



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

**« LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE :
ENJEUX, FREINS, LEVIERS »
*L'EXEMPLE DU CAS BRETON***

– Groupe n° 14 –

- BALMY Elisabeth (D3S)
- BRAJARD Nathalie (DS)
- CHATELAIN Faustine (DH)
- DELPEUCH Yann (DH)
- DONIUS Caroline (AAH)
- GARCIA Alexandra (AAH)
- MOREL Xavier (D3S)
- PETERS Christophe (DS)
- PETRYSZYN Maxime (D3S)
- RINCON Manuel (IES)
- SERRANO Aurélie (DH)

Animateur : VIGNERON Bertrand

Introduction	1
Partie I. Dynamiques et enjeux du développement de la télémédecine en région Bretagne	8
1. Le développement de la télémédecine en Bretagne : une réponse aux enjeux d'accès aux soins.....	8
2. La région Bretagne : un territoire particulièrement dynamique dans le développement de projets de télémédecine	11
Partie II. La télémédecine en Bretagne, une pratique médicale confrontée à des difficultés de mise en œuvre	15
1. La difficile appréhension des aspects techniques.....	15
2. La question tarifaire : un frein au développement et à la pérennité de la télémédecine.....	17
3. L'identification d'obstacles d'ordre stratégique	19
Partie III. L'identification des facteurs clés de réussite d'un projet de télémédecine au travers des expériences bretonnes	22
1. La télémédecine : un appui à l'organisation des parcours de soins dans le cadre d'un projet médical.....	22
2. Connaître la réglementation pour éviter les litiges.....	23
3. Construire un modèle économique pertinent	24
4. S'appuyer sur un réseau et un logiciel performant.....	24
5. Faire monter en compétences les acteurs et protocoliser la prise en charge.....	25
6. Favoriser l'éducation thérapeutique du patient (ETP).....	26
7. Structurer un SI performant commun à l'ensemble des projets de télémédecine au niveau régional.....	27
8. Communiquer pour fédérer les équipes autour de la démarche	27
9. Évaluer, un gage de qualité	27
Conclusion	29
Bibliographie	32
Liste des annexes	34

Remerciements

L'ensemble de l'équipe souhaite remercier les différents interlocuteurs qui nous ont permis de construire cette étude des projets de télémédecine en région Bretagne.

Nos pensées se dirigent d'abord vers Monsieur Jean-François TAILLARD, qui aurait dû être notre référent sur cette enquête. Nous exprimons notre profond respect pour ce professeur qui aura contribué à former plusieurs générations de dirigeants du secteur sanitaire, social, et médico-social.

Nous souhaitons également remercier Monsieur Bertrand VIGNERON, enseignant à l'EHESP et interlocuteur de l'équipe tout au long de l'élaboration du rapport, dont les conseils ont été précieux dans les phases de lancement et de construction de la mission. Nous remercions également Madame Laurie MARRAULD, enseignante à l'EHESP, pour ses conseils bibliographiques.

Enfin, nous remercions les différentes personnes que nous avons eu l'occasion de rencontrer au cours de cette mission pour recueillir des témoignages sur les projets en région Bretagne. Ces entretiens, menés auprès des différents acteurs de télémédecine, nous ont permis d'enrichir notre analyse et de fournir des exemples précis pour notre étude. Nous tenons à remercier particulièrement pour leur disponibilité et leur accueil :

L'Agence régionale de santé de Bretagne, l'association ÉCHO, le cabinet de radiologie Médeor, le Centre hospitalier de Saint-Brieuc, les Centres hospitaliers universitaires de Brest et de Rennes, la Direction générale de l'offre de soins, les Établissements d'hébergement pour personne âgées dépendantes de Châteaugiron et de l'île de Groix, l'Établissement public de santé mentale de Caudan, le Groupement de coopération sanitaire e-santé, la Haute autorité de santé, l'Hôpital privé des Côtes d'Armor, l>ID2 Santé, la maison de santé Ploërdut, le pôle santé Saint-Hélier, le groupement d'intérêt public Santé informatique Bretagne, l'Unité de dialyse médicalisée d'Auray, l'Union régionale des professionnels de santé et la Compagnie générale de téléradiologie.

Liste des sigles utilisés

ARS	Agence régionale de santé
ALD	Affection longue durée
Art	Article
AVC	Accident vasculaire cérébral
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNIL	Commission nationale informatique et liberté
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CSM	Centre de santé mentale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DPO	Data Protection Officer
DU	Diplôme universitaire
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ETAPES	Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé
ETP	Équivalent temps plein
FIR	Fonds d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire

MAPA	Maison d'accueil pour personnes âgées
MIP	Module interprofessionnel de santé publique
PRTSIP	Programme régional de télémédecine et des systèmes d'informations partagés
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SAMU	Service d'aide médicale d'urgence
SI	Système d'information
SIB	Santé informatique Bretagne
TLC	Téléconsultation
TLM	Télémédecine
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
URPS	Union régionale des professionnels de santé

Introduction

Dès son origine, le **déploiement de la télémédecine en France** avait pour **principaux objectifs** d'accroître l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, de favoriser la collaboration entre professionnels de santé, d'optimiser la répartition des temps de ressources médicales rares, mais aussi d'adapter davantage les parcours de soins des patients. Depuis **1989**, date de la **première téléconsultation réalisée entre le CHU de Toulouse et le centre hospitalier de Rodez**, plusieurs textes législatifs sont venus encadrer la télémédecine en France. Parmi les plus importants, **l'article 78 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)** qui donne pour la première fois une définition de la télémédecine en France (art. L. 6316-1 du Code de santé publique). Ainsi, les actes de télémédecine sont définis comme « des actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication ». **Un décret du 19 octobre 2010 définit les actes de télémédecine comme des actes médicaux, actuellement au nombre de cinq :**

Actes de télémédecine	Activités	Acteurs	
		<i>Sur place</i>	<i>A distance</i>
Téléconsultation	Consultation à distance	Patients	Professionnel médical
Téléexpertise	Avis pendant/après l'acte médical	Professionnel médical	Un/des professionnels médicaux
Télesurveillance	Interprétation de données recueillies sur lieu de vie	Patients avec ALD	Professionnel médical
Téléassistance médicale	Assistance lors d'un acte médical	Professionnel médical	Professionnel médical
Régulation médicale	Réponse médicale des centres 15	Patients	Professionnel médical

Par la suite, une série de textes législatifs et de règlements sont venus préciser ce cadre juridique national. Ils peuvent être résumés de la manière suivante :

Date	Mesure	Evolution du cadre
2010	Décret du 18 mai 2010	Le projet régional de santé doit contenir obligatoirement un programme régional de télémédecine , d'une durée maximale de cinq ans.
2011	Stratégie nationale de déploiement de la télémédecine	Identification de 5 chantiers prioritaires pour la télémédecine (dotés d'un budget de 44 millions d'euros) : <ol style="list-style-type: none"> 1. La permanence des soins en imagerie médicale 2. La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux 3. La santé des personnes détenues 4. La prise en charge des maladies chroniques 5. Les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile.
2013	Article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014	Favoriser les expérimentations de télémédecine (dans un programme nommé ETAPES) en dehors de l'hôpital pour neuf régions pilotes (hors Bretagne) , et à destination de patients suivis à la fois par la médecine de ville et par des structures médico-sociales . Un budget propre au sein du FIR est créé pour ces structures. Cette mesure a été précisée par 6 cahiers des charges successifs.

