des multiples pathologies dont sont affectées les personnes, ce que retracent les bilans d'activité 2011 des services.

Ainsi **dans l'EHPAD de Marines, chaque résident souffre en moyenne de six pathologies différentes**. Les affections les plus fréquemment rencontrées sont les troubles psychiatriques, les pathologies cardio-vasculaires (troubles du rythme, coronaropathie, insuffisance cardiaque), la gastro-entérologie. Des données similaires sont observables sur le site de Magny : 94% des patients souffrent de troubles psychiatriques, 84% d'affection gastro-entérologique, 70% de troubles cardio-vasculaires. Parallèlement, les besoins en soins des résidents sont très variés : la rhumatologie (polyarthrose), l'uro-néphrologie (incontinence), l'oncologie, la pneumologie, la neurologie ou encore la dermatologie (escarres) sont également des domaines de pathologies dans lesquels les résidents et les patients présentent des besoins importants.

Ainsi **en 2011, 362 consultations extérieures (hors examens de radiologie) ont été requises par les personnes âgées** hébergées dans les services sanitaires (USLD et SSR gériatrique) et médico-sociaux. Les spécialités les plus concernées sont l'ophtalmologie, l'orthopédie, la cardiologie, l'oncologie, et la chirurgie<sup>28</sup>.

Pour répondre à ces multiples besoins il convient de souligner que l'établissement dispose en permanence, au sein de ses EHPAD, de praticiens hospitaliers formés à la gériatrie, et pour certains à la gérontopsychiatrie. Les résidents peuvent ainsi accéder quotidiennement à des soins médicaux de qualité. Néanmoins, au regard des caractéristiques et des besoins étendus des personnes accueillies, une partie des soins

---

<sup>28</sup> Voir tableau présenté en annexe IV

doit être effectuée en dehors de l'établissement. Ainsi que le souligne le Dr Martine Merceron, médecin responsable de l'EHPAD de Marines, « on ne fait que ce que l'on sait faire ». L'objectif est de ne pas compromettre la sécurité du patient. Cette remarque est à mettre en parallèle avec la spécialisation croissante de la médecine et le besoin de recourir à des experts. **Contrairement à d'autres situations ou d'autres EHPAD, l'intérêt de la téléconsultation pour l'établissement va donc être moins la garantie d'accès à des soins – qui est déjà effective - que la possibilité de recourir à des avis très spécialisés.** Cet intérêt réside également dans des consultations effectuées dans de meilleures conditions pour les patients.

*b) Des populations fragiles et difficiles à déplacer :*

Les services accueillant des personnes âgées sont répartis sur deux sites. Le site de Magny en Vexin accueille l'un des EHPAD et les Maisons de ville. Sur le site de Marines sont regroupés le second EHPAD et le pôle gériatrique. Chacun de ces sites possède ses caractéristiques propres. L'EHPAD de Magny peut bénéficier des services offerts par le pôle de proximité qui est situé dans le même bâtiment : urgences, consultations diverses et radiologie notamment. Le site de Marines est situé à équidistance du site de Magny en Vexin et de l'hôpital de Pontoise (une vingtaine de kilomètres). Toute consultation implique obligatoirement un transport sanitaire. Néanmoins, les résidents de l'EHPAD de Magny vont également très souvent en consultation extérieure<sup>29</sup>. La problématique de transport existe donc sur les deux sites.

**Or, pour les personnes âgées hébergées au sein du GHIV, le déplacement vers des consultations externes peut s'avérer difficile en raison de leur niveau de dépendance élevé.** Les patients et les résidents sont très dépendants pour la plupart des actes de la vie quotidienne. Plus de 80% des personnes qui sont hébergées sont classées en GIR 1 ou 2, 100% ont des troubles des fonctions supérieures majeures ou notables ; 75% présentent une dépendance majeure pour la toilette et l'habillement.

Enfin, à l'exception des résidents des maisons de ville, **la quasi-totalité des personnes accueillies présentent des troubles psychiques ou psychiatriques :** troubles du comportement, syndromes démentiels, états anxieux ou dépressifs. Le site de Marines est par ailleurs spécialisé dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Or pour ces dernières, tout changement d'environnement s'avère très perturbant. La cadre de l'USLD, Carine Ankowiak, souligne ainsi que certains patients reviennent des consultations très désorientés et « risquent de faire une crise ».

---

<sup>29</sup> Voir annexe IV.

Le recours aux consultations externes pour ces personnes pose des problèmes d'organisation des déplacements. Toutes les consultations ont nécessité un transport adapté (ambulance ou VSL). Par ailleurs, dans certains cas, les personnes sont accompagnées par du personnel de l'établissement. En effet, pour les déments déambulants ainsi que pour les personnes ayant des difficultés majeures de la communication, il est impensable de les envoyer seuls en consultation. S'il est impossible au personnel soignant de l'établissement de dégager du temps à cette fin, en revanche il existe sur le site de Marines des accompagnatrices de la vie sociale. Celles-ci, rattachées au service social et culturel, connaissent bien les personnes âgées, qu'elles côtoient lors des activités d'animation. Lorsque ces accompagnatrices sont indisponibles, soit le service sollicite la famille, soit la consultation est décalée.

**La description des personnes accueillies montre bien que la téléconsultation permet de répondre à leurs besoins tout en évitant des transports pénalisants et difficiles à organiser.** Au-delà, elle répond à une attente en matière d'amélioration de la qualité de la prestation effectuée. C'est ce qui ressort des échanges effectués avec les résidents et le personnel.

*c) Une amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement :*

A travers le témoignage de certains résidents<sup>30</sup> un autre intérêt de la téléconsultation peut être pointé : l'accompagnement lors des consultations est renforcé.

Même lorsque les résidents ne sont pas fortement dépendants et peuvent se déplacer aisément, ils reconnaissent que le temps d'attente avant la consultation et l'annonce du diagnostic peuvent être stressants du fait qu'ils sont seuls. **Le médecin traitant, dans la mesure où il peut expliquer le diagnostic, ou même par sa seule présence, est perçu comme un élément apaisant.**

Il en va de même pour les personnes atteintes de troubles psychiques : pour celles-ci la présence auprès d'eux de leur référent soignant<sup>31</sup> qui est rendue possible par la téléconsultation est rassurante. Pour les personnes qui communiquent difficilement, le médecin traitant ou l'équipe paramédicale sont à même de fournir au spécialiste des informations complémentaires qui vont éclairer le diagnostic de ce dernier.

---

<sup>30</sup> Une réunion avec les résidents des Maisons de ville a été organisée afin de recueillir leur opinion et leurs interrogations vis-à-vis de la téléconsultation.

<sup>31</sup> Pour chaque personne un référent soignant est identifié : celui-ci est notamment chargé des relations avec la famille et connaît plus précisément le résident.

Pour l'équipe enfin, la téléconsultation est un moyen d'améliorer les pratiques professionnelles. Les médecins comme les cadres soignants considèrent qu'il est important de pouvoir échanger avec les spécialistes. Ainsi que le souligne le Dr Merceron c'est un moyen d'apprendre pour le praticien. Mais cela va plus loin qu'un simple avis spécialisé : le patient étant présent, il peut s'exprimer. Le praticien spécialiste peut également demander des examens complémentaires. L'échange est beaucoup plus approfondi et permet donc une meilleure réponse médicale.

Concernant les soignants, ainsi que le souligne Carine Ankowiak, la cadre de l'USLD, les équipes sont demandeuses car « elles se posent beaucoup de questions ». Là encore, l'échange avec le spécialiste va être un moyen d'améliorer les pratiques. Ainsi, en dermatologie, le spécialiste peut donner son avis sur un pansement d'ulcère. Par ailleurs, cela valorise le travail des personnes. Elles peuvent transmettre des informations car elles sont au quotidien avec les patients et les résidents.

La mise en place de téléconsultations au sein de l'établissement est donc bien un facteur d'amélioration de la qualité de prise en charge. **Les entretiens effectués avec des résidents et des membres du personnel montrent également qu'il existe des attentes fortes vis-à-vis de la téléconsultation qui est perçue de façon positive.**

Une analyse des besoins du territoire montre que l'accès à la téléconsultation pourrait également être bénéfique pour la population environnant le GHIV.

### **1.3.3 Permettre un meilleur accès aux spécialistes pour la population âgée du Vexin**

Au-delà du service rendu aux personnes accueillies au sein de l'établissement, la téléconsultation peut être un moyen de répondre aux besoins de la population au sein d'un territoire où l'accessibilité au système de santé est rendue difficile à la fois par une insuffisance de transports en commun et par la démographie médicale, inférieure à la moyenne régionale notamment en ce qui concerne le nombre de médecins spécialistes.

- a) *Une population âgée sur un territoire rural peu dense et marqué par une carence de soins libéraux:*

Le Groupement Hospitalier du Vexin dessert l'ex-territoire 95-3 et notamment le Vexin français qui s'étend au Nord ouest du Val d'Oise<sup>32</sup>. Ce territoire, fortement rural, est sous-équipé en transports en commun et présente une faible densité de population<sup>33</sup>. Alors le canton de Pontoise polarise une grande partie de la population, le Vexin présente une densité beaucoup plus faible que la moyenne du département.

Les statistiques de l'INSEE montrent par ailleurs que la population des communes dans lesquelles sont implantés les services de l'établissement est plus âgée que la moyenne du département : 7,06% de la population du canton de Magny en Vexin a plus de 75 ans contre 5,23% pour le département<sup>34</sup>.

Parallèlement, le Val d'Oise présente une faible densité médicale et notamment en matière de spécialistes : on recense 76 spécialistes pour 100.000 habitants dans le Val d'Oise contre 123 pour la région Ile de France.<sup>35</sup> Alors même qu'une étude réalisée en 2009 montre que la population du canton de Magny en Vexin présente des besoins en soins forts et liés à l'état de santé<sup>36</sup>.

Dans les années à venir, cette situation devrait encore s'accroître sous le double effet du vieillissement de la population et de l'évolution de la démographie médicale. Le maintien d'une offre, et notamment d'une offre publique, sur ce territoire est donc un élément clé de l'accessibilité des personnes âgées au système de santé.

Concernant l'offre hospitalière au sein de l'ex-territoire 95-3<sup>37</sup>, trois grandes zones se dessinent : le Vexin où le GHIV propose une offre de proximité en médecine, SSR et rééducation fonctionnelle ; la ville nouvelle - Pontoise - concentre le pôle technique de référence pour l'ex territoire 95-3 ; enfin la zone nord : excentrée, elle présente une offre de proximité MCO.

**L'offre existante est globalement satisfaisante mais l'enjeu de ce territoire est d'articuler au mieux offre de proximité et offre spécialisée.** Le SROS III fait état du besoin de fluidifier les filières afin de raccourcir les durées d'hospitalisation en MCO : l'aval SSR et médico-social notamment est à améliorer. Concernant plus précisément les personnes âgées, il existe une filière gériatrique, dont le Centre Hospitalier de Pontoise est l'établissement support. Son fonctionnement n'est cependant pas totalement effectif.

---

<sup>32</sup> Il s'agit des territoires définis dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) III. Cf. cartes en annexe VII.

<sup>33</sup> Source : SROS III ; ARHIF-CRAMIF-DRASSIF.

<sup>34</sup> Source: INSEE- RPG 2007.

<sup>35</sup> Source: INSEE - STATISS 2008.

<sup>36</sup> Eude Montaigne réalisée pour le compte de la FHF IDF, citée par le Projet d'Etablissement 2011/2016 du GHIV.

<sup>37</sup> Projet médical de Territoire ; territoire 95-3 ; 2010-2015.

b) *La téléconsultation comme réponse complémentaire aux besoins de santé de la population âgée du Vexin :*

Ainsi que le souligne le projet médical de territoire de l'ex 95-3, le Vexin se caractérise par une carence en médecins libéraux. Le pôle de proximité, situé à Magny en Vexin, pallie partiellement cette carence en proposant des consultations spécialisées et des consultations avancées de praticiens exerçant à Pontoise. Néanmoins cette activité n'est pas optimisée. L'établissement souhaite élargir l'éventail des spécialités proposées mais la file active de patient n'est pas toujours suffisante pour attirer un professionnel. L'établissement rencontre aussi des difficultés à assurer la pérennité des consultations proposées. Du fait de la démographie médicale, les ressources en médecins spécialisés sont rares et se concentrent dans les grands centres. Ainsi, la consultation d'hématologie a été suspendue malgré une demande locale importante. Et si la consultation d'ophtalmologie a pu être poursuivie suite au départ du praticien, le recrutement d'un nouvel ophtalmologiste s'est avéré difficile.

La mise en place de téléconsultations à partir du pôle de proximité pourrait donc être le moyen pour l'établissement de faire accéder la population qu'il dessert à des spécialistes et de répondre ainsi à la problématique du temps médical contraint.

Cette solution ne résoudrait pas tous les problèmes d'accessibilité. Pour des consultations de prévention (dentisterie, ophtalmologie notamment) les téléconsultations n'apportent pas de solution, la rencontre avec le praticien et l'examen physique sont indispensables. Mais pour des recours spécialisés, l'établissement pourrait, grâce à la téléconsultation, apporter une meilleure accessibilité et un éventail de prestations plus large qu'à l'heure actuelle. L'existence d'un service de radiologie sur place est également un atout car il permettrait de compléter ce dispositif : les radiologies seraient effectuées sur place et envoyées numériquement au médecin requis.

Enfin, pour l'équipe mobile de soins palliatifs, la visioconférence peut faciliter la mise en œuvre des réunions collégiales définies dans la loi Léonetti sur la fin de vie<sup>38</sup>.

L'établissement serait ainsi renforcé dans ses missions de proximité. La pérennité de ses activités – et notamment du service de radiologie – en serait confortée. Si l'élargissement de la téléconsultation aux personnes âgées à domicile n'est pour l'instant pas envisagé par le GHIV, il reste intéressant dans un objectif d'accès équitable au système de santé. Si l'accessibilité géographique est ainsi améliorée, l'accessibilité

---

<sup>38</sup> Art. L.1111-13 du CSP.

financière est également préservée dans la mesure où l'offre publique est garantie sur le territoire. Le maillage territorial des soins est par ailleurs organisé de façon cohérente.

Développer des téléconsultations à destination des personnes âgées permet d'améliorer leur prise en charge et de répondre à leurs besoins spécifiques. C'est ce que montre l'analyse effectuée au sein du GHIV. Par sa volonté de mettre en œuvre la téléconsultation, l'établissement poursuit ses objectifs : offrir aux personnes qu'il accueille des soins de qualité, assurer un service de proximité et s'inscrire dans une filière de soins graduée au sein de son territoire. Il répond ainsi à ses missions mais également aux besoins de santé identifiés dans son Projet d'Etablissement et surtout dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). La téléconsultation est par ailleurs perçue de façon positive par les usagers et le personnel qui en attendent des soins de meilleure qualité et un accompagnement renforcé et adapté des personnes. Cette attitude est un atout pour l'établissement qui va donc pouvoir mettre en place des téléconsultations gériatriques.