2016	Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017	<p>L'objectif est alors de simplifier l'ensemble des mesures déjà existantes et de prévoir des expérimentations de télémédecine sur le territoire national :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le programme d'expérimentations «ETAPES », a été étendu à l'ensemble des régions depuis le 1er janvier 2017 - suppression de l'acte de conventionnement entre les établissements pour le remplacer par une simple déclaration à l'ARS. - un « forfait structure » est créé pour prendre en compte le financement des surcoûts supportés par les établissements souhaitant mettre en place des activités de télémédecine.
2017	Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018	<p>Les principales évolutions sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prise en charge financière des actes de télémédecine entre dans le droit commun pour la téléconsultation et la téléexpertise. Concernant la télésurveillance, le caractère expérimental sera prolongé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, en raison de la temporalité plus longue de l'acte médical de télé-surveillance et de la dépendance au fournisseur de solution technique. - la tarification : les partenaires conventionnels (assurance maladie et syndicats de médecin) vont fixer les tarifs de remboursement et les modalités de mise en œuvre de ces actes pour le 1er janvier 2019 - la généralisation des expérimentations de télémédecine sur le plan national

En région Bretagne, l'impulsion de la télémédecine est arrivée à un certain stade de maturité. En effet, dans un rapport de 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (dans le chapitre VII intitulé «La télémédecine: une stratégie cohérente à mettre en oeuvre», la Cour des Comptes notait une grande inégalité de développement d'une région à une autre. La Bretagne, le Grand Est, les Hauts-de-France, l'Île-de-France, la

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018 - 3 -

Normandie, l'Occitanie et le Pays-de-Loire représentent à elles seules environ 90% des actes de télémédecine recensés entre 2011 et 2015 sur le territoire français. De plus, le terrain d'études breton s'avère particulièrement pertinent pour observer le développement de la télémédecine. L'ARS Bretagne a en effet impulsé, dès 2013, une politique dynamique en la matière. Cela s'est caractérisée par le lancement de deux appels d'offres régionaux (en 2013 et en 2017) et par la structuration de quatre projets de télémédecine d'envergure régionale sur des sujets ciblés : télémédecine pour les personnes détenues, accès aux soins des territoires insulaires, téléradiologie, et interconnexion des différents SAMU sur la région. Ainsi, la plateforme régionale de télémédecine (STERENN), développée par le GCS e-santé Bretagne en collaboration avec l'ARS Bretagne, affiche aujourd'hui un peu plus de 1 222 actes de télémédecine effectués depuis 2015, 710 patients suivis dans le cadre des projets soutenus par l'ARS, 53 requérants (patients, établissements ou professionnels libéraux qui sollicitent un acte de télémédecine), et 16 requis (établissements ou professionnels qui apportent une expertise en télémédecine).

Dans le cadre de cette enquête, nous avons choisi d'axer notre problématique autour de l'analyse des freins et bonnes pratiques (ou facteurs clés de succès) qui peuvent être tirés de l'exemple breton en matière de télémédecine, et cela sur différents axes d'analyse: organisation et gouvernances des projets, pilotage financier, pilotage juridique, communication, matériel et systèmes d'informations (SI) et formation des professionnels de santé. La Bretagne bénéficie aujourd'hui d'un recul important sur le sujet de la télémédecine, cinq ans après les premiers projets lancés par l'ARS Bretagne. L'étude des freins et des bonnes pratiques a donc vocation à s'appliquer au territoire breton dans son ensemble mais aussi à d'autres régions françaises.

Afin de réaliser cette enquête, le groupe s'est rapidement mis d'accord sur la méthode de travail et sur les échéances suivantes :

Étapes	Dates	Personnes impliquées	Méthode	Outils mobilisés
Analyse de la littérature sur le sujet	14 avril au 9 mai 2018	L'ensemble de l'équipe du groupe MIP	Lecture de la littérature sur le sujet avant le 9 mai 2018	Echange via messagerie whatsapp et réunions en présentiel
Répartition des tâches et définition des échéances	Vendredi 4 mai	L'ensemble de l'équipe	Réunion en groupe de travail sur toute la journée du vendredi 4 mai	Rétroplanning (diagramme de GANTT) Espace de travail dématérialisé sur Google drive (gestion des données et des fichiers)
Planification et réalisation des entretiens	Du lundi 30 avril au vendredi 18 mai 2018	Répartition des entretiens au sein de l'équipe : deux entretiens par membre de l'équipe	Création d'une grille d'entretien adaptable pour les établissements et les institutions (validée par B. Vigneron)	Réalisation des entretiens en direct ou par téléphone.
Rédaction du rapport	Du 18 mai au dimanche 20 mai 2018	L'ensemble de l'équipe	Répartition des parties et sous-parties entre les membres de l'équipe	Points réguliers en direct ou via visioconférence (l'application Zoom)

Harmonisation et relectures du rapport	Du mardi 21 mai au vendredi 25 mai 2018	L'ensemble de l'équipe	de	Réunions tous les jours de la semaine	Réunion en présentiel tous les jours sur le campus de l'EHESP
---	--	-------------------------------	-----------	--	---

Tout au long de la réalisation de cette étude, nous avons privilégié les échanges via des applications d'échange par texte (whatsapp) ou par visioconférence (Zoom) pour gagner en rapidité et en agilité.

Sur la même période, des entretiens avec les interlocuteurs suivants ont été programmés :

Institutions	Objet des entretiens
ARS Bretagne	Pilotage ARS de la télémédecine
GCS e-santé	Stratégie déploiement télémédecine en Bretagne
CHU de Rennes	Prise en charge des AVC
CH de Saint-Brieuc	
CH Guillaume Régnier	Téléexpertise en psychiatrie avec 5 EHPAD
EPSM Charcot	Téléconsultations
EHPAD de l'île de Groix	
Association ECHO	Prise en charge de l'insuffisance rénale
CHU de Brest	Prise en charge des personnes âgées
URPS	
Maison de santé Ploerdut	Téléradiologie
Cabinet de radiologie MEDEOR	
Pôle Saint-Hélier	Projet de télémédecine en rééducation
Hôpital privé des Côtes d'Armor	Télesuivi des pathologies chroniques (insuffisances cardiaques/respiratoires et obésité)

EHPAD Chateaugiron	Téléconsultation et téléexpertise en EHPAD
SIB/E-sis	Développement et accompagnement de solutions en télémédecine
ID2 Santé	Innovation et développement de la télémédecine
HAS	Evaluation de la télémédecine en France
DGOS	Vision nationale stratégique pour le déploiement de la télémédecine

Partie I. Dynamiques et enjeux du développement de la télémédecine en région Bretagne

L'impulsion d'une dynamique en matière de télémédecine (I) a réellement commencé à la fin de l'année 2012 en région Bretagne sous l'impulsion de l'ARS. Aujourd'hui, cinq ans après le début des premiers projets, la région est très bien positionnée sur ce sujet au niveau national et les perspectives pour l'avenir laissent envisager une croissance dynamique de la pratique (II).

1. Le développement de la télémédecine en Bretagne : une réponse aux enjeux d'accès aux soins

Depuis 2013, l'ARS développe des projets de télémédecine en région Bretagne pour répondre à des enjeux d'accès aux soins et d'amélioration de la réponse sanitaire et médico-sociale. **L'impulsion d'une dynamique en matière de télémédecine a réellement commencé à la fin de l'année 2012 en région Bretagne** après l'élaboration du **programme régional de télémédecine et des systèmes d'informations (PRTSIP)** dans le cadre du **projet régional de santé**. Ce document proposait, dans le cadre de son plan d'actions, plusieurs pistes pour le développement de la télémédecine en région Bretagne au regard de certaines faiblesses identifiées dans l'offre de soins :

Objectifs	Problème à résoudre
Développer les pratiques de téléradiologie et de téléimagerie médicale	Faiblesse de l'offre pour les consultations d'imagerie dans certains territoires de la région
Impulser le déploiement de la téléconsultation pour les établissements pénitentiaires	Améliorer l'accès aux consultations spécialisées et en cas d'urgence psychiatrique
Permettre aux territoires insulaires l'accès à une expertise médicale	Difficulté d'accès aux soins dans certaines spécialités (médecine généraliste, dermatologie, psychiatrie, gériatrie) sur les îles (notamment les îles de Bréhat, Molène, Ouessant, Belle-Ile-en-mer) de la

	région Bretagne
Promouvoir le suivi à distance des séances d'hémodialyse	Faciliter la prise en charge du patient (moins de déplacements, prise en charge plus rapide) Eviter les trajets/déplacements des professionnels
Système de télésurveillance des dialyses péritonéales	Faciliter la prise en charge du patient (moins de déplacements, prise en charge plus rapide) Eviter les trajets/déplacements des professionnels
Suivi à distance des dispositifs cardiaques implantables	Faciliter la prise en charge du patient (moins de déplacements, prise en charge plus rapide) Eviter les trajets/déplacements des professionnels
Suivi des patients diabétiques	Faciliter la prise en charge du patient (moins de déplacements, prise en charge plus rapide) Eviter les trajets/déplacements des professionnels
Dispositifs de télémédecine dans les EHPAD	Faciliter la prise en charge et le suivi des patients. Réduire les coûts de transport pour la sécurité sociale.
Suivi des plaies chroniques (plaies, escarres)	Faciliter la prise en charge et le suivi des patients. Réduire les coûts de transport pour la sécurité sociale.
SI commun pour les SAMU	Faciliter la communication des données entre les quatre SAMU de la région et permettre une continuité des SI en cas de

	panne ou de défaillance.
--	--------------------------

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne a lancé dès 2013 un premier appel à projets de télémédecine pour impulser une dynamique à l'échelle régionale. Celui-ci a permis d'accompagner dix projets sur le thème de la prise en charge des maladies chroniques et de l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social (EHPAD).