Or, l'analyse de la situation au niveau national montre l'existence de nombreux freins au développement de la téléconsultation. Dès lors, le directeur d'établissement va s'attacher d'une part à appréhender les obstacles qui se présentent à lui, d'autre part à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour résoudre les problèmes et les interrogations qui se présentent. Cette action est déterminante pour impulser un projet dont l'intérêt vient d'être démontré.

## **2 Quels sont les obstacles à lever et les leviers à la disposition du directeur pour mettre en place la téléconsultation ?**

Malgré son intérêt, la télémédecine ne s'est que faiblement développée ces dernières années et peine à sortir de l'expérimentation. Les différents rapports sur le sujet pointent l'existence de plusieurs obstacles qu'il convient de lever si l'on souhaite le déploiement de la télémédecine. Ces constats nationaux trouvent un écho dans la réflexion menée localement par les membres du comité de pilotage « mise en place des téléconsultations gériatriques dans le Val d'Oise ». Les échanges et les interrogations de ce comité permettent d'élargir et d'enrichir l'analyse des contraintes pesant sur les établissements qui souhaitent mettre en œuvre des téléconsultations.

Nous verrons quels sont les freins qui pèsent sur la téléconsultation et qui constituent autant de points d'interrogation pour le GHIV (2.1). Dès lors quels vont être les moyens d'action que le directeur d'établissement va pouvoir utiliser afin de rendre effectif le projet de téléconsultations gériatriques qui a été formé ? L'exemple du GHIV nous permet de dégager certains leviers à la disposition du directeur (2.2).

### **2.1 Des freins liés à l'existence récente de la télémédecine et aux interrogations qu'elle suscite**

La télémédecine est un secteur encore largement émergent. La multiplicité des expérimentations masque des niveaux de maturité différents. Beaucoup d'applications fonctionnent encore de façon expérimentale, sans structuration et parfois sans respect des règles déontologiques alors que d'autres réalisations sont parfaitement matures. Plusieurs années sont généralement nécessaires pour atteindre un niveau de maturité suffisant. Ces expérimentations ont permis de précieuses réflexions sur la télémédecine, ses enjeux et les éléments d'organisation à mettre en place (réflexions déontologiques et éthiques, bonnes pratiques, etc.) Elles pourront servir de base à de futurs projets.

Mais pour l'heure, aucune réelle montée en charge de la télémédecine ne se dessine. **La généralisation de la télémédecine est en effet freinée de diverses façons : des incertitudes concernant les aspects juridiques, les évolutions**

**sociologiques, l'interopérabilité des systèmes, et les modes d'organisation professionnelle à intégrer et surtout, l'absence d'un financement clairement défini.**

Nous allons successivement analyser chacun de ces obstacles à la lumière des expériences déjà menées et des entretiens effectués dans le cadre de ce mémoire.

### **2.1.1 Une évolution juridique plus lente que le développement de la télémédecine**

Jusqu'à très récemment, un des freins au développement de la télémédecine tenait à son absence de cadrage juridique. La loi de 2004 ouvrait la possibilité de pratiquer la médecine à distance mais restait trop imprécise dans sa définition<sup>39</sup> et les conditions d'exercice de la télémédecine. Depuis, la loi HPST a posé une définition claire de la télémédecine et un décret est venu préciser son application. Ce cadrage encore récent n'a pu produire ses effets.

D'autres éléments restent cependant à clarifier et notamment les responsabilités respectives de chaque professionnel de santé. Selon le Code de Déontologie, chaque médecin doit exercer personnellement sa pratique médicale et est responsable des actes de soin auquel il s'est livré. Mais il n'existe pas de co-diagnostic, ou de co-prescription. **La télémédecine introduit l'existence d'un exercice collectif de la médecine**, il ne s'agit pas d'un simple avis entre collègues. Cela veut-il dire que les responsabilités entre médecin requérant et médecin requis pourront être partagées à l'avenir?

La jurisprudence<sup>40</sup> apporte une première réponse en reconnaissant la responsabilité solidaire des deux établissements – requérant et requis – dans un cas d'erreur de diagnostic. Le tribunal administratif s'est basé sur l'article R4127-64 du CSP qui dispose que « lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés, chacun des praticiens assumant ses responsabilités personnelles et veillant à l'information du malade ». En l'espèce, le tribunal a relevé que les télétransmissions d'images médicales entre les deux établissements n'ont pas donné lieu à des comptes-rendus écrits ce qui ne lui permet pas de trancher les responsabilités de chacun. Cette jurisprudence ouvre la voie à l'établissement de coresponsabilités en fonction des obligations propres à chaque établissement.

---

<sup>39</sup> Article 32 de la loi du 13 août 2004 : « La télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical ».

<sup>40</sup> TA Grenoble, 21/05/2010, n°0600648

Cette clarification est importante car elle permettra de lever une partie des réticences du corps médical, malheureusement encore trop peu enclin à porter des projets de télémédecine. Une meilleure délimitation de leurs responsabilités permettra de lever certaines craintes et interrogations de la part des médecins. Il semble cependant qu'une grande partie de leurs réticences vient des modifications importantes en termes d'organisation de la pratique médicale induite par la télémédecine.

### **2.1.2 Des réticences à l'usage de la téléconsultation**

La télémédecine est une forme d'exercice qui met en relation plusieurs professionnels et implique de nouvelles formes de coopération médicale. Cette collaboration n'est pas innée : de nombreux professionnels opposent des résistances à cette pratique. Par ailleurs, les patients eux-mêmes peuvent être réticents à l'usage de la télémédecine.

- a) *La difficulté de mettre en place une nouvelle forme de coopération : la coprésence médicale*

La télémédecine modifie les relations entre professionnels. Notamment elle implique une coprésence et une coordination à distance<sup>41</sup> centrée autour de la prise en charge du patient. La coopération nouvelle qui découle de la télémédecine implique des délégations de tâches qui modifient les rapports entre professionnels et notamment entre médecins. Ces derniers doivent donc s'adapter à cette situation nouvelle.

**La coprésence implique une délégation de gestes techniques et cliniques<sup>42</sup> entre le spécialiste à distance (le médecin requis) et le médecin (requérant) ou le professionnel de santé présent auprès du patient.** Or, certains actes relèvent de la compétence spécifique du délégateur : il doit alors expliquer à son confrère de quelle façon les effectuer. L'équipe requérante est quant à elle mise dans une forme de subordination qui peut être nouvelle et difficile à accepter. Cela implique donc l'instauration d'une relation de confiance : le spécialiste doit être capable de déléguer une partie des tâches qu'il exerce habituellement. Cela peut être plus ou moins aisé selon les disciplines et les actes à exécuter. Cela suppose surtout de diviser la pratique médicale

---

<sup>41</sup> MATHIEU-FRITK Alexandre, ESTERLE Laurence, ESPINOZA Pierre, « Les téléconsultations médicales en gériatrie » ; *Soins gériatrie* n°93 janvier/février 2012, pages 24-27.

<sup>42</sup> ESTERLE Laurence et al. « L'impact des téléconsultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? » *La documentation française, Revue française des affaires sociales*, 2011 n°2-3, p63-69.

en deux parts : l'une technique qui peut être exécutée par délégation, l'autre purement intellectuelle qui est le diagnostic posé. Or, tous les actes ne peuvent être délégués. Par ailleurs, quelle est la limite à cette division ? **Pour certains spécialistes, la consultation à distance semble incompatible avec un exercice plein et entier de leur art.** Ainsi, les psychiatres de l'hôpital de Gonesse, sollicités pour effectuer des téléconsultations s'y sont refusés dans la crainte que l'interface technique nuise à la relation au patient et donc à la qualité du diagnostic. Alors que l'expérimentation de téléconsultations psychiatriques de l'hôpital du Rouvray s'avère satisfaisante malgré de fortes réticences initiales des praticiens<sup>43</sup>.

Pour le médecin requérant, ainsi que le souligne le Dr Merceron, médecin responsable de l'EHPAD, cela implique de se positionner en interne vis-à-vis du médecin spécialiste. Si elle-même n'y voit pas d'inconvénient, elle souligne que cette forme d'exercice médical est contradictoire avec le modèle d'enseignement de la faculté de médecine qui est « être le meilleur et écraser l'autre ».

La coprésence implique donc un effort de collaboration et une répartition des tâches à trouver pour les professionnels de santé, situation nouvelle qui peut générer certaines difficultés chez les praticiens plus habitués à un exercice solitaire de la médecine. Elle suppose également une nouvelle forme d'organisation qui vient peser sur l'établissement et le médecin requérant.

*b) Une nouvelle organisation à mettre en place dans le cadre de la téléconsultation qui pèse sur l'établissement requérant*

La téléconsultation suppose une organisation différente et notamment une coordination entre les équipes de l'EHPAD et le praticien requis dans le cadre de la téléconsultation. Ce temps de coordination, essentiel au bon fonctionnement de l'organisation est en général trouvé sur les ressources propres de l'EHPAD. Les tâches du médecin traitant et du personnel soignant sur place s'en trouvent alourdies. Cet alourdissement, joint au sentiment possible de subordination de l'équipe vis-à-vis du médecin spécialiste, peut également constituer un frein lors de la période de démarrage de l'activité de téléconsultation.

Il s'agit d'une crainte évoquée par les membres du comité de pilotage du Val d'Oise représentant des EHPAD autonomes. Ces derniers ne disposent pas toujours d'un médecin coordonnateur salarié et présent à temps plein sur l'établissement. Celui-ci pourrait être réticent à voir sa charge de travail accrue. De la même façon, du personnel

---

<sup>43</sup> Intervention du Dr Sadek Haouzir, psychiatre, CH du Rouvray lors du colloque *Télé médecine en action : retour d'expérience de 25 projets opérationnels pour une aide au déploiement* organisé par l'ANAP; 10 mai 2012, Paris.

aide-soignant doit être dédié et formé à l'accompagnement des personnes âgées lors des téléconsultations. Les membres du comité de pilotage souhaitent identifier et valoriser ce temps pour en demander les crédits correspondants. Or, rien ne prouve que les décideurs soient disposés à financer ce temps supplémentaire.

Au-delà de la réticence des personnels à recourir à la télémédecine, il faut tenir compte de celle des usagers.

### *c) La réticence des personnes âgées face à la télémédecine*

L'appréhension de l'outil technique ne doit pas être négligée s'agissant de personnes très âgées et souvent peu familières de l'informatique. De plus, la disposition de la salle peut être déstabilisante : si la personne est allongée, soit parce qu'elle est alitée, soit pour les besoins de la consultation, elle ne voit plus la caméra et il lui est plus difficile d'échanger avec le spécialiste. Les expérimentations menées<sup>44</sup> ont montré cependant que si la personne âgée est hésitante vis-à-vis du système de visioconférence, elle s'y habitue au fil des consultations.

La présence de l'équipe soignante peut également être une source de réticence pour diverses raisons. Premièrement, elle entraîne une perte d'intimité et de confidentialité et peut modifier la relation entre le patient et le spécialiste. Ainsi, les résidents des maisons de ville interrogés observent que dans certains cas il peut être plus facile de parler au spécialiste en tête à tête. Deuxièmement, si l'équipe va pouvoir renseigner le médecin spécialiste sur le patient, il ne faut pas qu'elle se substitue à ce dernier. Il y a également un risque qu'un dialogue – technique – se noue entre l'équipe requérante et le médecin spécialiste excluant la personne. De plus, ce dialogue, hermétique pour la personne, peut devenir une source d'anxiété. L'équipe doit être très vigilante afin d'éviter que la personne âgée ne se sente isolée de la conversation.

Le risque de déshumanisation de la médecine est également souvent avancé. Certaines associations d'usagers ont ainsi fait connaître leurs craintes et leurs réticences, par exemple les insuffisants rénaux de Bretagne<sup>45</sup>. **Le docteur Merceron voit également dans la télémédecine un risque d'accentuation de la déshumanisation de la médecine qu'elle observe à l'heure actuelle. Selon elle, pour éviter cela, le médecin requérant doit être un facilitateur en expliquant au patient « nous allons ensemble chez le médecin » et « nous serons trois dans le cabinet ».**

---

<sup>44</sup> ESTERLE Laurence, directrice de recherche, mai 2010, *Evaluation socio-organisationnelle de l'expérimentation de télémédecine utilisant la plateforme CiscoHealthPresence entre l'Hôpital Européen Georges Pompidou et l'hôpital Vaugirard, Résultats préliminaires.*

<sup>45</sup> ACKER Dominique, SIMON Pierre, novembre 2008, *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, page 78.

Les craintes que suscite la télémédecine sont un frein important à son développement. S'y ajoutent des enjeux technologiques ainsi qu'une forte incertitude sur les financements.

### **2.1.3 Des freins technologiques : l'accès au haut débit et l'interopérabilité des systèmes**

Deux obstacles principaux peuvent être évoqués : l'accessibilité à un débit suffisamment important et l'interopérabilité des systèmes.

Grâce aux progrès technologiques les problèmes d'accès au haut débit se raréfient. Mais des obstacles demeurent dans des zones sous équipées. Notons que l'accès au haut débit n'est pas un pré requis. Cela va dépendre du besoin en télémédecine et des échanges de données réalisés. Si pour une simple mise en relation visuelle, un débit de 500 Kb par seconde est suffisant, la transmission d'images numériques nécessite un débit de 2 à 4 Mb par seconde<sup>46</sup>. Comme le souligne l'expérience de Télégéria cependant, la radiologie est nécessaire dans les trois quart des sessions<sup>47</sup>. Or, tous les sites ne disposent pas d'un tel débit.

Si l'on prend le GHIV à titre d'exemple, la mise en place d'un système de visioconférence peut poser problème. L'établissement a réalisé une étude de faisabilité de l'implantation du SDSL. Sur les sites de Marines et de Magny en Vexin, il est possible d'obtenir un débit allant jusqu'à 8 Mb/s, ce qui est donc largement suffisant. En revanche, le site d'Aincourt ne peut pas bénéficier d'un débit supérieur à 1Mb/s. La commune d'Aincourt est en effet située dans une zone de faible débit et où les besoins sont insuffisants pour qu'un opérateur souhaite investir pour améliorer la couverture. Si Aincourt n'est pas concerné par le projet Télégéria, l'établissement souhaite néanmoins mettre en place la visioconférence sur tous les sites. Les réunions à distances pourront être réalisées. Par contre, des échanges de données – du type dossier patient – avec le site d'Aincourt sont exclus.

Autre point d'achoppement du développement de la télémédecine : la faible interopérabilité des systèmes informatiques à l'heure actuelle. L'interopérabilité est définie par le Comité Européen de Normalisation comme « l'état qui existe entre deux applications quand, pour une tâche spécifique, une application peut accepter les données de l'autre

---

<sup>46</sup> DGOS, mars 2012, *Recommandation pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine, déploiement technique : urbanisation et infrastructure, Plan National de Déploiement de la Télémédecine, groupe de travail technique/système d'information*, page 33

<sup>47</sup> ESPINOZA Pierre, *Déploiement de la télémédecine en territoire de santé : Télégéria, un modèle expérimental et précurseur*, Techniques hospitalières n° 725, février 2011, page 12.

pour effectuer cette tâche de manière appropriée et satisfaisante sans que cela nécessite l'intervention d'un opérateur extérieur ».

L'interopérabilité, comme le haut débit, n'est, là encore, pas un pré requis. Des consultations peuvent se dérouler avec un minimum d'échanges (via une messagerie sécurisée par exemple). Néanmoins, l'interopérabilité reste un objectif à moyen terme dans la mesure où elle est le gage de l'industrialisation de la télémédecine et fait l'objet d'une recommandation européenne<sup>48</sup>. Elle recoupe un autre grand chantier national, le Dossier Médical Patient. A terme, la circulation d'informations via des plateformes et des circuits sécurisés devrait pouvoir être effectif et permettre des gains d'efficacité importants. Notons par exemple sur ce point que le Danemark a adopté une stratégie volontariste au terme de laquelle l'ensemble du territoire dispose d'une infrastructure interconnectée<sup>49</sup>.

Mais de telles stratégies nécessitent un portage financier fort. Or, en France, les aspects financiers restent l'obstacle majeur au développement de la télémédecine.

#### **2.1.4 Des financements incertains et non pérennes**

Le principal risque d'achoppement au projet développé par les EHPAD du Comité de pilotage du Val d'Oise réside dans le financement de l'investissement. En effet, le coût de l'investissement initial et les frais d'exploitation liés à la téléconsultation peuvent être difficiles à envisager pour certains établissements dont les capacités de financements sont restreintes<sup>50</sup>. Un subventionnement important est donc une condition indispensable au maintien de leur engagement.

De fait, les acteurs pionniers de la télémédecine font état de financements non pérennes qui fragilisent son développement. Des ressources dédiées et stables s'avèrent indispensables à cette fin. Les seuls crédits affectés à la télémédecine jusqu'ici ont été des crédits non pérennes destinés à des projets pilotes via des fonds spécifiques tels le Fonds d'Intervention pour la Qualité des Soins ou les Missions d'Intérêt Général. Ainsi, l'investissement initial va être plus ou moins subventionné selon les cas. Par ailleurs, les actes de télémédecine sont facturés sur la base de la nomenclature sans qu'il n'existe de tarification spécifique. Les retours d'expérience font ressortir des difficultés financières, qu'elles soient liées à une absence de financement spécifique, à une situation

---

<sup>48</sup> Recommandation européenne n°2008/3282 sur l'interopérabilité transfrontalière des systèmes de données informatisés de santé.

<sup>49</sup> CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, déc. 2011, Note d'analyse n°255, *Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 2) La télésanté*, page 3.

<sup>50</sup> Voir détail des coûts au paragraphe 3.3.2

économique fragile pendant le temps de la montée en charge ou encore à une rémunération à l'acte mal définie<sup>51</sup>.

Les professionnels plaident donc pour la création d'un ou plusieurs actes de télémedecine, possibilité qui a été ouverte par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2010<sup>52</sup> qui met fin à l'obligation de présence physique du médecin auprès du patient et permet la facturation d'une consultation à distance. Elle autorise par ailleurs le partage d'honoraires. La facturation d'un acte à distance étant désormais possible, la reconnaissance d'actes spécifiques de télémedecine, prévue dans le décret du 19 octobre 2010, constitue l'étape suivante. Mais l'Assurance Maladie reste très prudente sur ce point : l'absence de modèle économique fiable identifié à l'heure actuelle en est la cause.

**Ce modèle économique doit assurer à la fois le financement des investissements, la rétribution de l'acte médical et la rentabilité économique des plateformes de connexion et d'échange sécurisées développées par les industriels.** Un déploiement sur une grande échelle permettrait de réduire les coûts unitaires d'accès : le prix à payer pour les établissements deviendrait alors plus accessible et garantirait ainsi la viabilité économique de l'ensemble.

La rentabilité de l'investissement est un point crucial. Ainsi, un premier projet dans lequel souhaitaient s'engager les établissements du Val d'Oise, Télégéria +, avec comme objectif de développer une plate-forme de connexion a été abandonné car le coût d'accès à cette plate-forme calculé pour assurer la rentabilité de l'opérateur industriel s'est avéré beaucoup trop important pour les EHPAD.

Pour l'assurance maladie, Il s'agit de déterminer le montant, voire le mode d'allocation (consultation ou forfait) le plus approprié pour garantir le financement de la téléconsultation sans que les dépenses totales du système de santé soient augmentées.

Or, si la télémedecine accroît la performance de l'offre de santé, cette performance n'est pas aisément identifiable et quantifiable. En conséquence, l'assurance maladie est très réticente à financer cette activité. Ainsi que le souligne la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>53</sup>, il manque d'études fiables pour assurer que le développement de la télémedecine est bénéfique et identifier par ailleurs des modèles économiques de tarification viables. La HAS a donc été chargée en 2010 par la DGOS de déterminer s'il

---

<sup>51</sup> CIRCULAIRE N° DGOS/PF3/2011/451 du 1er décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémedecine ; page 111.

<sup>52</sup> Article 29 de la LFSS pour 2010.

<sup>53</sup> HAS, juin 2011, Efficience et télémedecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation, page 27, disponible sur le site [www.has.fr](http://www.has.fr).

existe un niveau de preuve suffisant pour soutenir le développement de la télémédecine, et de repérer les modes de tarification les plus efficaces<sup>54</sup>.

Divers freins au développement de la télémédecine existent. Certains s'atténuent. Le risque juridique est en passe d'être cadré. Les freins technologiques persistent mais les progrès réalisés par les opérateurs et la mise en place de normes européennes d'interopérabilité incitent à l'optimisme. Mais d'autres obstacles peuvent devenir de réels facteurs d'échec des projets : pour l'essentiel il s'agit des freins sociologiques et de l'incertitude pesant sur le financement.

Pour pallier ces obstacles, l'établissement a donc cherché à s'inscrire dans un cadre favorable et à rechercher des opportunités et des partenaires.

## **2.2 Quels sont les leviers à la disposition du directeur pour mettre en place des téléconsultations : l'exemple du GHIV**

Malgré les freins et les obstacles évoqués, l'établissement souhaite mettre en œuvre son projet qui correspond à un besoin des populations accompagnées et constitue un réel facteur d'amélioration des soins. Dès lors le directeur doit utiliser les moyens à sa disposition pour rendre effectif cet objectif et lever les obstacles. Cela passe par une analyse de l'environnement externe et notamment des orientations stratégiques définies au niveau national et régional afin de saisir les opportunités qui se présentent. Aux termes du Code de la Santé Publique, les projets de l'établissement doivent s'inscrire dans les orientations du Plan Régional de Santé (PRS). Cela suppose également de s'inscrire, le cas échéant, dans une action coordonnée avec d'autres acteurs de la santé et du médico-social.

**Pour mener à bien son projet, le directeur doit s'assurer qu'il répond bien aux objectifs définis dans le Projet Régional de Santé. Il doit par ailleurs nouer des partenariats avec d'autres établissements, voire être moteur pour mobiliser ses collègues autour d'un objectif. C'est ce que montre l'exemple du GHIV.**

---

<sup>54</sup> Ibidem.

## 2.2.1 S'inscrire dans un partenariat avec d'autres établissements : le projet Télégéria

Le projet de téléconsultations au sein du GHIV correspond à un besoin clairement identifié. Néanmoins deux éléments viennent conditionner ce projet : la nécessité de trouver un ou des partenaires intéressés d'une part ; l'insertion de ce projet dans une prise en charge médicale cohérente d'autre part. Le GHIV fait partie d'une filière gériatrique portée par le CH de Pontoise, établissement de recours du territoire. Les personnes âgées qui ne peuvent être prises en charge au sein de l'établissement sont donc généralement transférées à Pontoise pour des urgences ou des hospitalisations. Elles ont également souvent recours aux consultations dispensées par les spécialistes de cet établissement. La structuration de la filière de soins porterait donc l'établissement à se rapprocher du CH de Pontoise.

Parallèlement, l'établissement pivot qui va proposer des téléconsultations ne peut se lancer que s'il dispose d'un niveau d'activité suffisamment attractif. Il semble souhaitable que plusieurs EHPAD soient associés à ce projet afin de pouvoir disposer d'un volume d'activité permettant de rentabiliser l'investissement.

Enfin, il peut s'avérer judicieux de travailler en collaboration ou de bénéficier de l'expertise de spécialistes ayant une expérience de téléconsultation. En s'associant à un projet existant et déjà mature l'établissement utilise le moyen le plus simple et le plus rapide pour mettre en œuvre des téléconsultations gériatriques. Ainsi que le souligne l'ANAP<sup>55</sup>, un des facteurs de réussite d'un projet de télémédecine est l'existence d'un portage médical fort. La possibilité de s'appuyer sur un médecin reconnu comme coordinateur de projet est à cet égard un atout.

**Une double démarche a donc été lancée : d'une part la recherche d'un partenaire extérieur et disposant d'une expérience en matière de téléconsultations, d'autre part, le recensement et la mobilisation des établissements de santé et des EHPAD intéressés par le projet de téléconsultation dans l'environnement de l'établissement.** Cette jonction a été effectuée par la section départementale du Val d'Oise de la Fédération Hospitalière de France (FHF) dont la directrice du GHIV est déléguée. En effet, la FHF est sollicitée en septembre 2011 par l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour s'associer à un projet de téléconsultation, Télégéria +<sup>56</sup> qui sollicite des

---

<sup>55</sup> ANAP, mai 2012, *La télémédecine en action : retour d'expérience de 25 projets passés à la loupe, tome 1 : les grands enseignements*, page 5, disponible sur le site [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

<sup>56</sup> Télégéria + est par la suite devenu Télégéria IF après l'abandon du projet initial : le partenaire industriel chargé de développer la plate-forme de télémédecine demandait des coûts d'accès à cette plate-forme très élevés. Un second projet prévoit de lancer d'un appel d'offre pour la construction de la plate-forme en incluant un tarif plus abordable pour les EHPAD.

crédits dans le cadre du grand emprunt national et auquel participent l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, les EHPAD de la ville de Paris et le groupe Korian.

La FHF s'est rapprochée du Dr Espinoza porteur du projet Télégéria +. Ce projet constitue le prolongement d'une expérimentation initiée dès 2007. Des téléconsultations gériatriques se sont mises en place entre l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP) et des EHPAD parisiens : la fondation Hôpital Saint Joseph/Hôpital Saint Michel, l'EHPAD PSA Grenelle, et l'EHPAD Jules Siegfried, et enfin l'EHPAD de Vaugirard à partir de 2009. Depuis 2007, 1200 sessions de télé-médecine, concernant 16 spécialités médicales ont été effectuées. Les retours concernant cette expérience, tant des équipes requérantes que requises, sont positifs. L'expérimentation de Télégéria a permis à l'équipe de l'HEGP de développer une réflexion éthique et professionnelle concernant l'organisation et les facteurs clés de succès d'une expérience de télé-médecine.

**Télégéria est un projet de généralisation au niveau régional de la télé-médecine grâce au développement d'une plateforme sécurisée par un industriel. Cette plateforme va permettre notamment de relier des hôpitaux pivots à un réseau d'EHPAD et de soins de suite.** Outre l'accès à des avis spécialisés, d'autres utilisations de la plateforme sont également envisagées. Ainsi la garde médicale de Paris souhaite utiliser cette plate-forme dans le cadre de la permanence des soins. L'Union Régionale des Professionnels de Santé est également partie prenante du projet et souhaite développer des téléconsultations à partir de cabinets médicaux libéraux.

La FHF du Val d'Oise s'est fait le relais de ce projet auprès de ses membres. Les EHPAD autonomes ou rattachés à un établissement de santé du Val d'Oise en ont été informés par un courrier puis une présentation a été effectuée lors de la section départementale FHF du 1<sup>er</sup> décembre 2011. Enfin, le docteur Espinoza a présenté Télégéria aux établissements intéressés le 9 janvier 2012. Suite à ces diverses informations et réunions certains établissements et EHPAD se sont engagés. Le CH de Gonesse serait l'établissement pivot pour le Val d'Oise, les spécialistes de cet établissement étant intéressés. Le GHIV, le CH de Carnelle et les EHPAD autonomes de Louvres, Luzarches et Marly se sont également engagés dans le projet ainsi que le CH de Gonesse pour son EHPAD qui est situé à distance du bâtiment principal. Enfin, le réseau gérontologique Automne bien que non concerné dans un premier temps souhaite pouvoir se rattacher au projet ultérieurement.

Il aurait été plus intéressant pour le GHIV de pouvoir mettre en œuvre ce projet avec le CH de Pontoise. Dans ce cas, la téléconsultation serait venue compléter et conforter la prise en charge actuellement existante dans le cadre de la filière. Néanmoins, le CH de Pontoise n'a pas témoigné de son intérêt pour le sujet. Le choix de Gonesse comme hôpital de référence départemental constitue une difficulté pour l'établissement

puisque'il ne relève pas de son territoire de référence. En revanche pour les autres établissements, le choix de Gonesse s'avère réellement intéressant puisque le CH de Carnelle et les trois EHPAD autonomes sont situés à proximité de cet établissement et peuvent alterner consultations à distance et prise en charge sur l'établissement en fonction des nécessités et des besoins des résidents<sup>57</sup>.

Néanmoins, l'établissement a fait le choix d'adhérer au projet car malgré ce point faible, il comporte des avantages indéniables. En premier lieu, il permet à l'établissement de bénéficier de l'expérience capitalisée par les acteurs de Télégéria. Ces derniers ont rédigé par exemple des protocoles de prise en charge ou encore une charte de fonctionnement éthique. L'établissement pourra s'appuyer sur ces éléments de réflexion. Des visites de la salle de téléconsultation de l'HEGP et de Vaugirard ont également été organisées. Les professionnels de l'établissement – médecin, cadre de santé, responsable des services informatiques – ont pu ainsi rencontrer leur alter ego et poser des questions relevant de leurs compétences.

En second lieu, en s'associant avec les promoteurs de Télégéria, l'établissement va bénéficier de financements qu'il ne pourrait obtenir autrement : Télégéria soumet un dossier dans le cadre du Grand Emprunt dans un premier temps puis, lorsque ce projet est abandonné, candidate pour l'appel à projet télémédecine lancé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile de France.

Enfin, même si le projet médical n'est pas le plus adapté à la situation de l'établissement, il ouvre des perspectives à moyen terme comme accéder à d'autres établissements de santé ou encore à des spécialités extrêmement ciblées. Ainsi, elle se montre très intéressée pour pouvoir par exemple accéder aux consultations mémoire avancées de l'HEGP.

Le GHIV s'est donc associé à Télégéria qui va porter le projet et rechercher des financements pour l'ensemble des établissements (EHPAD et établissements de santé pivot). Initialement Télégéria postulait pour des crédits « grand emprunt » en présentant une solution d'industrialisation de la téléconsultation. Mais ce projet a été abandonné faute de viabilité financière. L'entreprise partenaire, SFR, souhaitant rentabiliser rapidement son investissement proposait un coût d'abonnement à la plate-forme trop élevé pour les EHPAD concernés. Pour financer son projet, Télégéria va donc se tourner vers l'appel à projet lancé en début d'année 2012 par l'ARS Ile de France. En effet, les autorités, conscientes de l'intérêt de la télémédecine ont décidé de lancer un plan de

---

<sup>57</sup> Voir carte en annexe VII.

financement d'importance. Ce contexte externe s'avère très favorable à l'avancement du projet de l'établissement.