Dans le même temps, l'ARS a chargé le GCS E-santé Bretagne de construire une plateforme de services de télémédecine (STERENN) pour les professionnels de santé libéraux et les établissements de santé à l'échelle régionale. Celle-ci a été conçue pour permettre aux professionnels de santé de réaliser toutes les étapes de l'acte de télémédecine : gestion des demandes et des rendez-vous, création d'un télédossier, échange d'images, service de téléconférence, facturation, archivage des données médico-légales.

Parallèlement, le plan national de télémédecine (lancé par la DGOS) a permis le lancement de quatre projets régionaux de télémédecine dans les sept territoires de santé de la région. **Un premier projet nommé « télémédecine et territoires insulaires » vise à favoriser le déploiement de la télémédecine dans les îles bretonnes.** L'objectif est de pallier les difficultés de déplacement des citoyens et des professionnels de santé qui habitent sur ces îles. Cette démarche a été mise en place sur quatre sites. Sur l'île de Bréhat, des consultations en dermatologie sont organisées entre l'EHPAD de Bréhat et le Centre Hospitalier de Paimpol afin de donner un premier avis de dermatologie au médecin traitant. Sur l'île de Molène, des téléconsultations généralistes sont organisées entre le cabinet infirmier de Molène et le cabinet médical du Conquet pour pallier l'annulation des visites médicales en cas de météo défavorable ou pour répondre aux besoins urgents de la population. Sur l'île de Ouessant, des téléconsultations en psychiatrie entre la MAPA de Ouessant et le CHU de Brest sont mises en place pour le renouvellement de prescriptions ou un besoin urgent de consultation. Enfin, sur l'île de Belle-Ile-en-mer : des téléconsultations mémoire entre le Centre Hospitalier Yves Lanco de Belle-Ile-en-Mer et le Centre Hospitalier Bretagne Atlantique.

Le deuxième projet de télémédecine à l'échelle régionale s'intitule « télémédecine et santé des personnes détenues ». Il s'agit d'une étude en deux étapes visant, dans un premier temps, à analyser l'activité des professionnels de santé au contact des personnes détenues et,

dans un second temps, à identifier les activités de télémédecine susceptibles de répondre **aux besoins des détenus**.

Le troisième projet régional de télémédecine vise, depuis 2013, à développer la télé-radiologie pour faire face à la chute démographique du nombre de radiologues.

Enfin, le quatrième et dernier projet régional concerne un projet de système d'information commun entre les quatre SAMU de la région (un dans chaque département). Cela permet de garantir une interconnexion ainsi qu'une interopérabilité technique entre les différents SI des SAMU. Pour réaliser ce projet, un logiciel (Centaure 15) a été mis en place. Celui-ci permettra à terme d'assurer la sécurité totale des données et d'assurer une continuité totale de la régulation d'un SAMU en cas de pannes ou de défaillances (grâce à une réplique des données en temps réel sur la Base Centrale Régionale).

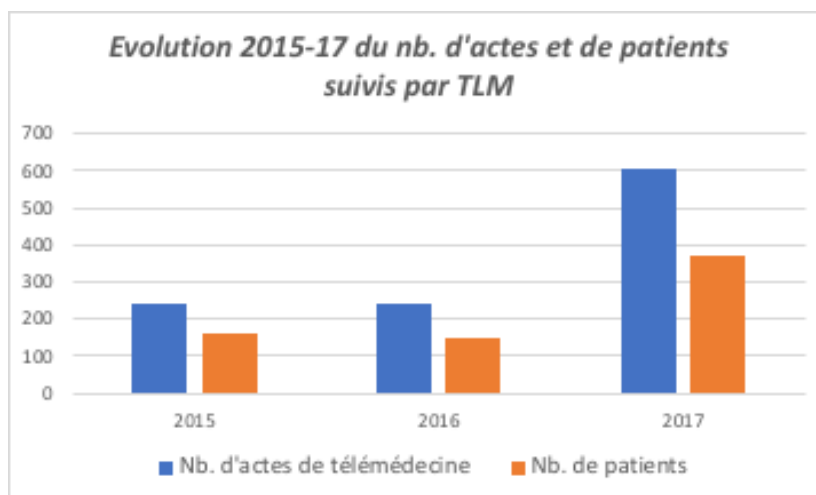
Pour continuer à développer la télémédecine à l'échelle régionale, **l'ARS Bretagne a impulsé un deuxième appel à projets en 2017** (après celui de 2013) sur le sujet de la télémédecine. Celui-ci a permis de sélectionner 17 nouveaux projets répartis sur trois thématiques: prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, parcours de santé des personnes âgées, et accès aux avis spécialisés (programmés ou urgents).

2. La région Bretagne : un territoire particulièrement dynamique dans le développement de projets de télémédecine

Dans le rapport de 2017 sur l'application de la LFSS sus-cité, la Cour des Comptes souligne **le dynamisme de la télémédecine au sein de certaines régions dont la Bretagne**. En effet, **depuis le lancement de l'application STERENN en 2015, 1 222 actes de télémédecine ont été réalisés et 710 patients ont été suivis**. Il s'agissait dans 63% des cas d'une demande de première consultation et dans 37% des cas d'une demande de suivi.

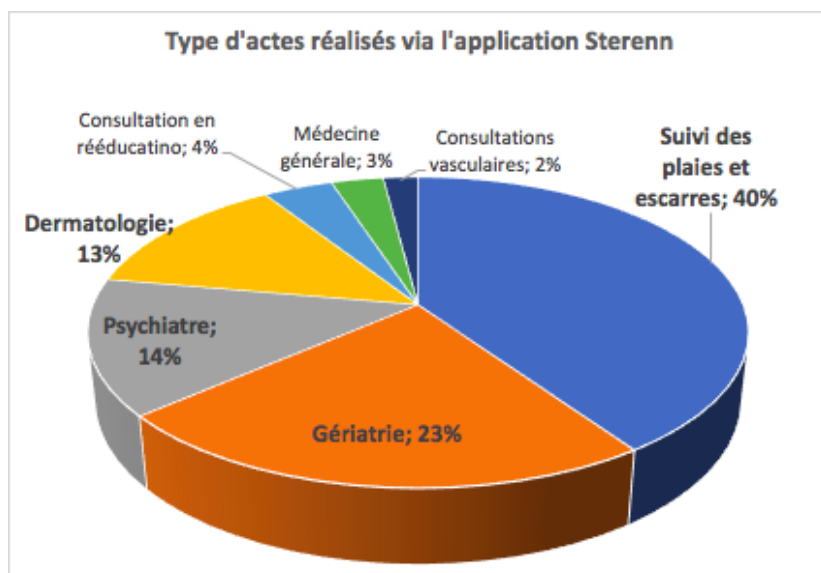
Les actes terminés concernent dans 59% des cas une téléconsultation et dans 41% des cas de la téléexpertise (35% d'actes en téléexpertise asynchrone, 6% d'actes en téléexpertise synchrone). **Les nombres de requérants** (établissements ou professionnels libéraux qui sollicitent un acte de télémédecine) **et de requis** (établissements ou professionnels qui font l'acte de télémédecine) **se sont élargis au-delà des établissements sélectionnés dans les appels à projets** (10 établissements sélectionnés en 2013, et 17 en

2017). La plateforme recense actuellement 53 requérants et 16 requis. Sur les 53 requérants d'actes de télémédecine en région Bretagne, 43 sont des professionnels de soins libéraux.