### **2.2.2 Utiliser le contexte externe : le plan national de déploiement de télémédecine et les objectifs du Plan Régional de Santé**

#### *a) Profiter d'un contexte favorable : le plan national de déploiement de la télémédecine*

L'observation des expériences étrangères montre que le développement de programmes de télémédecine est largement lié à la généralisation de financements de la part des Etats<sup>58</sup>. Une volonté politique forte est également indispensable ainsi que le souligne une étude commandée par l'Agence des Systèmes d'Informations Partagés de santé (ASIP-santé)<sup>59</sup>. Cette étude insiste sur la mise en œuvre d'une véritable gouvernance et notamment d'un pilotage régional adapté à la taille des projets, le niveau national restant un niveau d'impulsion qui garantit la cohérence du déploiement sur l'ensemble du territoire.

Conscients des enjeux de la télémédecine<sup>60</sup>, les pouvoirs publics ont pris des mesures en vue de favoriser son développement. A cette fin, la loi HPST a fait de la télémédecine un des volets du projet régional de santé<sup>61</sup>. Mais surtout, le gouvernement a lancé une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine qui vise à généraliser cette pratique<sup>62</sup>. Un comité de pilotage national a identifié en mars 2012 cinq domaines prioritaires dont les soins en structure médico-sociale<sup>63</sup>. Dans le cadre de sa stratégie, le gouvernement met des outils à la disposition des opérateurs, par exemple des recommandations sur les pré-requis techniques. Mais surtout un soutien financier est prévu : des crédits sont alloués aux ARS à cette fin via le Fonds d'Investissement

---

<sup>58</sup> HAS, juin 2011, *Efficienc e de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*, page 17, disponible sur le site [www.has.fr](http://www.has.fr).

<sup>59</sup> Etude FIEEC/ASIP Santé, mars 2011, *Enseignements tirés de l'étude sur la télésanté et la télémédecine en Europe*, page 8, disponible sur le site [www.esante.gouv.fr](http://www.esante.gouv.fr).

<sup>60</sup> Extrait du discours de Mme Nora Berra, secrétaire d'Etat chargé de la santé en Ouverture de la journée scientifique sur les innovations technologiques en télésanté, jeudi 20 octobre 2011 : « dans le contexte économique actuel, le domaine de l'e-santé en général, et celui de la télémédecine en particulier, permet de conjuguer la croissance économique et le développement d'industries de pointe avec l'amélioration du système de santé, parmi les plus performants au monde. »

<sup>61</sup> Art L.1434-2 du CSP.

<sup>62</sup> [www.sante.gouv.fr/déploiement-de-la-télémédecine-tout-se-joue-maintenant.html](http://www.sante.gouv.fr/déploiement-de-la-télémédecine-tout-se-joue-maintenant.html).

<sup>63</sup> Les quatre autres domaines prioritaires étant la permanence des soins en imagerie médicale, la prise en charge des AVC, la santé des détenus et la prise en charge d'une maladie chronique

Régional. En 2011, 26 millions d'euros ont été délégués aux ARS. Et en 2012, le comité de pilotage souhaite accompagner des « projets pilotes » déjà matures qui pourront servir de modèles aux autres projets.

Cette politique de soutien à l'investissement permet clairement un effet d'aubaine pour les établissements désireux de développer des solutions de télémédecine. Le contexte régional est également un élément en faveur du projet de l'établissement.

*b) Apporter une réponse aux besoins régionaux : l'appel à projet de l'ARS Ile de France*

Le PRS d'Ile de France 2011-2016<sup>64</sup> montre l'intérêt de développer des téléconsultations gériatriques dans la région pour répondre à certaines caractéristiques de la demande de santé.

En premier lieu, si l'Ile de France est richement dotée en médecins spécialistes leur répartition est fortement inégale sur le territoire régional, ces spécialistes se concentrant essentiellement sur Paris et la petite couronne. Par ailleurs, six libéraux sur dix exercent en secteur II, contre quatre sur dix sur l'ensemble du territoire français. Le PRS cite par ailleurs une étude de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)<sup>65</sup> qui révèle que les personnes résidant en Ile de France doivent faire des trajets plus longs par rapport à la moyenne nationale pour pouvoir accéder à des professionnels de secteur I. Cela pénalise notamment les personnes âgées et/ou vivant dans des zones où les transports en commun sont peu développés. Cette analyse recoupe celle de l'établissement concernant le Vexin. Ainsi, le fait que la région Ile de France soit bien pourvue en personnel médical n'empêche donc pas que l'accessibilité ne soit pas pleinement assurée sur l'ensemble du territoire.

En second lieu, le PRS souligne la complexité des parcours de santé et son impact financier. Ces parcours sont marqués par des ruptures liées à un manque de coordination des acteurs de santé, par exemple l'absence d'interface entre les EHPAD et les services des urgences. Une étude de 2006<sup>66</sup> montre que les hospitalisations évitables représentent 5,7% de l'ensemble des séjours et 10% des journées d'Ile de France. Ces séjours présentent en outre des durées de séjours de 50% plus élevées que la moyenne.

---

<sup>64</sup> Plan régional de Santé d'Ile de France pour 2011-2016, disponible sur le site : <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>

<sup>65</sup> DREES-IRDES, juin 2011, M.Coldefy, L.Com-Ruelle, V.Lucas-Gabrielli, L.Marcoux, *Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007*, cité par PRS d'Ile de France, page 37.

<sup>66</sup> R.Freund, F.Tonnellier, J.F.Philippon, « Les hospitalisations potentiellement évitables en Île-de-France », AR HIF, EHESP. Non publiée, cité dans PRS Ile de France, page 67.

Le PRS précise également<sup>67</sup> que les personnes âgées représentent 6% de la population francilienne mais 26% des journées d'hospitalisation. Ces chiffres plaident pour une plus grande médicalisation des EHPAD mais également pour une amélioration des parcours de santé des personnes âgées, grâce notamment à une meilleure coordination des acteurs.

**Ces deux caractéristiques – accessibilité difficile et parcours de santé à améliorer – soulignent le besoin de solutions de télémédecine à destination des personnes âgées au niveau de la région.** L'un des objectifs du PRS est en effet de développer des plates-formes de services autour des EHPAD dont la télémédecine est un des volets<sup>68</sup>.

**La conjonction d'une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine avec des besoins régionaux identifiés est particulièrement propice pour l'établissement. Les promoteurs de Télégéria - devenu Télégéria IF – vont répondre à l'appel à projet télémédecine lancé par l'ARS afin d'obtenir des financements.**

Cet appel à projet lancé en janvier 2012 s'inscrit dans le plan national de déploiement mais rappelle également les enjeux propres à l'Île de France: la réduction des inégalités de santé infrarégionales, l'amélioration de la qualité du service rendu, et une meilleure efficacité des dépenses. Notamment, le développement de solutions visant le maintien des personnes âgées à domicile par l'amélioration de la prise en charge sanitaire est recherché. Les dossiers faisant état d'une pratique de la télémédecine déjà éprouvée seront favorisés. Quatre à huit projets pourront être soutenus sur une enveloppe totale d'environ 3,4 millions d'euros. Les financements pourront représenter jusqu'à 80% des dépenses d'investissement éligibles.

Le dossier de Télégéria IF a été retenu. Ainsi que le précise l'ARS : «Suivi par l'agence depuis son démarrage, Télégéria va bénéficier d'une aide financière complémentaire pour accompagner la généralisation de son déploiement sur les EHPAD de Paris et du Val-d'Oise.<sup>69</sup>» L'établissement va donc pouvoir poursuivre son projet de téléconsultation. Au niveau régional celui-ci va être porté par Télégéria IF et le Groupement de coopération sanitaire pour le développement des Systèmes d'Information partagés en Île de France (GCS SISIF) concernant la partie technique.

---

<sup>67</sup> Page 52 du PRS d'Île de France.

<sup>68</sup> Page 93 du PRS d'Île de France.

<sup>69</sup> <http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Resultats-de-l-appel-a-projets.139655.0.html>

Nous venons de voir à travers l'exemple du GHIV quels sont les obstacles que risque de rencontrer l'établissement ainsi que les moyens qu'il peut mettre en œuvre pour mener à bien son projet.

Les freins au développement de la télémédecine sont divers : freins technologiques, incertitude juridique et financière, ou encore réticences à l'usage de la télémédecine. L'établissement risque alors de faire face à un manque d'adhésion de la part des professionnels de l'établissement ou encore de ne pas voir son projet aboutir par manque de viabilité financière ou d'outils techniques adaptés.

Pour lever ces obstacles, le directeur d'établissement doit utiliser les moyens à sa disposition. Il doit inscrire sa stratégie de développement dans les orientations régionales et nationales. A cet égard, l'existence de besoins régionaux identifiés dans le PRS qui concordent avec ceux du GHIV a constitué un atout indéniable pour l'établissement. Il doit également rechercher des partenaires pour mener à bien ses projets et pour cela faire partie d'un ou plusieurs réseaux professionnels. Ainsi, le GHIV s'est appuyé sur un porteur de projet, Télégéria, disposant d'une expérience suffisante pour être retenu dans le cadre de l'appel à projet « télémédecine » lancé par l'ARS.

Néanmoins, tous les obstacles ne sont pas résolus. Un cadrage au sein de l'établissement – médical, technologique, financier, éthique et organisationnel – s'avère indispensable. Le directeur doit donc proposer une déclinaison opérationnelle du projet propre à aplanir les difficultés qui demeurent.

### **3 Quelles préconisations pour une déclinaison opérationnelle de la téléconsultation ?**

Dès lors que le projet de téléconsultation se concrétise, il convient d'en organiser la mise en œuvre opérationnelle au sein de l'établissement. Celle-ci est un élément important de la réussite du projet. Le directeur doit être moteur et porter la réflexion mais il doit y associer les professionnels de l'établissement et susciter leur investissement. C'est en s'appuyant sur les éléments propres de l'établissement – besoins et ressources - que le directeur va pouvoir lever les derniers obstacles à la mise en place de téléconsultations gériatriques.

A partir de la définition d'un projet médical, l'établissement va pouvoir décliner toutes les dimensions de la téléconsultation : l'adaptation du système d'information, la recherche de l'équilibre financier, le respect de la législation et des règles éthiques et enfin l'organisation et les compétences à faire évoluer.

#### **3.1 S'appuyer sur un projet médical de territoire cohérent**

Les éléments développés en première et seconde partie ont prouvé l'existence d'un besoin, au niveau de l'établissement comme au niveau du territoire. Reste à rédiger un projet médical réaliste qui tient compte des attentes et des contraintes des établissements et à rédiger les contrats et conventions correspondants.

##### **3.1.1 Définir un projet médical réaliste et porté par tous**

L'ANAP souligne qu'un projet de télémédecine ne peut réussir que s'il répond à un objectif médical défini à partir des besoins des établissements<sup>70</sup>. A cette fin une enquête spécifique peut être menée<sup>71</sup>. Ce projet médical doit rester réaliste et tenir compte des contraintes existantes. Il peut prévoir une phase de montée en charge et/ou une période d'expérimentation. Il doit également pouvoir évoluer dans le temps.

<sup>70</sup> ANAP, mai 2012, *La télémédecine en action : retour d'expérience de 25 projets passés à la loupe, tome1 : les grands enseignements*, page 21, disponible sur le site [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

<sup>71</sup> Voir questionnaire en annexe III.

Ainsi, les membres du groupe de pilotage « Téléconsultations dans le Val d'Oise » se sont interrogés sur la possibilité d'obtenir des consultations non programmées afin d'éviter ou de limiter le recours aux urgences hospitalières. Malgré leur intérêt pour les EHPAD, ces consultations peuvent être très désorganisantes pour les spécialistes. L'hôpital de Gonesse a donc préféré se limiter dans un premier temps aux consultations programmées afin d'éviter que les médecins rejettent le projet ainsi défini. Des consultations en urgence pourront être proposées dans un second temps, une fois que la téléconsultation sera bien intégrée dans les organisations et les procédures.

Deuxième exemple tiré des réflexions du groupe de pilotage : toutes les disciplines du CH de Gonesse ne sont pas proposées à la téléconsultation. Ne sont incluses dans le projet que les spécialités dans lesquelles des médecins sont volontaires pour utiliser la téléconsultation. Ainsi, il n'y aura pas de téléconsultations de psychiatrie pour laquelle il existe une demande de la part des EHPAD dans la mesure où les médecins se sont montrés réticents à une pratique à distance. De cette façon, l'hôpital s'est assuré l'adhésion de sa communauté médicale. Dans un premier temps, seules quelques disciplines pour lesquels il existe des médecins intéressés sont proposées : l'orthopédie, la cardiologie, la neurologie-vasculaire, la gériatrie, la dermatologie (escarres), les soins palliatifs et la diabétologie. Cela présente l'intérêt d'amorcer le projet avec des médecins volontaires, gage de son succès. Mais il faut veiller à ce que le nombre des spécialités proposées soit suffisamment large et adapté aux besoins des EHPAD pour qu'elles restent intéressées.

La liste des disciplines proposées est cependant susceptible d'évoluer au fil du temps et des besoins exprimés. Ainsi, les membres du comité de pilotage du Val d'Oise ont demandé que l'ORL et la gastro-entérologie pour lesquelles le nombre de consultations est important soient incluses dans cette liste. **Ainsi que le souligne le Dr Espinoza « il faut développer ce type de projet en tâche d'huile ».**

Ce projet médical devra impérativement faire l'objet d'un consensus. A cet égard, il est indispensable qu'il soit validé par les instances de chaque établissement : Conseil de la Vie Sociale, Commission Médicale d'Etablissement, Conseil d'Administration ou Conseil de Surveillance.

Le rôle du directeur va consister à mobiliser et fédérer les équipes. Au sein du GHIV, si l'encadrement médical et soignant s'est révélé intéressé et motivé dès le départ, cet intérêt a été conforté de diverses manières. Des visites à l'HEGP et à Vaugirard ont été organisées : les médecins et les cadres soignants ont pu dialoguer avec les équipes

en place<sup>72</sup>. Le Dr Espinoza a visité les sites du GHIV – ainsi d’ailleurs que toutes les EHPAD parties prenantes du Val d’Oise - afin d’échanger avec les professionnels sur les aspects techniques et organisationnels. Enfin, la responsable soins et qualité du site de Marines est membre du Groupe de pilotage « téléconsultations gériatriques dans le Val d’Oise.

Il convient de souligner l’importance d’un coordonnateur médical du projet tel le Dr Espinoza. Celui-ci, investi et fort de son expérience, s’est révélé être un acteur facilitateur et fédérateur. C’est également lui qui va être l’interlocuteur privilégié de l’ARS pour la rédaction du contrat de télémédecine.