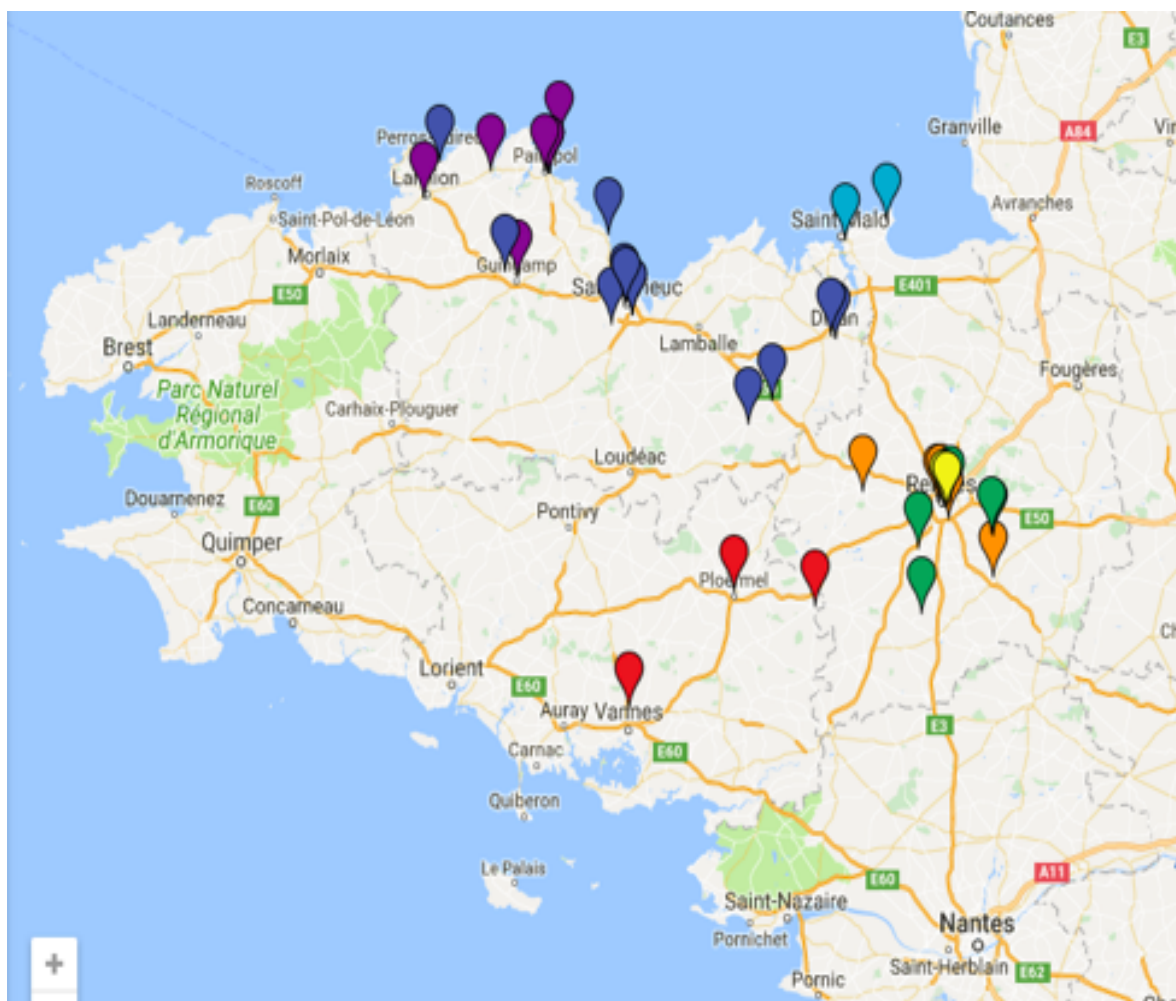
On observe également une tendance à l'augmentation des actes de télémédecine sur la région depuis deux ans. Ainsi, alors que le nombre d'actes stagnait entre 2015 et 2016, une hausse de 250 % a été observée en 2017. Cette dynamique devrait s'accélérer suite à l'appel à projets de l'ARS en 2017 et à l'entrée dans le droit commun des actes de téléconsultation et de téléexpertise.

Aujourd'hui, quatre types d'actes représentent un peu plus de 90% des actes de télémédecine effectués via l'application de SI Sterenn. Il s'agit du suivi des plaies et escarres, des actes de télémédecine en gériatrie, en psychiatrie et en dermatologie. Cette répartition n'est pas surprenante puisqu'elle correspond aux axes de développement de la télémédecine ciblés par l'ARS depuis 2013 dans le cadre de ses deux appels à projets.



Ainsi, depuis 2013, l'évolution du cadre juridique national a permis d'impulser une dynamique de télémédecine en région Bretagne par l'intermédiaire d'appels d'offres (2013 et 2017) et de projets régionaux de télémédecine (personnes détenues, territoires insulaires, téléradiologie). Cette dynamique est pour le moment positive, d'un point de vue comptable, au regard des résultats récents (le nombre d'actes de télémédecine a été multiplié par 2,5 en 2017 en Bretagne). La généralisation des dispositifs de télémédecine (avec une grille de tarification nationale) et l'élargissement des dispositifs de télémédecine (suite à l'appel à projets de 2017) sont des éléments qui devraient contribuer à promouvoir le déploiement de la télémédecine en région Bretagne. Néanmoins, de nombreux obstacles contraignent le développement de télémédecine dans la région, et cette dynamique demeure fragile à de nombreux égards. L'analyse de la situation bretonne révèle cependant de nombreux leviers opérationnels et organisationnels pour y faire face.

Le déploiement de Sterenn en Bretagne



Telefigar

- Centre Hospitalier Universitaire de Rennes
- Hôpital Sud – CHU de Rennes
- Hôtel-Dieu
- Centre Hospitalier de Janzé

Agetelepsy

- Centre hospitalier Guillaume Régnier
- EHPAD Les jardins du Castel
- Résidence Père Brottier
- EHPAD Résidence Les Bruyères
- Résidence du Prevôt

TLM PI@ais chroniques

- Pôles de médecins Physique et Réadaptation
- Résidence Saint Hélier

Télépad

- Centre Hospitalier de Saint Malo
- Centre hospitalier de Cancale

Téléplaies T7

- Centre Hospitalier de Dinan
- SSR mutualiste Les Châtelets
- Centre hospitalier de Saint Brieux
- Fondation Saint-Jean de Dieu
- Fondation Bon Sauveur
- EHPAD Broons
- EHPAD mutualiste d'Ereac
- MAPA de Plouisy
- EHPAD mutualiste de Louannec
- EHPAD mutualiste Les champs au Duc
- Centre gériatrique des Capucins

Télémédecine EPSM 56

- EPSM Morbihan
- Centre Hospitalier Alphonse Guérin
- EHPAD de Guer

Téléplaies T7

- Centre hospitalier de Paimpol
- Centre hospitalier de Saint Brieux
- Centre hospitalier de Lannion
- Centre hospitalier de Tréguier
- Centre hospitalier de Guingamp
- EHPAD de Bréhat
- EHPAS Les Embruns
- EHPAD Terre Neuvas
- EHPAD Ty Tu Coz
- Groupement des libéraux

Partie II. La télémédecine en Bretagne, une pratique médicale confrontée à des difficultés de mise en œuvre

Le caractère expérimental ou novateur de la télémédecine confère aux projets mis en œuvre une dimension parfois risquée. A cet égard, de tels projets doivent être précédés d'une appréhension précise des enjeux, des moyens et des risques. En l'absence d'une telle analyse préalable, des difficultés peuvent rapidement apparaître et mettre en échec les projets menés. Les entretiens que nous avons réalisés nous ont permis de mettre en lumière certaines de ces difficultés, qui freinent le déploiement de la télémédecine en Bretagne. Dans cette partie, il conviendra de mettre en exergue ces entraves, d'analyser les facteurs de risques, et de mettre en perspective ces difficultés avec l'échelon national.

1. La difficile appréhension des aspects techniques

1.1. Le défaut de formation sur le matériel et sur les systèmes d'information

Nous constatons, en premier lieu, une palette d'initiatives très riche en matière technique (équipements et systèmes d'information), et nos entretiens nous amènent sur ce point à un premier bilan contrasté. **Des formations sont prévues sur les SI mais le choix du matériel reste en général au choix des établissements.** En effet, le GCS e-santé Bretagne prévoit une demi-journée de formation pour les professionnels qui font le choix d'utiliser le système d'information STERENN pour piloter leurs projets de télémédecine. Néanmoins, certains établissements de santé bretons signalent des difficultés dans la prise en main initiale de l'outil. **Si, en effet, l'achat de matériel ou le choix des applications utilisées dans le cadre d'actes de télémédecine est relativement encadré, il semble parfois manquer de cohérence, et induit l'échec de certaines expérimentations.** Au plan local, nous citerons notamment l'expérimentation de l'URPS à Pontivy, qui s'est soldée par un abandon du projet de téléexpertise directement lié à une non adhésion des professionnels de santé au matériel proposé. Il y a fort à croire que si les professionnels concernés n'ont pas adhéré à ces éléments, c'est soit qu'ils n'ont pas été suffisamment conviés aux choix du matériel (ou n'y ont pas été formés), soit qu'ils n'avaient simplement pas les connaissances/compétences adéquates pour donner leur avis sur le matériel en amont de l'achat. Or, **dès lors que la télémédecine peut s'apparenter, pour les professionnels de santé, à une modification de leurs habitudes de travail, ces aspects techniques revêtent**

une importance considérable. Sur ce point, le discours du pôle Saint Hélier, qui met en place des projets de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, téléassistance) très dynamiques (700 actes de télémédecine depuis 2013) en rééducation et pour le suivi des plaies chroniques, est très intéressant. L'établissement prône une logique d'apprentissage en continu (*learning by doing*) des professionnels de santé (formation en interne par les infirmiers et les médecins rééducateurs expérimentés en télémédecine) tout en privilégiant l'usage de matériel peu encombrant par les requérants (smartphone, tablettes) lorsque cela est possible. Ainsi, du matériel à la pointe dans le domaine de la télémédecine (comme les chariots de télémédecine, au coût pouvant avoisiner 15 000€) n'est pas forcément utilisé par les professionnels de santé car il est parfois jugé trop complexe et pas assez pratique. **La nécessité d'une cohérence dans le choix des matériels utilisés dans le cadre de la télémédecine émerge d'ailleurs au niveau national** : selon le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), 3 millions d'objets connectés ont été achetés en France en 2013, pour un chiffre d'affaire de 64 millions d'euros, ce qui appelle, selon la Cour des comptes, à « *la nécessité d'une régulation (qui) apparaît de plus en plus manifeste* »¹.

En outre, certains projets étudiés mettent en lumière un manque de coordination important, parfois lié à un manque de moyens financiers. C'est le cas des centres hospitaliers de Guingamp et de Paimpol (qui font partie du GHT d'Armor, composé de cinq établissements), au sein desquels l'absence d'IRM nuit aux diagnostics médicaux à distance notamment dans la précision de l'indication thérapeutique. Dans le même ordre d'idée, l'association ECHO (qui s'occupe de la prise en charge des patients dialysés) a souligné le fait que, leur salle de téléconsultation étant une salle commune, les règles de confidentialité vis-à-vis des patients sont difficilement respectées. Autre exemple, dans le cadre de la prise en charge des AVC en téléconsultation au CHU de Rennes, des difficultés sont signalées par les professionnels de santé dans le choix des indicateurs d'alerte (amenant à un risque pour la prise en charge des AVC). **Bien que ces exemples constituent l'exception plus que la règle, il reste qu'ils laissent entrevoir une marge de progression dans le développement et l'accompagnement technique de la télémédecine en Bretagne.**

1

Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ; Chapitre VII. La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, Cour des comptes, septembre 2017.

1.2. Le défi de l'interopérabilité des données

Les difficultés liées à ces dimensions techniques, et ici plus particulièrement aux systèmes d'informations, nous amènent à pointer une carence de la télémédecine en Bretagne, soulignée par une grande partie de nos interlocuteurs : **celle de la non interopérabilité des données relatives aux patients**. A titre d'exemple, notre interlocutrice du CHU de Brest évoquait, à regret, le fait qu'il subsiste un **cloisonnement entre le dossier patient "traditionnel" et celui alimenté des actes de télémédecine**. Or, ainsi que le souligne la Cour des comptes dans son rapport de 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale intitulé «La télémédecine: une stratégie cohérente à mettre en oeuvre», la mise en place d'un dossier médical électronique du patient commun à l'ensemble des acteurs du système de santé est un facteur clé de succès dans la mise en place de la télémédecine. En Bretagne, le GCS e-santé et le pôle Saint-Hélier ont souligné la faiblesse (voire l'inexistence) d'interopérabilité entre Sterenn et les autres outils mis en œuvre par le GCS (RUBIS pour les échanges d'images médicales, CREBEN pour l'expertise neuroradiologique à distance). Cependant, le GCS e-santé semble prendre en compte ces considérations puisque, dans la deuxième version de la plateforme STERENN qui va être construite en 2019 (suite à un appel d'offres fournisseur), les établissements qui le souhaitent sont associés au processus de conception du nouvel outil (c'est le cas du pôle Saint Hélier par exemple).

2. La question tarifaire : un frein au développement et à la pérennité de la télémédecine

2.1. Le modèle tarifaire : une clarification comme préalable à l'adhésion des professionnels de santé

Autre pierre d'achoppement pour le développement de la télémédecine à l'échelle bretonne et au-delà: la question du modèle tarifaire. Notre interlocutrice au CHU de Brest nous confiait, lors de l'entretien, que la question de la rémunération des professionnels de santé laisse à désirer par ses aspects parfois complexes. Soulignant que plusieurs modèles de rémunérations coexistent nécessairement (l'un adapté à la téléconsultation, l'autre à la téléexpertise, par exemple), cette dernière regrette un manque de clarté n'incitant pas les professionnels de santé à s'inscrire dans la voie de la télémédecine. Or, comme le souligne la Cour des comptes dans rapport de 2017 sur l'application des lois

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018 - 17 -

de financement de la sécurité sociale, « *le mode de rémunération des acteurs du système de santé a une forte incidence sur les conditions de développement de la télémédecine* »². Nous avons identifié **deux aspects caractérisant ce manque de clarté : d'une part, une difficile compréhension de la clé de répartition entre professionnels et, d'autre part, un mode de rémunération peu attractif au regard de l'acte médical réalisé.** Pour notre interlocutrice de l'URPS, les résultats pressentis à l'issue des négociations entre l'UNCAM et les syndicats ne vont d'ailleurs pas pour améliorer l'attractivité de la télémédecine à l'égard des professionnels de santé. **En tout état de cause, une clarification s'impose tant pour les ces derniers, dont l'adhésion au modèle tarifaire est primordiale, que pour les patients.** A cet égard, soulignons que lors de notre entretien au CHU de Rennes, notre interlocuteur a évoqué la difficulté que certains patients peuvent avoir à comprendre la clé de répartition de la facturation de l'acte de télémédecine qu'ils reçoivent. **En outre, un autre problème, souligné notamment par le pôle Saint-Hélier, concerne la quasi absence de rémunération pour le requérant dans l'acte de télémédecine dans les grilles tarifaires actuelles.**

2.2. Une clarification nécessaire à la pérennité du financement de la télémédecine

Dans la phase d'expérimentation actuelle, c'est le fonds d'intervention régional (FIR) breton qui assume une grande partie (voire l'intégralité) des frais d'investissement liés à la télémédecine via le mécanisme des appels à projets régionaux (2013 et 2017). L'ARS a fait le choix de financer le démarrage et l'investissement nécessaire à ces expérimentations. **Or, notre interlocutrice à l'ARS Bretagne a souligné le fait que certains professionnels de santé et établissements n'ont pas pu pérenniser le financement de ces projets, faute de moyens suffisants.** Dès lors, certains projets n'ont pas abouti ou ne se sont pas déployés à la hauteur des objectifs initiaux. Un **forfait requérant** a été mis en place au niveau national pour accompagner le développement de projets de télémédecine dans des structures ayant peu de moyens financiers. Cette enveloppe, qui pourrait être appréhendée comme un levier propice au développement de la télémédecine, reste limitée puisque à la suite d'un appel à projet de l'ARS Bretagne lancé il

2

Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ; Chapitre VII. La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, Cour des comptes, septembre 2017.

y a deux mois, seuls treize projets ont été sélectionnés. Il en résulte que la pérennité du financement viendra de la mise en place d'une tarification claire et aboutie.

La LFSS pour 2018 (article 54) prévoit l'entrée dans le droit commun des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Cette décision législative traduit une volonté politique forte de lever les freins au déploiement de la télémédecine et constitue un tournant majeur. **Mais alors même que cette décision a pour vocation d'instaurer un cadre de tarification clair de ces deux actes, et donc d'inciter les professionnels à engager des projets en ce sens, il semblerait qu'elle ait parfois constitué un frein à leur développement.** En effet, certains professionnels de santé ont considéré qu'il n'y avait plus d'intérêt à développer des projets de téléconsultation/téléexpertise dans le cadre des expérimentations, dans la mesure où une tarification claire et pérenne aboutira à la fin de l'année 2018. Il n'en demeure pas moins que les négociations jusqu'ici entamées ont démontré la difficulté de trouver un accord sur la question des honoraires que les principaux intéressés percevront.