### **3.1.1 Rédiger les contrats de télémédecine**

Le guide méthodologique pour l’élaboration des contrats et des conventions de télémédecine écrit par la DGOS à destination des ARS précise de quelle manière doit être contractualisée la télémédecine<sup>73</sup>. Un contrat doit être rédigé et signé entre l’ARS et le ou les acteurs de la télémédecine. Ce contrat « détermine les objectifs poursuivis, l’insertion dans le programme régional ainsi que les engagements en termes de qualité et de sécurité des soins.<sup>74</sup> » Une fois ce contrat conclu, les établissements vont rédiger une convention qui « décline opérationnellement l’activité de télémédecine et décrit de manière précise la place prise par chacun des acteurs dans une bonne organisation.<sup>75</sup> » Cette convention décline tant l’organisation métier que l’organisation technique.

Différents éléments doivent obligatoirement y être inscrits :

- La description des besoins identifiés et les objectifs du projet,
- Le type de patients concernés et les modalités d’indications de la téléconsultation
- Les modalités de suivi et les indicateurs de réalisation des objectifs,
- Les modalités de respect des obligations législatives, réglementaires et déontologiques et notamment les éléments mis en œuvre pour respecter les droits des patients,
- Les éléments financiers : investissements, financement,
- Les équipements techniques mis en place et leur usage,
- Les modalités d’organisation et de coopération professionnelles et les protocoles mis en place,

---

<sup>72</sup> Ainsi lors d’une visite organisée le 6 juin sur Vaugirard étaient présents : le médecin coordonnateur du CH de Carnelle, la responsable soins et qualité du site de Marines, le cadre de l’EHPAD de Magny en Vexin, le responsable informatique du GHIV.

<sup>73</sup> Circulaire DGOS/PF3/2012/114 du 13 mars 2012 relative au guide méthodologique pour l’élaboration des contrats et des conventions de télémédecine.

<sup>74</sup> Ibidem, page 4.

<sup>75</sup> Ibidem, page 13.

- Les garanties de qualité et de sécurité des soins.

## 3.2 Adapter le système d'information

L'adaptation du système d'information est un des points clés de la réussite du projet de télémédecine. D'une part il doit respecter la réglementation existante. D'autre part, il doit répondre aux besoins définis dans le volet médical du projet.

### 3.2.1 Respecter les contraintes issues du décret du 19 octobre 2010

Chaque acte de télémédecine doit être réalisé dans des conditions permettant l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ainsi que l'identification du patient<sup>76</sup>. A cette fin, l'établissement doit s'appuyer sur les référentiels nationaux d'identification : authentification des acteurs par connexion au Répertoire des Acteurs Santé Social (RASS), identification des patients à partir de l'Identifiant National de Santé (INS)<sup>77</sup>. Les professionnels doivent également pouvoir accéder aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte<sup>78</sup>.

Afin d'assurer la traçabilité des échanges, sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel intervenant dans l'acte de télémédecine : le compte-rendu de la réalisation de l'acte ; les actes et prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ; l'identité des professionnels de santé participants ; la date et l'heure de l'acte ; le cas échéant, les incidents techniques survenant au cours de l'acte<sup>79</sup>. Le respect de ces dispositions est essentiel, la traçabilité des actes étant un des éléments permettant de délimiter les responsabilités médicales en cas de litige ainsi que vient le rappeler la jurisprudence du tribunal administratif de Grenoble<sup>80</sup>.

Les échanges numériques doivent être sécurisés pour garantir la confidentialité et l'intégrité des données échangées. La CNIL considère que « les dispositifs de télémédecine doivent garantir, outre l'authentification des professionnels de santé, la confidentialité des données, le chiffrement des données transmises, la traçabilité des

---

<sup>76</sup> Art R6316-3 du CSP.

<sup>77</sup> DGOS, mars 2012, *Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine, Déploiement technique : urbanisation et infrastructure*, page 14, disponible sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>78</sup> Art R6316-3 du CSP.

<sup>79</sup> Art R6316-4 du CSP.

<sup>80</sup> Voir le chapitre 2.1.1 supra.

connexions, l'intégrité des données et la mise en place d'un archivage sécurisé des données »<sup>81</sup>. Pour cela, les technologies utilisées doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'ASIP-santé. Lorsque le traitement fait appel à un hébergeur de données de santé agréé, le consentement exprès du patient à cet hébergement est requis<sup>82</sup>. En outre, la mise en place d'un système de télémédecine, dans la mesure où il implique un partage d'information médicale doit faire l'objet d'une autorisation préalable de la CNIL<sup>83</sup>.

Enfin, le CNOM recommande que certaines données techniques soient insérées dans les protocoles de télémédecine et notamment les éléments relatifs aux garanties présentées par les prestataires informatiques (installation et maintenance), la description des équipements utilisés, les informations relatives à la sécurité informatique des données (authentification des acteurs, cryptage, traçabilité et conservation des données) et enfin les dispositions assurant le respect du secret professionnel<sup>84</sup>.

### **3.2.2 Adapter le système d'information à l'usage des téléconsultations<sup>85</sup>**

Le système d'information doit prendre en compte divers éléments permettant l'organisation des sessions de téléconsultations :

- Le *workflow*, c'est-à-dire l'enchaînement des tâches ou opérations qui vont de la demande de l'acte à la facturation de ce dernier.

Les opérations relatives à la transmission des informations nécessaires à l'acte (dossier médical du patient, examens et radiologies), des comptes-rendus et des prescriptions doivent faire l'objet d'une attention particulière dans la mesure où ces échanges doivent être sécurisés et tracés. Lors de la session de téléconsultation, un système de visioconférence et d'audioconférence est suffisant, qu'il soit standard ou intégré dans un outil de télémédecine. Afin de permettre le partage temporaire de données (INS, données médicales) des zones de stockage doivent exister sur le poste de chaque participant.

---

<sup>81</sup> CNIL, édition 2011, *Guide des professionnels de santé*, page 30, disponible sur le site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

<sup>82</sup> CNIL, édition 2011, *Guide des professionnels de santé*, page 30, disponible sur le site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

<sup>83</sup> Ibidem, page 31 : Respect de l'article 25-1-1 de la Loi informatique et liberté

<sup>84</sup> CNOM, janv. 2009, *Télémédecine, les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins*, page 13, disponible sur le site [www.ordre-medecin.fr](http://www.ordre-medecin.fr)

<sup>85</sup> Ce chapitre a été rédigé sur la base du document *Recommandation pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine, déploiement technique : urbanisation et infrastructure, Plan National de Déploiement de la Télémédecine, groupe de travail technique/système d'information*, mars 2012, et notamment les pages 17-18, 25-26 et 78.

Une messagerie sécurisée peut s'avérer suffisante pour gérer la succession de ces tâches et garantir la traçabilité.

- L'interopérabilité des systèmes d'informations : à cette fin, et dans le respect du décret du 19 octobre 2010, le système d'information doit utiliser l'INS comme numéro d'identification unique du patient. Par ailleurs, il doit se connecter à un annuaire d'acteurs et intégrer comme cible la connexion au RASS.
- Le suivi technique de l'acte : vérification de la traçabilité de l'acte, traçabilité technique tout au long de l'acte, prévention et correction des incidents techniques.

**Ainsi, la mise en place de sessions de téléconsultation peut se faire a minima à partir des systèmes d'information existants dès lors que les établissements échangent des données par l'intermédiaire d'une messagerie et d'une connexion sécurisées.** Le seul problème reste éventuellement la qualité du réseau : problème de débit ou de connexion, mauvaise qualité d'image ou de son. Chaque établissement doit s'assurer que le débit dont il dispose permet d'assurer les transmissions d'informations et la réalisation de l'acte de télémédecine. Une liaison ADSL est suffisante. Le cas échéant une liaison SDSL d'un méga voire une fibre optique peut être envisagée pour une meilleure qualité d'image sous réserve que le site y soit éligible. Lorsque l'établissement a opté pour une station mobile, l'utilisation d'une connexion 3G peut suffire<sup>86</sup>.

Les établissements peuvent cependant opter pour une solution de téléconsultation intégrée et déployée entre l'établissement pivot et les EHPAD. C'est l'orientation retenue par le projet Télégéria IF qui vise un déploiement à l'échelon régional et qui sera développée dans un second temps du projet. L'objectif est de construire une solution qui intègre l'accès à un annuaire des acteurs, à l'agenda de chaque site pivot, à la session de téléconsultation, à la radiologie, à un dossier médical temporaire, et aux équipements biomédicaux<sup>87</sup>.

La construction de cette plate-forme va être confiée à un industriel qui sera sélectionné suite à un appel d'offre lancé par le groupe de projet Télégéria IF. A terme, cette plate-forme pourra être utilisée par un grand nombre d'opérateurs simultanément et pour des besoins différents : téléconsultations gériatriques, garde médicale, consultations à partir des cabinets libéraux.

---

<sup>86</sup> Projet Télégéria IF – Pré requis en EHPAD – Document de Travail – Dr Espinoza – 01/03/12.

<sup>87</sup> Réponse Appel à projet ARSIF Télégéria IF 19/03/12.

Dernier point, l'échange numérisé de radiologie peut être effectué via un PACS (*Picture archiving and communication system*) commun ou une solution permettant un transfert et une lecture à distance sans archivage, ou encore le streaming d'images. Cette dernière solution possède deux avantages : elle évite de faire transiter les fichiers d'images ce qui dans les cas où le débit du réseau est assez faible permet d'éviter des temps d'échanges longs voire impossibles, et elle garantit plus facilement l'intégrité des données, celles-ci n'étant ni déplacées ni copiées.

### **3.3 Evaluer les impacts économiques**

Le choix du matériel et de la solution de téléconsultation va déterminer le montant des investissements et le coût d'accès à la plateforme. A partir de ces éléments l'établissement va pouvoir construire son plan de financement. L'évaluation doit mesurer les impacts médico-économiques du projet.

#### **3.3.1 Définir les investissements nécessaires**

Pour définir l'investissement le plus adapté à ses besoins, l'établissement doit se poser plusieurs questions. La première concerne le choix du système de visioconférence. La seconde est relative au niveau d'équipement que l'établissement souhaite obtenir au-delà de la seule visioconférence. En effet, des outils connexes peuvent être utilisés : caméra-main, instruments médicaux ou encore station mobile. Enfin, l'établissement doit se soucier d'aménager une salle de téléconsultation adaptée.

Plusieurs niveaux d'équipement peuvent être envisagés pour le choix de la station de visioconférence<sup>88</sup>. Au minimum, l'établissement doit acquérir un ordinateur PC équipé d'un logiciel de visioconférence, d'un matériel audio adapté et d'une webcam. Un deuxième niveau est constitué par un codec qui garantit une meilleure qualité d'image. L'établissement peut également faire le choix d'une station mobile, lorsqu'il souhaite effectuer des téléconsultations au lit du malade. Cette solution peut être retenue lorsque de nombreux résidents sont grabataires ou en fin de vie. Le choix entre le premier et le second niveau doit être effectué en considérant le niveau de qualité voulu et le coût de chaque solution (respectivement 5.000 et 15.000 euros hors taxes). Ainsi que le souligne

---

<sup>88</sup> Projet Télégéria IF – Pré requis en EHPAD – document de travail – Dr Espinoza – 01/03/12.

l'ANAP<sup>89</sup>, il n'est pas toujours nécessaire de disposer d'un écran haute définition. Par contre, cela entraîne des frais supplémentaires (coût de l'investissement et de la maintenance).

Outre la station de visioconférence, d'autres matériels peuvent être utilisés. Ainsi, lors de consultations de dermatologie, une caméra main peut zoomer sur certaines parties du corps afin de mieux visualiser les plaies cutanées. Un appareil photo numérique complète le rôle joué par la caméra. D'autres équipements biomédicaux peuvent venir en aide au spécialiste, par exemple un électrocardiographe lors des téléconsultations de cardiologie.

L'établissement peut également investir dans du matériel de radiologie afin d'effectuer des clichés au lit du résident. Cette démarche est complémentaire de la téléconsultation puisqu'elle évite également de déplacer les personnes. L'interprétation de la radiologie est ensuite effectuée à distance par le spécialiste. Face à cette question, les membres du Comité de pilotage « téléconsultations gériatriques dans le Val d'Oise » ont préféré renoncer à cet équipement, tout au moins dans un premier temps, son coût risquant d'être trop élevé par rapport à son utilité. Ce choix pourra s'envisager dès lors que la montée en charge des téléconsultations permettra à l'EHPAD d'effectuer en interne un volume de radiologies suffisant.

L'établissement doit également souscrire un contrat de maintenance du matériel et du réseau qui comporte des clauses garantissant la qualité de service, essentielle au bon fonctionnement des sessions de téléconsultations. Ces clauses portent sur le temps d'intervention en cas de problème technique, le temps de rétablissement de la connexion, et la sécurisation des liens avec un autre opérateur.

Une salle peut être dédiée ou non à la téléconsultation. Dans tous les cas certains aménagements doivent être envisagés<sup>90</sup>. La salle doit mesurer 15 à 20 m<sup>2</sup> minimum. Des dalles acoustiques au plafond peuvent être posées pour garantir une bonne insonorisation. De même, une climatisation ou un rafraichisseur peuvent être installés pour garantir un meilleur confort. La salle de téléconsultation doit comporter une lumière blanche indirecte. La disposition de la salle doit garantir le confort et le respect de l'intimité du patient (rideaux, paravents...). Si des consultations de dermatologie sont envisagées, les recommandations professionnelles préconisent une peinture ocre sur les murs.

Une fois le choix de l'équipement arrêté, l'établissement doit faire une projection financière afin de déterminer si l'équilibre de l'investissement est atteint.

---

<sup>89</sup> ANAP, mai 2012, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe, tome 1 : les grands enseignements*, ANAP, page 26, disponible sur le site [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

<sup>90</sup> Projet Télégéria IF – Pré requis en EHPAD – Document de travail – Dr Espinoza – 01/03/12.

### 3.3.2 Déterminer l'équilibre financier du projet de téléconsultation

La situation du GHIV sera utilisée à titre d'exemple. Les éléments d'activités sont issus des rapports d'activité 2011 des différentes structures. Les charges de l'EHPAD sont constituées par divers éléments qui sont retracés dans le tableau ci-après :

	Estimation	Exemple du GHIV	
activité		70% des 140 CS potentielles	98
<b>Investissement initial</b>			
Equipement	entre 5 980 € et 17 940 € TTC	17 940 € amortis sur 3 ans	5 980 €
Aménagement de la salle de téléconsultation	5 000 €	5 000 € amortis sur 10 ans	500 €
Formation du personnel		pris sur ressources RH	0 €
<b>charges d'exploitation courante</b>			
Maintenance du matériel	8% de l'investissement		1 500 €
coût accès à la plate-forme	forfait : de 1 à 20 CS : 1 700 € de 21 à 50 CS : 4 000 € de 51 à 100 CS : 7 500 € de 101 à 150 CS : 10 500 € de 151 à 200 CS : 13 000 €		13 000 €
<b>Temps de personnel nécessaire</b>			
0,20 ETP d'aide soignant		0,2 * 35 000 €	7 000 €
<b>Surcoût annuel des téléconsultations</b>			<b>27 980 €</b>

L'estimation ci-dessus a été établie en prenant comme hypothèse d'activité 70% des 140 consultations pouvant potentiellement être effectuées en visioconférence par les spécialistes de Gonesse<sup>91</sup>. Les coûts relatifs à l'achat et à la maintenance de l'équipement ainsi que le coût d'accès à la plate-forme de téléconsultation sont issus des estimations financières du projet Télégéria IF soumis à l'ARS. Il ne s'agit que d'un exemple afin d'illustrer le propos. D'autres solutions sont disponibles à des coûts moindres ou supérieurs.