3. L'identification d'obstacles d'ordre stratégique

3.1. Une réelle difficulté à mobiliser les acteurs dans les projets de télémédecine

Si plusieurs projets de télémédecine se sont inscrits dans le cadre des appels à projet de l'ARS Bretagne, force est de constater qu'ils relèvent essentiellement d'initiatives individuelles. L'expérience montre d'ailleurs que le départ d'un médecin à l'initiative du projet entraîne souvent un risque de rupture dans la démarche. **Certains projets demeurent "personne-dépendant".** La mobilité d'un médecin porteur de projet peut donc freiner le développement des activités de télémédecine et conduire à un arrêt du projet. Ce risque a, par exemple, clairement été identifié au CHU de Rennes, dans le cadre de téléconsultation et téléexpertise visant la prise en charge des AVC, mais aussi au CHU de Brest dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées par téléconsultation et téléexpertise. **De plus, il a été constaté que le nombre de médecins impliqués dans les projets de télémédecine est insuffisant.** Or, la mobilisation des professionnels (médecins ou IDE) est essentielle au déploiement du projet, à sa réalisation ainsi qu'à son suivi. Enfin, plus qu'un frein, **cette situation constitue également un risque possible dès lors que le nombre insuffisant de médecins mobilisés dès le départ conduit à faire appel à des médecins qui ne connaissent pas ou peu les protocoles de prise en charge des activités de télémédecine.** Cela peut être lié à la question de la démographie médicale qui porte également préjudice à certains projets en cours. Cette difficulté a été identifiée au Centre EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018

hospitalier de Saint-Brieuc, au sein duquel le recours aux intérimaires, non mobilisés initialement dans le projet de télémédecine et ne connaissant pas le protocole de prise en charge des AVC, induit des risques de sous-utilisation et de mauvaise utilisation des outils de télémédecine.

3.2. Une préparation des projets parfois insuffisante en amont

Selon la Compagnie générale de téléradiologie, si certains projets de télémédecine n'aboutissent pas, c'est le plus souvent dû à un problème organisationnel. Selon eux, la télémédecine suppose de s'interroger au préalable sur l'organisation interne et les acteurs en présence (médecins, syndicats, etc.). **La mise en œuvre d'un projet de télémédecine doit être précédée d'une analyse des besoins, des enjeux, des moyens et des risques.** Cette analyse doit être réalisée de manière précise et fine. Elle apparaît nécessaire du fait du caractère soit expérimental soit novateur de la mise en place d'activité de télémédecine sur le territoire breton. Elle est donc au cœur de l'élaboration de la stratégie de déploiement d'une activité de télémédecine. Si cette analyse est réalisée par l'ensemble des acteurs en amont, il semblerait que plusieurs éléments propres à l'organisation des projets de télémédecine viennent freiner le déploiement. Ce défaut organisationnel est notamment souligné par le CHU de Rennes dans le cadre de phases de test du projet de télémédecine. En effet, il a été fait le choix de réaliser des phases de test de l'activité de téléconsultation en période estivale lorsque l'activité et la présence des professionnels sont plus faibles. Ce choix ne paraît pas judicieux puisqu'il ne correspond pas à une période d'activité réelle de l'établissement et ne permet également pas de mobiliser les acteurs lors d'une phase essentielle du projet de télémédecine.

3.3. Une communication hésitante.

L'observation des établissements bretons fait apparaître qu'**il est parfois difficile pour les professionnels et organisations de santé de communiquer sur leur pratique de la télémédecine.** Toute opération de communication (qu'elle soit interne ou externe) induit d'avoir quelques formes de certitudes sur lesquelles se baser, et donc sur lesquelles communiquer en toute connaissance de cause. Or, **si certaines structures** (comme le Pôle Saint-Hélier de Rennes) **ont acquis cette forme d'expérience et sont en mesure de la partager, nombreuses sont aussi celles qui préfèrent ne communiquer qu'en interne, faute de données solides** (c'est le cas du CHU de Brest ou du CH de Saint Brieuc).

Ainsi, les différentes expérimentations de télémédecine en Bretagne laissent entrevoir des marges de progression pour les années à venir. Si certaines seront directement liées à l'impact de mesures nationales (relatives à la tarification notamment), d'autres trouveront leur source dans des ajustements de terrain au niveau local (sur des aspects techniques et de stratégie). Quoiqu'il en soit, ces nombreuses difficultés contribuent à l'émergence d'un diagnostic toujours plus précis participant du déploiement de la télémédecine bretonne.

Partie III. L'identification des facteurs clés de réussite d'un projet de télémédecine au travers des expériences bretonnes

1. La télémédecine : un appui à l'organisation des parcours de soins dans le cadre d'un projet médical

1.1. La télémédecine comme appui à l'organisation des parcours de soins

Un projet de télémédecine permet de s'appuyer sur une solution technique afin de mettre en place une nouvelle organisation des soins, ce qui peut entraîner une modification des périmètres d'activité des professionnels de santé. Il se doit donc, pour emporter l'adhésion des professionnels et des patients et ainsi garantir sa pérennité, de répondre à un besoin, qu'il soit de santé publique (exemple du télésuivi des pathologies chroniques par l'hôpital privé des Côtes d'Armor), d'amélioration de l'accès aux soins (exemple de la prise en charge de l'insuffisance rénale par télémédecine réalisée dont le projet a été porté par l'association ÉCHO) ou des pratiques professionnelles (exemple du projet de télémédecine en rééducation mis en place par le pôle Saint-Hélier).

1.2. La télémédecine doit s'inscrire dans un projet médical

Ce projet doit également être soutenu par un médecin qui tiendra le rôle de coordonnateur/pilote du projet. En effet, la télémédecine est avant tout une activité médicale. Dès lors il est indispensable qu'un médecin promeuve le projet permettant d'y apporter une légitimité importante vis-à-vis de ses confrères ou des autres professionnels. Son rôle va être alors d'impulser la démarche, d'informer et de communiquer auprès des patients, mais aussi de coordonner le projet sur le plan stratégique (définition du logiciel utilisé par exemple). C'est ainsi que le CHU de Rennes a pu s'appuyer sur des médecins qui ont proposé la télémédecine comme axe de développement du projet médical partagé dans le cadre du GHT sur la filière des AVC. **En tout état de cause, ce médecin devra également s'appuyer sur la mise en place d'une structure de gouvernance telle qu'un comité stratégique ou un comité de pilotage.** En effet, cette instance va permettre de conduire le projet, de valider les solutions techniques, les parcours de soins, de solliciter l'ARS ou des partenaires extérieurs et d'évaluer le projet.

2. Connaître la réglementation pour éviter les litiges

Si la réglementation semble peu connue par les chefs de projet et/ou directeurs référents (moins de la moitié des personnes interrogées ont évoqué les textes liés à la télémédecine), **elle se doit d’être abordée dès le cadrage du projet puisque ce dernier a des impacts sur :**

- Le traitement informatique qui doit faire l’objet d’une autorisation préalable (loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978) ;
- La forme de la convention qui doit être soumise à l’ARS ;
- La responsabilité des professionnels de santé ;
- Les droits des patients, notamment au titre du consentement de ces derniers qui doit être « libre et éclairé » (articles L.1111-2 et L.1111-4 du Code de Santé Publique) ;
- L’hébergement des données à caractère personnel (exemple de la télécardiologie réalisée par le CHU de Rennes dont les données sont hébergées chez le fabricant en dehors du territoire français) ;
- La traçabilité des actes.

Or, les connaissances en droits, obligations et responsabilités notamment en cas de litiges entre médecin requérant et médecin requis **sont partiellement mobilisées par les chefs de projets et directeurs interrogés, avec quelquefois même, des éléments erronés. Le manque de formation à ce sujet semble être un risque professionnel.** L’identification d’un Data Protection Officer (DPO) dans le cadre du Règlement général sur la protection des données (RGPD) de 2016, constitue un levier pour démarrer une sensibilisation.

Le cadre juridique national concernant la protection des données de santé a récemment évolué au niveau européen et français pour faciliter le lancement de projets en matière de télémédecine. Le traitement des données de santé issues de la télémédecine a été récemment intégré au régime des exceptions de article 8 II de la loi "informatique et libertés". Les professionnels de santé et les établissements qui souhaitent mettre en place un projet de télémédecine doivent maintenant effectuer une simple déclaration du projet auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Ainsi, par exemple, le GCS e-santé Bretagne avait fait dans un premier temps une demande d'autorisation (via un dossier de 35 pages) à la CNIL pour mettre en place la plateforme de télémédecine Sterenn à l'échelle régionale. Mais, dans son courrier de réponse en date du 28 avril 2017, la CNIL

a signalé au GCS qu'une simple déclaration était nécessaire. Le dossier a donc été requalifié en autorisation immédiate par la CNIL.