Le projet propose un coût d'accès à la plateforme forfaitaire et progressif. Il s'agit d'une projection fournie à l'ARS sur la base des premiers éléments de coûts valorisés et qui devra être confirmée et validée par l'industriel retenu pour développer la plate-forme

<sup>91</sup> Voir annexe IV.

Télégéria. Il s'agit d'un élément clé de la rentabilité de l'investissement. Or l'échec du premier projet – Télégéria+ - incite à la prudence.

Face à ces dépenses supplémentaires, des économies vont être réalisées grâce à la diminution du nombre de transports en ambulance et Véhicule Sanitaire Léger (VSL). Le coût moyen d'un transport au GHIV est évalué à 150 euros<sup>92</sup>. Si l'on considère que les téléconsultations se substituent entièrement aux consultations, l'économie sur les transports peut ainsi être évaluée à 14 700 €. Il est néanmoins possible que certaines téléconsultations soient suivies de consultations classiques. Par ailleurs, cette analyse ne tient pas compte des financements à obtenir dans le cadre de l'appel à projet et qui peuvent représenter jusqu'à 80% de l'investissement.

L'établissement prévoit une charge supplémentaire de 27 980 € pour une économie potentielle de 14 700 € ; soit un coût supplémentaire de 13 280 €. Notons par ailleurs que les économies réalisées le sont non par l'établissement mais par l'assurance maladie, les patients et leurs mutuelles qui paient les frais de transports. Les flux financiers doivent être réorganisés pour que les économies réalisées soient versées à l'établissement.

L'établissement peut solliciter l'ARS pour obtenir des financements supplémentaires afin d'équilibrer son activité. Celle-ci y aura intérêt si la téléconsultation génère des économies supérieures aux frais engendrés: baisse de la fréquentation des urgences, réduction des hospitalisations inadéquates mais encore impact positif sur les pratiques professionnelles (échanges de savoirs et de savoir-faire). Une évaluation des téléconsultations permettra de recenser ces éléments.

### **3.3.3 Evaluer l'apport de la téléconsultation**

L'évaluation vérifie d'une part si les objectifs pour lesquels l'établissement a souhaité mettre en place des téléconsultations ont été atteints, d'autre part si l'efficacité de la prise en charge est améliorée par les téléconsultations. Divers critères peuvent être utilisés. Certains sont contractualisés avec l'ARS qui inclut un volet évaluation dans son appel à projet.

Pour le GHIV, les critères d'évaluation mesurent si les objectifs définis ont été atteints. Ces objectifs sont les suivants : éviter de déplacer les personnes âgées, améliorer l'accès aux consultations spécialisées – voire très spécialisées et améliorer les pratiques professionnelles. Les indicateurs vont être qualitatifs et quantitatifs.

---

<sup>92</sup> Ce chiffre est proche de l'estimation donnée par le projet Télégéria, (165 €) qui est calculé sur la base de 90% des transports effectués en ambulance (200€) et 10% effectués en VSL (60 €).

Des questionnaires de mesure de la satisfaction des usagers et des professionnels doivent être diffusés. Une évaluation de l'impact de la téléconsultation sur les pratiques professionnelles doit également être menée.

Des indicateurs chiffrés peuvent également être utilisés, par exemple l'incidence du recours aux urgences, le nombre d'hospitalisations et de jours d'hospitalisation, l'évolution du nombre de consultations, le nombre de transferts de patients évités. Ces chiffres sont également ceux demandés par l'ARS afin de mesurer si la téléconsultation améliore l'efficacité de la prise en charge et notamment si elle réduit les coûts.

Le projet Télégéria devra faire la preuve de sa pertinence à travers notamment la réalisation d'économies. L'ARS d'Ile de France souhaite évaluer l'évolution du coût des transports et le nombre de jours d'hospitalisation avant et après la mise en place de la téléconsultation. Une analyse des données d'activité des EHPAD montre par exemple que le nombre de jours d'hospitalisation moyen par résident est de 2,8 en 2011<sup>93</sup>. Un des critères d'efficacité retenu par l'ARS va être la réduction de chiffre par la téléconsultation.

### **3.4 Respecter les principes juridiques, éthiques et déontologiques**

Pour le CNOM, l'acte de télé médecine « constitue un acte médical à part entière quant à son indication et à sa qualité. Il n'en est pas une forme dégradée<sup>94</sup>. » Il n'est donc pas souhaitable que des dispositions spécifiques soient appliquées, la télé médecine relevant par sa définition du Code de la Santé Publique ainsi que du Code de Déontologie médicale. Néanmoins, du fait de la nouveauté de la téléconsultation et de sa probable méconnaissance par les usagers, l'établissement doit utiliser des procédures adaptées.

#### **3.4.1 Définir les modalités d'information et de recueil du consentement**

La mise en place de téléconsultations au sein de l'EHPAD doit faire l'objet d'une information auprès des usagers dans le cadre du Conseil de la Vie Sociale. Une note expliquant les modalités de téléconsultation et/ou une charte doivent être affichées. Un paragraphe relatif à la téléconsultation peut être ajouté au règlement de fonctionnement.

---

<sup>93</sup> Données issues des questionnaires envoyés par l'équipe Télégéria IF.

<sup>94</sup> CNOM, janv. 2009, *Télé médecine, Les préconisations du CNOM*, page 6, disponible sur le site [www.conseil-ordre.medecin.fr](http://www.conseil-ordre.medecin.fr).

Cette information générale n'exonère pas le médecin de l'information particulière qu'il doit délivrer à son patient avant toute session de télémédecine. Il est souhaitable que cette information soit effectuée suffisamment tôt pour laisser un temps de réflexion à la personne. Cette information orale est complétée par un document écrit remis au patient. Ce dernier signe un consentement écrit qui est révoquant à tout moment. Il est informé du fait que des données médicales le concernant sont recueillies et stockées dans le respect des règles de confidentialité et de sécurité et qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification de ces données. Pour les personnes sous tutelle, l'accord est donné par le tuteur mais le consentement de la personne elle-même doit être recherché dans la mesure du possible.

### 3.4.2 Elaborer une charte de la télémédecine

L'élaboration et la diffusion d'une charte qui sera signée par les professionnels utilisant la télémédecine permet de faire connaître au personnel et aux usagers les principes sur lesquels l'établissement compte s'appuyer dans le cadre de cette activité.

**Cette charte doit décliner les règles éthiques et déontologiques édictées par l'ordre et les sociétés savantes. Ainsi, le CNOM précise que la télémédecine ne doit être utilisée que si elle procure une qualité de prise en charge supérieure à une consultation « classique ».** Cette position rejoint celle du Comité Permanent des Médecins Européens ainsi que la position de l'Association Mondiale Médicale.<sup>95</sup> Cela exclut par exemple l'annonce d'un diagnostic engageant le pronostic vital par l'intermédiaire de la télémédecine<sup>96</sup>.

La charte rappelle les règles juridiques, éthiques et déontologiques qui s'appliquent à l'établissement<sup>97</sup> : usage dans l'intérêt du patient, respect des règles d'information et de recueil du consentement, respect des règles éthiques et notamment du Code de Déontologie médicale, respect des règles de sécurité, respect des règles relatives à la législation informatique et libertés, définition des responsabilités médicales. La charte élaborée par le Dr Espinoza<sup>98</sup> propose également la garantie de la qualité de l'acte médical.

---

<sup>95</sup> ACKER Dominique, SIMON Pierre, nov. 2008, *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, page 12.

<sup>96</sup> CNOM, janv. 2009, *Télémédecine, les préconisations du CNOM*, page 9, disponible sur le site [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr).

<sup>97</sup> Ibidem, pages 20 et 21.

<sup>98</sup> « Télémédecine et déontologie : charte de télémédecine », hôpitaux universitaires Paris Ouest, juillet 2011.

Cette charte peut également comprendre des éléments relatifs au fonctionnement technologique. Le rapport Lasbordes précise d'ailleurs que l'élaboration d'une charte de fonctionnement médical du réseau de télémedecine contribue au succès de ce réseau<sup>99</sup>.

### **3.5 Définir l'organisation interne et prévoir les compétences à faire évoluer**

Ainsi que le soulignent les retours d'expériences, la téléconsultation fait évoluer les organisations et implique de réfléchir à de nouvelles formes de collaboration professionnelle. Celles-ci doivent être décrites dans des procédures ou des protocoles. Cela suppose également de définir de nouvelles compétences en lien avec la télémedecine.

#### **3.5.1 Tenir compte d'un besoin de « cadrage » accru lié à la nouveauté de la télémedecine**

Le Dr Esterle qui a analysé le fonctionnement de Télégéria note que les sessions de téléconsultation nécessitent un **quadruple cadrage**<sup>100</sup> : **social, technique, clinique et organisationnel**. Le cadrage social s'effectue en début de consultation et permet à chaque interlocuteur de se présenter et d'expliquer sa fonction. Le cadrage technique correspond au bon positionnement des acteurs de part et d'autre de la caméra afin d'éviter d'être hors champs. Cela suppose que les professionnels sachent utiliser le matériel à leur disposition. La disposition des caméras doit également permettre au patient de suivre une conversation avec le spécialiste même lorsqu'il est allongé sur la table de consultation pour les besoins de l'examen médical. Le cadrage clinique décline les diverses tâches cliniques à effectuer les unes après les autres. Ainsi la session commence par une présentation synthétique du dossier médical du patient. Enfin le cadrage organisationnel concerne la prise de rendez-vous, la programmation des sessions et la préparation du dossier médical.

---

<sup>99</sup> LASBORDES Pierre, oct. 2009, *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être*, page 75.

<sup>100</sup> MATHIEU-FRITK Alexandre, ESTERLE Laurence, ESPINOZA Pierre, Soins gérontologie n°93 janvier/février 2012, pages 24-27 *Les téléconsultations médicales en gérontologie*.

Par ailleurs, l'exercice de la téléconsultation ne doit pas nuire à l'instauration d'une relation de confiance nécessaire au bon déroulement de l'acte. Une réflexion éthique doit être entamée pour proposer des conditions matérielles et organisationnelles favorisant la relation de confiance entre le patient et le spécialiste. Cela implique de mettre le patient à l'aise notamment en lui expliquant le déroulement d'une session de téléconsultation. Ainsi que le précisent les résidents des Maisons de ville, l'appréhension de l'écran peut provoquer une certaine gêne lors des premières consultations même s'ils n'ont pas de réticences face à la technique. Rappelons que le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine prévoit la formation et préparation du patient à l'usage de la télémédecine si nécessaire. Le médecin requérant ou le professionnel de santé présent auprès du patient doit s'assurer que celui-ci comprend bien le déroulement de l'examen et y participe aussi activement que son état lui permet. La salle de téléconsultation doit également être la plus conviviale possible : luminosité, insonorisation, couleur des murs doivent procurer un environnement adapté.

Tous ces éléments vont être définis et rédigés dans des protocoles propres à la téléconsultation.

### **3.5.2 Elaborer des protocoles qui décrivent les nouvelles pratiques issues de la téléconsultation**

Les protocoles rédigés par l'établissement répondent à un besoin accru de formalisation des échanges. Ce formalisme est nécessaire dans le cadre de sessions de télémédecine au même titre que dans les organisations déjà existantes et ne constitue donc pas à cet égard une exception. Néanmoins deux aspects de la télémédecine rendent impératif l'écriture de tels protocoles : sa nouveauté et le fait qu'elle fait collaborer des personnes qui jusque là travaillaient séparément ou différemment. La coprésence et la délégation de tâches qui découlent de la téléconsultation doivent donc être clairement définies et décrites.

Ces protocoles doivent tenir compte des éléments de cadrage évoqués ci-dessus. Ils doivent également dérouler la session dans son intégralité et répondre aux questions suivantes : quelles sont les données médicales à transmettre au spécialiste, qui intervient, quels outils sont utilisés.

Ces protocoles doivent en outre définir les nouvelles pratiques issues de la télémédecine. Le spécialiste ne pouvant pas examiner lui-même le patient va déléguer cet examen clinique. Par exemple, l'orthopédiste va déléguer un examen d'amplitudes

articulaires au kinésithérapeute<sup>101</sup>. **Cette délégation de tâches et notamment lorsqu'elle implique plusieurs métiers doit être clairement rédigée afin de délimiter le champ de la responsabilité de chaque intervenant.** En effet, il peut s'agir d'une simple médiation – le spécialiste obtient les informations qui lui sont nécessaire par l'intermédiaire d'un tiers – mais cette délégation de tâches peut également constituer une coopération entre professionnels de santé telle que définie par la loi HPST<sup>102</sup>. Dans ce cas cette coopération est formalisée par un protocole soumis à l'autorisation du directeur général de l'ARS. L'établissement doit donc s'assurer que la délégation de tâche qu'il a définie ne va pas au-delà de ce qui est autorisé par les textes. Dans le cas contraire, il doit rédiger un protocole de coopération.

### 3.5.3 Faire émerger de nouvelles compétences

La téléconsultation suppose un positionnement différent des acteurs du fait qu'elle implique une coprésence jusqu'ici inédite. La notion de « colloque singulier » est en effet totalement remise en cause puisque différents acteurs (médecin requérant/médecin requis/patient/paramédical) vont interagir. **Afin que les sessions de télé médecine se déroulent au mieux, la capacité du médecin requérant à jouer un rôle facilitateur est essentielle.** Il doit être capable de communiquer au médecin spécialiste les informations médicales nécessaires mais également d'exécuter certaines tâches à sa place et de se positionner en interne. Il est également un médiateur entre le patient et le spécialiste<sup>103</sup>. Cela suppose que le médecin requérant ait de bonnes capacités de communication pour créer une relation de confiance entre les acteurs. Comme le précise le Dr Merceron, le médecin requérant doit expliquer au patient « nous allons ensemble chez le médecin » et « nous serons trois dans le cabinet ».

Une bonne préparation en amont des téléconsultations est également un gage de qualité et de bon déroulement. A cet égard, **les expérimentations menées ont montré l'émergence d'une fonction d'assistante de télé médecine**<sup>104</sup>. Cette assistante assure la logistique : prise de rendez-vous, gestion de la station (hygiène, sécurité). Elle maîtrise les outils techniques de la plate-forme et assure une fonction relationnelle auprès du

---

<sup>101</sup> Techniques Hospitalières n°725, janvier-février 2011, *Déploiement de la télé médecine en territoire de santé, Télé gérie un modèle expérimental précurseur*, page 14.

<sup>102</sup> Article 51 de la loi du 21 juillet 2009, extraits : « Les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles [...] »

<sup>103</sup> ANAP, mai 2012, *La télé médecine en action : 25 projets passés à la loupe, tome 1 : les grands enseignements*, page 31, disponible sur le site [www.anap.fr](http://www.anap.fr)

<sup>104</sup> Techniques Hospitalières n°725, janvier-février 2011, *Déploiement de la télé médecine en territoire de santé, Télé gérie un modèle expérimental précurseur*, page 14.

patient. Elle vient ainsi seconder le médecin requérant dont la téléconsultation alourdit la charge de travail. Pour ce dernier, cela peut représenter un véritable handicap car l'organisation logistique des sessions de téléconsultation est réellement chronophage. Dans les EHPAD, la fonction d'assistante de télémédecine est évaluée à 0,2 temps plein d'infirmière ou d'aide soignante<sup>105</sup>.

Enfin, le personnel participant aux sessions de télémédecine (médecin, assistante de télémédecine, éventuellement autres professionnels concernés) doit être formé à l'usage du matériel informatique et médical utilisé. Mais il doit aussi intégrer dans sa pratique l'ensemble des éléments de cadrage (juridique, déontologique, éthique et professionnel) évoqués ci-dessus. Or, il n'existe pas ou peu de formations dédiées à la télémédecine. Rappelons que le Conseil de l'Ordre des Médecins souhaite que l'enseignement de la télémédecine soit intégré au cursus des facultés de médecine<sup>106</sup>.

D'autres méthodes peuvent également être utilisées : le partage d'expérience ou encore les visites sur site. Ainsi, lors d'une visite sur l'EHPAD de l'établissement Vaugirard, la référente soignante du site de Marines a pu rencontrer l'assistante de télémédecine sur place et échanger avec elle sur l'organisation des téléconsultations et le chemin clinique du patient.

La déclinaison opérationnelle du projet de télémédecine doit être portée par le directeur afin de lever les derniers freins. De l'implication, voire de l'enthousiasme, du directeur va découler la capacité des équipes à se mobiliser.

Cette mobilisation va permettre la réalisation des cinq facteurs de succès d'un projet de télémédecine pointés par l'ANAP<sup>107</sup> : « un projet médical répondant à un besoin, un portage médical fort, une organisation adaptée et protocolisée, de nouvelles compétences à évaluer et enfin un modèle économique construit. »

---

<sup>105</sup> Réponse à l'appel à projet télémédecine lancé par l'ARSIF, Télégéria IF, 19 mars 2012.

<sup>106</sup> Intervention du Dr Jacques LUCAS, CNOM lors du colloque *Télémédecine en action : retour d'expérience de 25 projets opérationnels pour une aide au déploiement national* organisé par l'ANAP le 10 mai 2012 à Paris.

<sup>107</sup> ANAP, mai 2012, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe, tome 1 : les grands enseignements*, page 5, disponible sur le site [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

## Conclusion

Le vieillissement de la population transforme la demande en matière de santé et les attentes qui en découlent : accompagnement et prévention de la dépendance, maintien à domicile des personnes âgées, prise en charge du grand âge et des maladies associées (maladies chroniques, diabète, maladies cardio-vasculaires, Alzheimer).

Ces constats sont au cœur du métier de directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Ce dernier doit veiller à répondre à l'évolution des attentes des personnes âgées qu'il accompagne dans et hors de son établissement.

Dans cet objectif, le GHIV s'est interrogé sur l'opportunité de mettre en place des téléconsultations gériatriques. Une réflexion autour des enjeux de prise en charge mais surtout l'analyse des caractéristiques des personnes âgées montre que les téléconsultations constituent un atout. L'établissement accueille en effet des personnes de plus en plus âgées et dépendantes, pour lesquelles un accompagnement dans chaque acte de la vie quotidienne est nécessaire. Certaines d'entre elles sont incapables de communiquer. Pour ces personnes, se déplacer pour aller en consultation externe s'avère très difficile. La téléconsultation améliore leur prise en charge puisqu'elle évite des déplacements préjudiciables. Pour les médecins gériatres de l'établissement, la téléconsultation permet d'avoir recours à un avis spécialisé. Pour les membres de l'équipe soignante, cela représente la possibilité d'améliorer leurs pratiques professionnelles. En dehors de l'établissement, la téléconsultation permet de faire accéder une population âgée vivant dans une zone sous-dotée médicalement à des spécialistes, et notamment des spécialistes de secteur I, et de poursuivre des objectifs de proximité et d'accessibilité.

L'établissement, fort de ce diagnostic, a donc souhaité mettre en place des téléconsultations gériatriques.

Or si les expériences menées soulignent les atouts de la télémédecine, les récents rapports sur le sujet pointent son insuffisant développement. L'objet de ce mémoire consistait donc à comprendre les obstacles à ce développement puis à établir des préconisations sur la mise en place de téléconsultations dans un établissement.

Pour cela, j'ai eu la chance de pouvoir intégrer ce projet au début de sa mise en œuvre, c'est-à-dire à la période cruciale de son impulsion. En l'absence d'un portage initial fort, ce projet aurait pu ne pas voir le jour. A cet égard, le rôle joué par la directrice de l'établissement s'est avéré essentiel. Elle a engagé des partenariats qui ont permis de concrétiser le projet dans le département du Val d'Oise. Le choix du partenaire s'est également avéré judicieux. Le projet Télégéria IF auquel l'établissement s'est associé

bénéficie de nombreux atouts : une maturité liée à plusieurs années d'expériences, des professionnels investis et reconnus, un soutien de l'ARS.

J'ai quitté mon lieu de stage peu après que Télégéria IF ait été retenu par l'ARS dans son appel à projet. S'ouvrait alors une période également délicate. De nombreuses conditions restent posées pour mener à bien ce projet : un financement suffisant, un coût d'accès à la plateforme de téléconsultation modéré, l'adhésion des personnels, et surtout des médecins. Le choix de l'opérateur industriel qui construira la plate-forme de téléconsultation constitue notamment un point clé du succès de Télégéria IF. La place des EHPAD dans le projet reste par ailleurs à construire. Télégéria associe de multiples acteurs dont les attentes sont différentes. Le GCS SISIF qui est chargé de développer la partie technique devra donc veiller à associer l'ensemble des partenaires. L'analyse des besoins en termes de consultations spécialisées menée sur l'établissement va devoir être approfondie et élargie à l'ensemble des EHPAD impliquées dans le projet<sup>108</sup>. A cette fin des visites sur chaque EHPAD doivent être effectuées dans le second semestre de l'année 2012. Cela constituera une base de réflexion et de travail pour définir le projet médical et l'organisation à mettre en place.

Les aspects financiers demeurent également incertains. Si l'ARS subventionne une partie des dépenses, cette subvention ne couvre pas la totalité des investissements à prévoir. Pour des EHPAD autonomes dont les marges de manœuvre sont limitées, ce différentiel risque d'être un facteur de blocage, notamment si le nombre prévisionnel de téléconsultations qu'il est possible d'effectuer reste faible. Enfin, le temps de personnel supplémentaire à dédier à cette activité risque d'être difficile à dégager sur ressources propres.

Au-delà des problématiques propres à l'établissement, à son projet, deux enjeux majeurs sont associés à la téléconsultation.

En premier lieu, le modèle industriel et économique global reste à construire.

**L'enjeu de la télémédecine est bien le passage d'expérimentations prometteuses à une réelle industrialisation du processus.** Cette généralisation est source de gains d'efficacité dans la prise en charge des personnes âgées. Le développement de la télémédecine – et plus largement de l'usage des TIC dans le domaine de la santé - doit être encouragé par les Etats. Le soutien aux projets innovants doit s'inscrire dans une politique dédiée (à travers en France l'allocation des crédits du Grand Emprunt par exemple). Les marchés doivent être de taille suffisante pour attirer les industriels et garantir la rentabilité des investissements. Pour cela, l'interopérabilité des

---

<sup>108</sup> Voir questionnaire en annexe 3 et les éléments d'activité du GHIV en annexe IV.

systèmes d'information doit être garantie par la mise en œuvre des normes définies au niveau européen<sup>109</sup>.

Enfin, la téléconsultation fait évoluer la pratique de la médecine. Elle modifie les modes d'organisation et les relations entre professionnels, ce qui peut être déstabilisant. Pour réussir, la mise en place de téléconsultation doit être soutenue par le directeur mais également par les médecins de l'EHPAD et l'équipe soignante. Leur pratique professionnelle se trouve impactée par les téléconsultations : alourdissement des tâches administratives, accompagnement des patients lors des sessions de télémédecine, respect des règles de sécurité issues du décret du 19 octobre 2010 et surtout travail en coprésence avec le médecin spécialiste. Le médecin de l'EHPAD doit être convaincu des bénéfices de la télémédecine. Ceux-ci sont réels, les professionnels ayant expérimenté la télémédecine le soulignent abondamment.

**La téléconsultation génère de nouveaux usages qui améliorent la qualité des soins. Elle accompagne l'évolution de la pratique médicale vers une spécialisation croissante et son corollaire, l'exercice collégial.** Cela implique pour les médecins de « faire le deuil » du modèle du colloque singulier. Elle permet à l'équipe soignante de participer à la consultation, d'obtenir des conseils de la part du spécialiste sur les soins à apporter aux résidents mais également donner des informations qui vont pouvoir éclairer le spécialiste sur l'environnement du résident.

La téléconsultation place donc l'utilisateur au cœur d'une véritable prise en charge pluridisciplinaire. Par là même, elle favorise l'existence de **parcours de soins efficaces et adaptés aux personnes âgées.**

---

<sup>109</sup> Recommandation n°2008/3282 sur l'interopérabilité transfrontalière des systèmes de données informatisés de santé, juillet 2008

---

## Sources et Bibliographie

---

### **Textes législatifs et réglementaires:**

- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ; articles 32 et 33 (abrogés par « Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 » - art. 78) ; JORF n° 190 du 17 août 2004, page 14 598, texte 2
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; articles 51 et 78 ; JORF n° 167 du 22 juillet 2009, page 12184
- LOI n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 ; article 37 ; JORF n° 300 du 27 décembre 2009, page 22392.
- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS ; Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine ; JORF n°245 du 21 octobre 2010, texte 13
- Recommandation n° 2008/3282 du 2 juillet 2008 sur l'interopérabilité transfrontalière des systèmes de données informatisés de santé, JOUE n° L190 du 18 juillet 2008, pages 37-43.
- MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE ; Direction générale de l'Offre de Soins ; CIRCULAIRE N° DGOS/PF3/2011/451 du 1er décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE ; Direction Générale de l'Offre de Soins ; Circulaire DGOS/PF3/2012/114 du 13 mars 2012 relative au guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions de télémédecine

### **Rapports :**

- ACKER Dominique, SIMON Pierre, Conseillers Généraux des hôpitaux, nov. 2008, *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*, 160 p., édité par la DGOS, disponible sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- LASBORDES Pierre, député, nov. 2009, *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être*, 247 p., édité par le Ministère de la Santé et des Sports, disponible sur le site [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr)
- Communication de la Commission au Parlement Européen, au Conseil, au Comité Economique et Social Européen et au Comité des Régions, concernant *La télémédecine au service des patients, des systèmes de soins de santé et de la société*, Bruxelles, le 4.11.2008, 79 p. disponible sur le site [www.europa.eu](http://www.europa.eu).

## **Ouvrages et documents:**

- ANAP, mai 2012, *La télémédecine en action : retour d'expérience de 25 projets passés à la loupe, tome1 : les grands enseignements*, disponible sur le site [www.anap.fr](http://www.anap.fr)
- ATIH, juil. 2007, *Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010, focus sur la prise en charge des 80 ans et plus*, disponible sur le site [www.atih.fr](http://www.atih.fr)
- CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE, déc. 2011, Note d'analyse n°255, *Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 2) La télésanté*, disponible sur [www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)
- CNIL, *Guide des professionnels de santé*, édition 2011, disponible sur le site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, janvier 2009, *Télémédecine : les préconisations du CNOM*, disponible sur le site [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)
- DGOS, mai 2012, *Télémédecine et responsabilités juridiques engagées*, disponible sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- DGOS, mai 2012, *Le recensement des activités de télémédecine*, disponible sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- DGOS, mars 2012, *Recommandation pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine, déploiement technique : urbanisation et infrastructure, Plan National de Déploiement de la Télémédecine, groupe de travail technique/système d'information*, disponible sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- DREES, Etudes et résultats n°699, août 2009, *Les résidents des EHPAD en 2007*, disponible sur le site [www.dress.sante.gouv.fr](http://www.dress.sante.gouv.fr)
- DREES, Etude et résultat n° 679, février 2009, *La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales*, disponible sur le site [www.dress.sante.gouv.fr](http://www.dress.sante.gouv.fr)
- FIEEC/Asip Santé, mars 2011, *Enseignements tirés de l'étude sur la télésanté et la télémédecine en Europe*, disponible sur le site [www.esante.gouv.fr](http://www.esante.gouv.fr)
- HAS, juin 2011, *Note de cadrage : Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*, disponible sur le site internet [www.has.fr](http://www.has.fr)

### **Colloque :**

- ANAP, *Journée nationale La télémédecine en action : retour d'expérience de 25 projets opérationnels pour une aide au déploiement national*, jeudi 10 mai 2012, Paris 3<sup>ème</sup>

### **Articles de périodiques :**

- ESPINOZA Pierre, *Techniques hospitalières* n° 725, février 2011, pages 9-17, *Déploiement de la télémédecine en territoire de santé : Télégéria, un modèle expérimental et précurseur.*
- ESTERLE Laurence et al. *La documentation française*, *Revue française des affaires sociales*, 2011 n°2-3, p63-69, *L'impact des téléconsultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ?*
- MATHIEU-FRITK Alexandre, ESTERLE Laurence, ESPINOZA Pierre, *Soins gériatriques* n°93 janvier/février 2012, pages 24-27 *Les téléconsultations médicales en gériatrie.*

### **Sites internet :**

- La dépendance des résidents des EHPAD [visité le 27/10/2011] disponible sur le site : [www.ipsante.com/revue-de-presse/90-la-dependance-des-residents-des-ehpad.html](http://www.ipsante.com/revue-de-presse/90-la-dependance-des-residents-des-ehpad.html)
- Déploiement de la télémédecine : tout se joue maintenant [visité le 25/04/12] disponible sur le site : [www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html](http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html)
- Une expérience unique de téléconsultation gériatrique à Toulouse, [visité le 18/11/2011] disponible sur le site: [www.rtf.fr/expérience-unique-téléconsultation-geriatrique-toulouse/article](http://www.rtf.fr/expérience-unique-téléconsultation-geriatrique-toulouse/article)
- Fiche « télémédecine et responsabilité » ; Patrick Flavin ; responsable service juridique SHAM [visité le 13/12/2011] disponible sur le site : [prevention.sham.fr/sham/layout/set/print/Droit-pratiques/Actualités-jurisprudentielles.html](http://prevention.sham.fr/sham/layout/set/print/Droit-pratiques/Actualités-jurisprudentielles.html)
- Fiche macsf « télémédecine et responsabilité », Justine Molinier [visité le 13/12/2011] disponible sur le site : [www.macsf.fr/vous-informer/telemedecine-responsabilite.html](http://www.macsf.fr/vous-informer/telemedecine-responsabilite.html)
- Interview du Dr. Pierre Simon « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins » : [visité le 17/11/2011] disponible sur internet : [www.informationhospitaliere.com/docs/forum/post18917.html](http://www.informationhospitaliere.com/docs/forum/post18917.html)