3. Construire un modèle économique pertinent

Dès le cadrage du projet, il s'avère également nécessaire de s'interroger sur la question de son financement. **Le modèle économique choisi se doit d'être adapté** et doit porter tant sur l'investissement initial (achat du logiciel par exemple) que sur le fonctionnement. Or, comme précédemment évoqué, **de nombreux freins sur le volet financier ont conduit certains établissements à ne pas facturer les actes dans l'attente des textes réglementaires**. De même, comme l'indique la HAS, certaines facturations transmises ont été refusées par l'assurance maladie pour de multiples motifs (erreur de saisie, non connaissance de la nouvelle nomenclature...). En outre, la télésurveillance qui entraîne l'intervention d'un acteur supplémentaire, le fournisseur de la solution technique, ne possède pas, à l'heure actuelle, son propre circuit de facturation. Celui-ci est en cours de finalisation au niveau national. La LFSS pour 2018 prévoit que la télésurveillance demeure encore 4 ans dans un cadre expérimental.

La télémédecine étant, le plus souvent, mise en place dans un cadre partenarial, un suivi budgétaire doit permettre à chaque acteur d'évaluer les bénéfices cliniques et médico-économiques qu'il en retire. C'est pourquoi les établissements réalisent, le plus souvent, une comptabilité analytique de leur coopération.

4. S'appuyer sur un réseau et un logiciel performant

L'un des principaux leviers techniques constitue la capacité à fournir le réseau et la solution logicielle adaptés aux besoins du métier. L'offre globale doit être facilitante, permettre l'exercice du métier à distance sans interruption, avec la rapidité nécessaire. En premier lieu, rappelons que la télémédecine trouve à exister en Bretagne principalement sous l'égide de la plateforme Sterenn, ce qui appelle plusieurs points positifs. D'une part, cela permet de décharger les établissements de contraintes relatives à des aspects techniques chronophages, mais aussi liées à la sécurisation des données qui est directement assurée par Sterenn. Par ailleurs, le GCS e-santé agit en conseil aux établissements tout au long de l'année (sur le matériel à acheter par exemple) et assume un rôle de formation à Sterenn pour les professionnels de santé. Enfin, le GCS e-santé s'apparente à une plateforme de

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018

concertation sur l'évolution prochaine de Sterenn (le pôle Saint Héliier, qui a réalisé plus de 700 actes de télémedecine depuis 2013, sera d'ailleurs prochainement concerté par le GCS au sujet de l'évolution vers Sterenn II). Par-delà Sterenn, les établissements gardent une certaine marge de manœuvre pour répondre à des besoins techniques ciblés. C'est ainsi que le CHU de Rennes a opté pour l'idée de lunettes connectées utilisées par les professionnels de santé requérants dans le cadre de la téléexpertise (permettant une mobilité supplémentaire). Dans ce même ordre d'idée, les équipes de l'HAD du Ponant pratiquent leurs actes de téléexpertise via des tablettes ou directement sur leur smartphone depuis le domicile du patient. **Parmi les autres leviers, il nous faut mentionner la concertation à l'œuvre dans de nombreux établissements/territoires.** Ainsi, les CH de Paimpol, de Guingamp et de Lannion (faisant partie du GHT 7 de Bretagne) disposent non seulement d'un réseau intra-communautaire permettant aux trois établissements d'échanger de l'imagerie médicale en toute fluidité, mais s'inscrivent aussi dans le lancement d'un dialogue compétitif pour la mise en œuvre d'un dossier patient partagé à une échelle plus large. Du côté de la téléconsultation, nous retiendrons l'EHPAD de Châteaugiron, qui dispose d'une salle dédiée pour les activités de télémedecine, mais aussi d'un chariot permettant d'opérer dans d'autres lieux, ce qui est adapté à la mobilité réduite des personnes âgées.

5. Faire monter en compétences les acteurs et protocoliser la prise en charge

5.1. Mettre en place des formations dédiées à la pratique de la télémedecine

Le projet médical va permettre de définir les formations nécessaires, que ce soit pour le personnel paramédical qui va accompagner le patient dans le cadre de téléconsultation ou pour le personnel médical. Cette formation pourra avoir plusieurs finalités :

- **former aux outils techniques** : le GCS e-santé Bretagne organise une demi-journée de formation pour les établissements qui utilisent la plateforme régionale de télémedecine (STERENN)
- **former aux pratiques de télémedecine** : certains établissements développent des formations internes en lien direct avec leurs projets. Ainsi, par exemple, le pôle Saint Héliier, la formation est effectuée en interne par les infirmières déjà expérimentées sur les actes de télémedecine (notamment pour le suivi des plaies chroniques). En outre, l'établissement souhaite développer un centre de formation interne sur le sujet de la télémedecine. Celui-ci pourrait d'ailleurs proposer des

formations à d'autres établissements qui mettent en place des projets de télémédecine.

5.2. Protocoliser la prise en charge

Pour garantir une prise en charge optimale dans le cadre de téléconsultation, de télésurveillance ou de téléexpertise, le projet médical se doit d'aboutir à la mise en place de protocoles. Il s'agit de s'inscrire dans un parcours de soins coordonné et cohérent permettant un travail en réseau efficace et sûr. Ainsi, à titre d'exemple, il peut être cité la prise en charge de l'AVC au CHU de Rennes où le recours au centre de recours se fait dans un cadre protocolisé (avec plusieurs étapes). **La formalisation des modes opératoires entre les acteurs, notamment leurs rôles, permet de sécuriser la prise en charge, mais aussi de pérenniser le travail en réseau en responsabilisant les différents acteurs.** L'évaluation des prises en charge, l'analyse des pratiques ainsi que la formation doivent être évoquées au sein de **Comité de suivi/de pilotage pour garantir la coordination du projet.** En effet, si la télémédecine est une solution technique, elle dépend aussi des individus et des organisations.

6. Favoriser l'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Au-delà du respect des droits du patient (consentement, information...), l'accompagnement thérapeutique est l'élément essentiel de la réussite de la prise en charge en télémédecine. La télésurveillance permet au patient une plus grande autonomie dans la gestion quotidienne de sa maladie. Le patient effectue quotidiennement son autodiagnostic et est relayé à date fixe par un avis médical par téléconsultation. **Le patient formé à l'ETP devient le premier acteur de l'évaluation de son état de santé.** Ce rôle enfin reconnu au patient permet déjà de relever des résultats positifs dans l'amélioration des prises en charge. Il ressort des entretiens que **les établissements qui ont mis en place l'accompagnement thérapeutique ont une amélioration significative du suivi des indications médicales.** Ainsi, par exemple, dans le cas de l'Hôpital privé des Côtes d'Armor, le suivi post-opératoire des patients ayant subi une chirurgie bariatrique a considérablement augmenté grâce à la télémédecine, faisant passer le taux de « perdus de vue » à deux ans de 50% à 14%.

7. Structurer un SI performant commun à l'ensemble des projets de télémédecine au niveau régional

La création d'une entité transversale avec une expertise générale sur les systèmes d'information (SI, sécurité) semble un point central pour développer des projets de télémédecine. Le GCS e-santé en Bretagne intervient en ce sens et constitue un véritable centre de coordination notamment en mettant à disposition la plateforme commune Sterenn. Ce positionnement permet de centraliser et de diffuser l'information. Il apporte une visibilité et un appui important pour les acteurs des projets. **L'association des établissements dans l'amélioration du SI est également primordiale.** A ce titre, le GCS e-santé associe les établissements qui le souhaitent dans l'élaboration de la deuxième version de la plateforme STERENN (disponible en 2019).

8. Communiquer pour fédérer les équipes autour de la démarche

En interne, il est important de communiquer sur les perspectives que la télémédecine apporte aux professionnels et aux usagers. L'accès renforcé aux soins, une meilleure expertise, la possibilité d'accéder à des plateaux techniques performants sont des axes de communication positifs susceptibles d'obtenir d'adhésion des professionnels médicaux et paramédicaux. **La bonne information des usagers sur les activités de télémédecine est également un facteur clé de succès.** Cela peut se traduire par l'inscription de la télémédecine dans le livret d'accueil, par le recueil du consentement des usagers et par leur bonne information et explication au regard de cette nouvelle pratique médicale. D'après l'ARS Bretagne, il apparaît que les établissements ayant réalisé cela ont des taux de satisfaction des patients de 98%.