- Discours de Mme Nora Berra, secrétaire chargée de la santé, en ouverture de la journée scientifique sur les innovations technologiques en télésanté ; jeudi 20 octobre 2011 [visité le 18/11/2011] disponible sur le site : <http://esante.gouv.fr/actualités/norra-berra>
- Interview de Jean-Yves Robin « Télémédecine : le temps de la généralisation » ; date : 27 octobre 2010 [visité le 25/05/2012] disponible sur le site: <http://esante.gouv.fr/tribunes/jean-yves-robin-telemedecine-le-temps-de-la-generalisation>

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Tableau détaillé des entretiens et des réunions effectués.....	II
Annexe II : Grilles d'entretien utilisées.....	III
Annexe III : Projet de fiche de renseignement à compléter par les EHPAD dans le cadre de la mise en oeuvre de téléconsultations dans le Val d'Oise .....	IV
Annexe IV: Recours à l'hôpital et aux consultations externes dans les services à destination des personnes âgées en 2011 .....	VI
Annexe V : Les territoires définis dans le SROS III d'Ile de France et les sites du GHI.....	VII
Annexe VI : Liste des EHPAD du Val d'Oise participant à Télégéria IF .....	VIII

## Annexe I : Tableau détaillé des entretiens et des réunions effectués

<b>Nom des personnes rencontrées</b>	<b>Fonction</b>	<b>date</b>	<b>durée</b>	<b>méthode utilisée</b>
Dr Espinoza Alexandra Gouaze	Médecin coordonnateur du projet Télégéria à l'HEGP Assistante de télé-médecine HEGP	10/12/2011	1H 30	Réunion de travail + visite salle téléconsultation HEGP
Membres du Groupe de pilotage "Téléconsultations dans le Val d'Oise"	Cf. détail: (1)	09/01/2012	2H 00	Réunion de travail
		16/02/2012	2H 00	Réunion de travail
		14/03/2012	1H 30	Réunion de travail
nc	Résidents des Maisons de Ville - EHPAD de Magny en Vexin	05/04/2012	2H 00	Entretien semi-directif
Carine Ankowiack	Cadre de l'USLD - Site de Marines	27/04/2012	1H 00	Entretien semi-directif
Dr Merceron	Médecin coordonnateur de l'EHPAD - site de Marines	22/05/2012	1H 30	Entretien semi-directif
Dr Espinoza Alexandra Gouaze	Médecin coordonnateur du projet Télégéria à l'HEGP Assistante de télé-médecine HEGP	07/06/2012	1H 30	Réunion de travail + visite salle téléconsultation Vaugirard

(1) Liste des membres du groupe de pilotage « Téléconsultations dans le Val d'Oise » :

Mme Godel, directrice de l'EHPAD de Louvres

M Maborough, directeur de l'EHPAD Jacques Achard de Marly ainsi que de l'EHPAD de Luzarches

Docteur Costes chef du Pôle gériatrique du CH de Gonesse

Mme Clément, responsable soins et qualité, site de Marines (GHIV)

Mme Rocher, cadre de santé, EHPAD de Louvres

Mme Busi, directrice, réseau gérontologique Automne

Mme Bidard, IDE, EHPAD de Louvres

Melle Moutou, élève DESSMS en charge du dossier sur Gonesse

Melle Perret, élève DESSMS en charge du dossier sur le ghiv

Un entretien avec le Dr Legrain, en charge du dossier télé-médecine à l'ARSIF était prévu mais a du être annulé faute de disponibilité de sa part.

## **Annexe II : Grilles d'entretien utilisées**

### ➤ *Questionnaire employé lors de l'entretien avec les résidents des Maisons de Ville :*

- 1) Lorsque vous allez en consultation à l'extérieur de l'établissement, comment cela se passe-t-il ? (moyen de locomotion utilisé, accompagnement éventuel)
- 2) Sur place, attendez-vous longtemps ? Quelles sont les conditions d'accueil ?
- 3) Etes-vous satisfait du déroulement de vos consultations et des informations qui sont délivrées par le médecin ?
- 4) Souhaiteriez-vous qu'un proche ou votre médecin traitant puisse vous accompagner ?
- 5) Trouvez-vous fatiguant d'aller en consultation ?
- 6) S'il existait une possibilité de consulter le spécialiste sans se déplacer grâce à un système de visioconférence, souhaiteriez vous vous en servir ?
- 7) Connaissez-vous la téléconsultation ? Qu'en pensez-vous ?
- 8) Seriez-vous gêné par le fait d'interagir à travers un écran ?

### ➤ *Questionnaire employé lors des entretiens avec les professionnels :*

Thématiques abordées :

- 1) L'intérêt de la téléconsultation pour les résidents
- 2) L'intérêt de la téléconsultation pour vos pratiques professionnelles
- 3) L'intérêt du projet Télégéria IF par rapport aux besoins de l'établissement
- 4) Les problèmes liés à l'organisation des transports des résidents/patients vers les consultations extérieures
- 5) Les risques/inconvénients de la téléconsultation que vous prévoyez
- 6) Les réticences éventuelles des résidents/équipes
- 7) L'organisation à mettre en place
- 8) Les aspects éthiques

**Annexe III - Projet de fiche de renseignement à compléter par les EHPAD dans le cadre de la mise en oeuvre de téléconsultations dans le Val d'Oise**

<b><i>Projet de téléconsultations gériatriques – fiche de renseignement des besoins de l'établissement</i></b>
Rappel du projet de téléconsultations : Il vise à améliorer l'accès des résidents au système de santé tout en évitant de déplacer ces personnes, en lourde perte d'autonomie, grâce à un système de visioconférence permettant des consultations à distance. Lors de ces consultations à distance le résident sera assisté d'un médecin de l'EHPAD ou de son médecin traitant.
<b><i>Fiche d'information de l'établissement :</i></b> Nom de l'établissement : Adresse : Capacité :  Type : USLD : <input type="checkbox"/> EHPAD : <input type="checkbox"/>  Nom du directeur : Coordonnées :  Nom du médecin coordonnateur : Coordonnées :
<b>➤ Nombre de Consultations extérieures (données à extraire du dernier rapport d'activité):</b>
Consultations radiologiques :  Consultations spécialisées : <ul style="list-style-type: none"><li>- Dont CS orthopédie :</li><li>- Dont CS cardiologie :</li><li>- Dont CS chirurgie :</li><li>- Dont CS neurologie :</li><li>- Dont CS neurochirurgie :</li><li>- Dont CS dermatologie :</li><li>- Dont CS hématologie :</li><li>- Dont CS diabétologie :</li><li>- Dont CS anesthésie :</li><li>- Dont CS angéiologie :</li></ul>

- Dont CS chirurgie digestive:
- Dont CS diabétologie :
- Dont CS gynécologie :
- Dont CS urologie :
- Dont CS gastro-entérologie :
- Dont CS ophtalmologie :
- Dont CS ORL :
- Dont CS stomatologie :
  
- Dont CS pneumologie :
- Dont CS rhumatologie :
- Dont CS oncologie :
- Dont CS gériatrique :
- Dont autres CS : (à préciser)

➤ **Prévisions des besoins en matière de téléconsultations :**

- Combien de patients ou de résidents présentant des affections physiques, cognitives ou des troubles du comportement rendant difficile leur déplacement accueillez-vous au sein de vos établissements ?

Moins de 20%  De 20 à 40 %  De 40 à 60%  De 60 à 80%  Plus de 80%

- Parmi les consultations réalisées à l'extérieur combien selon vous pourraient être réalisées sous forme de téléconsultations?

Moins de 20%  De 20 à 40 %  De 40 à 60%  De 60 à 80%  Plus de 80%

- Quelles sont les spécialités pour lesquelles vous êtes le plus intéressé d'utiliser la téléconsultation ?

- Prévoyez vous d'utiliser la téléconsultation pour d'autres types d'exams (par exemple surveillance de pansements, d'escarres...)?

- Disposez-vous déjà d'une salle mobilisable pour l'installation du matériel de téléconsultation? (salle polyvalente, salle de réunion ou autres...)

➤ Surface :

➤ Couleur des murs :

➤ Climatisation :  oui  non

Coût des consultations extérieures (transports, personnel mobilisé, autres) sur le dernier exercice :

**Annexe IV: Recours à l'hôpital et aux consultations externes dans les services à destination des personnes âgées**

<b>Bilan d'activité 2011</b>	<b>EHPAD MARINES</b>	<b>EHPAD MAGNY</b>	<b>USLD</b>	<b>SSR G MARNES</b>	<b>TOTAL</b>
Nombre d'hospitalisations programmées	11	48	9		68
Nombre de jours d'hospitalisation correspondant	4	495	23		522
Transferts aux urgences	16	31	19		66
Nombre de jours urgences	27	25	30		82

**Nombre de consultations externes**

	<b>162</b>	<b>168</b>	<b>95</b>	<b>92</b>	<b>517</b>
radiologie	47	59	21	28	155
anesthésie	6	8	5		19
Cardiologie (1)	17	7	4	2	30
chirurgie	16	13			29
chirurgie esthétique				12	12
chirurgie vasculaire				7	7
Dermatologie (1)	3	2	6	2	13
Diabétologie (1)					0
Gastrologie (2)	3	5	3	4	15
gynécologie	3	13	1		17
hématologie	3	3			6
médecine				1	1
neurologie		10			10
oncologie		11		16	27
Ophtalmologie (1)	14	8	15		37
Stomatologie	32		12	1	45
ORL (2)	6	2	6	1	15
Orthopédie (1)	8	6	3	13	30
pneumologie	4		13	3	20
psychiatrie		8			8
rhumatologie				1	1
urologie		17	4	1	22
<b>Total des CS pouvant être prises en charge par Gonesse</b>	<b>51</b>	<b>30</b>	<b>37</b>	<b>22</b>	<b>140</b>

(1) spécialités proposées par Gonesse

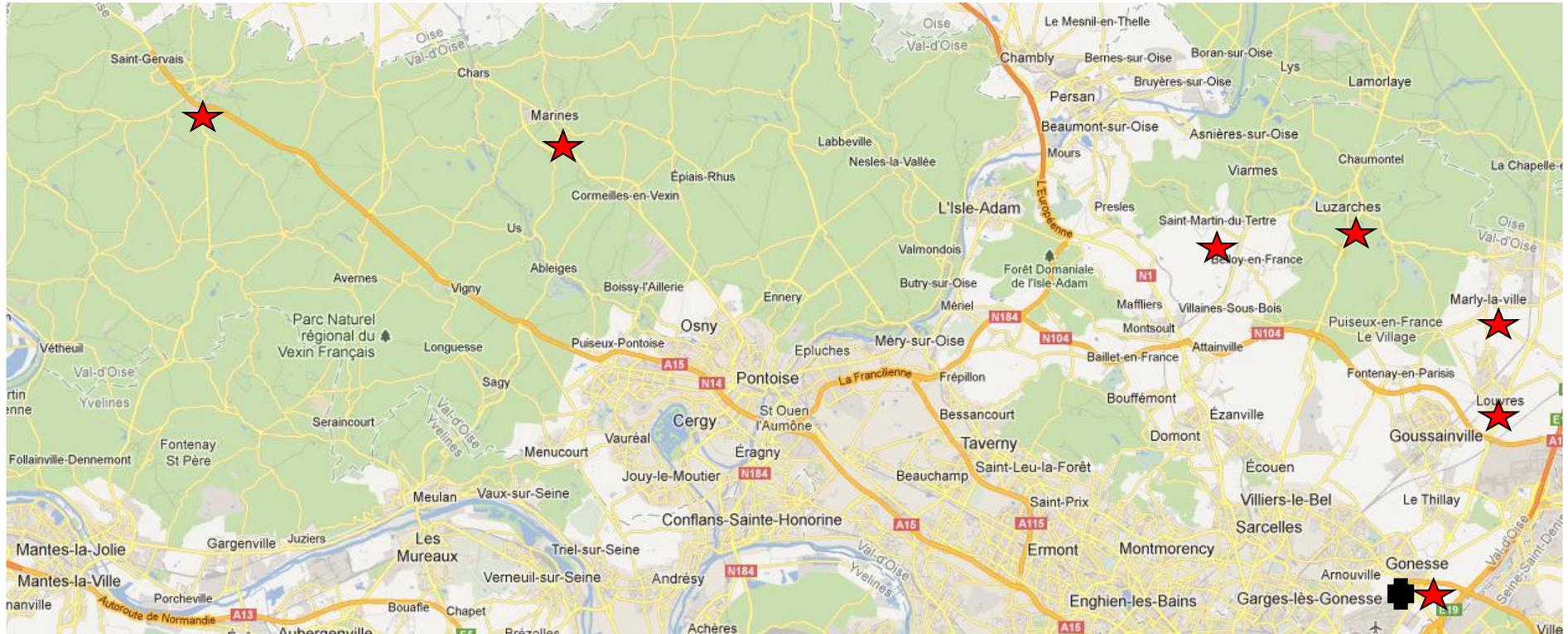
(2) spécialités proposées par Gonesse (en cours de réflexion)

## ANNEXE V - Les territoires définis dans le SROS III de l'Île de France et les sites du GHIV

En rose, les territoires du Val d' Oise



## Annexe VII – Etablissements du Val d'Oise participant au projet Télégéria If



PERRET

Véronique

Décembre 2012

**DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE, SOCIAL ET  
MEDICO-SOCIAL – PROMOTION 2011 - 2012**

**LES ENJEUX DE LA MISE EN PLACE DE TELECONSULTATIONS  
GERIATRIQUES : L'EXEMPLE DU GROUPEMENT HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL DU VEXIN**

***Résumé :***

Fin 2011, le Groupement Hospitalier Intercommunal du Vexin (GHIV) souhaite mettre en place des téléconsultations dans le but de mieux accompagner et soigner les personnes âgées qu'il accueille.

La téléconsultation – consultation à distance donnée par un professionnel médical – présente un intérêt en tant que réponse aux problématiques médicales liées à la prise en charge du grand âge : garantie de l'accessibilité, accompagnement de la dépendance, optimisation du parcours de soins.

Néanmoins, le développement de la téléconsultation rencontre certains obstacles, par exemple financiers ou sociologiques. Afin de les lever, le directeur doit utiliser les moyens à sa disposition ; en nouant des partenariats, ou encore en candidatant aux appels à projets.

Il doit ensuite décliner le projet au sein de son établissement : définir un projet médical cohérent, adapter le système d'information, prévoir et évaluer les impacts médico-économiques, prendre en compte les exigences éthiques et réglementaires, adapter les ressources humaines.

**Mots clés :** Téléconsultation – Télémédecine – Accessibilité

*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.*