9. Évaluer, un gage de qualité

Le déploiement de projets de télémédecine répond avant tout à un besoin identifié sur le territoire. D'une part, cette démarche qualité peut se concrétiser par un suivi régulier de la qualité des prestations en interne. Concrètement, il s'agit de la mise en place d'enquêtes de satisfaction à destination des patients/usagers et de l'inscription du suivi de la qualité des prestations dans la certification interne de l'établissement. La méthode du patient traceur appliquée à la télémédecine est un gage de suivi de la qualité des

prestations et assure dès lors la généralisation de bonnes pratiques. **D'autre part, pour les projets qui reçoivent des subventions régionales, la réalisation de rapport de suivi annuel à destination de l'ARS (reporting externe) permet un suivi régulier des activités de télémédecine (via des indicateurs et des tableaux de bord notamment).**

Conclusion

La télémédecine est une des réponses organisationnelles et techniques pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins dans un contexte de vieillissement démographique, d'augmentation des affections de longue durée, d'optimisation des ressources médicales, tant au niveau national que sur le territoire breton. Dès lors, afin de répondre aux enjeux sanitaires français, les pouvoirs publics ont impulsé des stratégies de développement de l'activité de télémédecine. A la suite d'une phase d'expérimentation aux résultats limités (mis en lumière par le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de sécurité sociale en 2017) et du constat de difficultés d'ordre financier, technique et stratégique, le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins (13 octobre 2017) a fait de la télémédecine un enjeu prioritaire, et a eu pour ambition de lever les freins identifiés. L'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 inscrit la télémédecine dans le droit commun et a pour vocation de définir une tarification pour la téléconsultation et la téléexpertise. Concernant la télésurveillance, il a été acté la prolongation des expérimentations pour une durée de quatre ans afin d'établir la tarification la plus adéquate possible. Si cette évolution majeure et attendue de la part des professionnels de santé peut apparaître comme un aboutissement, notre étude nous invite à mettre en exergue plusieurs points de vigilance pour s'assurer du déploiement conséquent de la télémédecine :

- en premier lieu, la télémédecine nécessite une réelle organisation car c'est une pratique médicale exigeante qui demande une synchronisation parfaite de la part des professionnels de santé. Il incombera donc à l'ARS Bretagne d'accompagner les acteurs clés de la télémédecine afin d'encourager le travail en commun.
- en second lieu, dans l'optique de l'inscription de la télémédecine dans le parcours du patient, il est important que le médecin traitant maintienne un rôle central dans le suivi du patient. Ainsi, chaque compte-rendu d'acte de télémédecine devra être inscrit dans le dossier médical du patient afin que le médecin traitant ait accès à ces données. La télémédecine permet d'échanger entre professionnels de santé et le dossier médical patient est un levier essentiel de partage. Il faudra donc veiller à faire de la télémédecine un acte médical comme un autre ;
- en troisième lieu, il faudra veiller à accompagner le changement de la relation entre le patient et le soignant, longtemps axée sur le présentiel ;
- enfin, il faut veiller à ce que la télémédecine n'accroisse pas les inégalités existantes aujourd'hui dans l'accès aux soins. Il s'agit de s'assurer que la télémédecine se

développe et bénéficie à tous, y compris dans des bassins de vie fragilisés, et auprès de populations vulnérables (« zones blanches » c'est-à-dire sans accès au numérique et à internet, personnes âgées et handicapées, individus non-intégrés dans la société de l'information).

Au-delà des points de vigilance mis en avant, les évolutions législatives et le déploiement de la télémédecine en Bretagne et sur le territoire national permettent également d'envisager des perspectives d'évolution. D'une part, la télémédecine constitue une occasion de coopération entre acteurs issus des établissements et du secteur libéral. En d'autres termes, et ce notamment grâce à la généralisation de la téléconsultation et de la téléexpertise, la télémédecine peut être un véritable levier de décroisement entre établissements sanitaires et médico-sociaux et la médecine de ville. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), instaurées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, peuvent constituer des leviers essentiels pour une coordination de la télémédecine au niveau régional et par conséquent favoriser le travail en commun des professionnels autour de la télémédecine. D'autre part, en parallèle des expérimentations de télémédecine pilotées par l'ARS Bretagne, il est important de noter le développement des activités de télémédecine "hors sol", initiés par des acteurs privés. Ces dernières ne sont ni financées par les ARS, ni remboursées par l'assurance maladie. Ces initiatives développent des offres de télémédecine aux modèles économiques variés (vente ou location de télécabine ; abonnement illimité pour des actes de télémédecine 24H/24 et 7 jours sur 7...) et ce en dehors de tout cadre institutionnel. Dès lors, deux options sont envisageables: une ouverture vers une télémédecine "à deux vitesses" (télémédecine intégrée dans le droit commun et prise en charge par l'assurance maladie versus télémédecine prise en charge uniquement par les mutuelles et les assurances complémentaires) ou faire de ces initiatives privées un complément du circuit traditionnel. Ces réflexions doivent être prises en compte par les acteurs afin de contourner le "risque d'ubérisation" de la télémédecine redouté par le Conseil national de l'Ordre des Médecins.

Bibliographie

Références juridiques

- Journal officiel. Décret n°2010-514 *relatif au projet régional en santé*, du 18 mai 2010
- Journal officiel. Décret n°2010-1229 *relatif à la télémedecine*, du 19 octobre 2010
- Journal officiel. Loi n°2009-879 *portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, du 21 juillet 2009
- Journal officiel. Loi n°2013-1203 *de financement de la sécurité sociale pour 2014*, du 23 décembre 2013, art. 36
- Journal officiel. Loi n°2017-1836 *de financement de la sécurité sociale pour 2018*, du 30 décembre 2017, art 78
- Journal officiel. Loi n°2016-1827 *de financement de la sécurité sociale pour 2017*, du 23 décembre 2016

Documents institutionnels :

- Cour de comptes, chapitre VII du rapport de 2017 de la cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale intitulé «La télémedecine: une stratégie cohérente à mettre en œuvre» de 2017. 31 pages.
- ANAP. *La télémedecine en action : 25 projets passés à la loupe, un éclairage pour le déploiement national, Tome 1 : les grands enseignements*, mai 2012, 78 pages.
- ANAP. *La télémedecine en action : 25 projets passés à la loupe, Tome 2 : Monographies*, mai 2012, 249 pages.
- Ministère des solidarités et de la santé. *ETAPES : Expérimentations de télémedecine pour l'amélioration des parcours en santé*, 6 avril 2018, disponible sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article>
- Ministère des solidarités et de la santé. *La télémedecine*, 22 février 2018, disponible sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
- DGOS. *Circulaire 2011/451 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémedecine*, du 1er décembre 2011

- DGOS. *Liste des solutions techniques déclarées conformes au cadre réglementaire de la télésurveillance*, 26 avril 2018, disponible en format Html sur http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_telemedecine_liste_fournisseurs_solutions_techniques_260418.pdf
- DGOS. *Rapport au parlement sur les expérimentations en télémédecine*, 22 novembre 2017, 20 p.

Documents de sociétés savantes, d'ordre et de professionnels de santé, travaux :

- EVIN, Claude. *En 2018 : La télémédecine va-t-elle sortir de la marginalité ?*, Houdart et Associés, 1er février 2018, disponible sur <http://www.houdart.org/blog/2018-telemedecine-marginalite/>
- TRIBAULT, Géraldine. *La téléconsultation sera finalement accessible à tous les patients en septembre 2018*, disponible sur <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20180419-e-sante>
- LECLERE, Laurent. *La télémédecine entre EHPAD et CH, favoriser l'accès à l'expertise médicale en milieu rural*, EHESP, 6 novembre 2004, 73p.
- GAGLIO, Gérald. *Les pratiques médicales et soignantes à distance : la télémédecine en marche*, Réseaux, 2018/1, N° 2017, 276 p, disponible sur <http://www.cairn.info/revue-reseaux-2018-1.htm>

Liste des annexes

Annexe I : Tableau récapitulatif des cinq formes de télémédecine reconnues par la législation française.

Annexe II : Tableau de répartition des entretiens.

Annexe III : Liste des questions utilisées pour mener les entretiens (grille d'entretiens).

Annexe IV : Rétroplanning.

Annexe I : Tableau récapitulatif des cinq formes de télémédecine reconnues par la législation française.

Actes de télémédecine	Activités	Acteurs	
		<i>Sur place</i>	<i>A distance</i>
Téléconsultation	Consultation à distance	Patients	Professionnel médical
Téléexpertise	Avis pendant ou après un acte médical	Professionnel médical	Un ou des professionnels médicaux
Télésurveillance	Interprétation de données recueillies sur lieu de vie	Patients ayant une ALD	Professionnel médical
Téléassistance médicale	Assistance lors d'un acte médical	Professionnel médical	Professionnel médical
Régulation médicale	Réponse médicale des centres 15	Patients	Professionnel médical

Annexe II : tableau de répartition des entretiens.

<u>Institutions</u>	<u>Objet des entretiens</u>	<u>Interlocuteur(s)</u>	<u>Personne en charge de l'enquête</u>
Agence régionale de santé Bretagne	Pilotage ARS de la télémédecine	Anne-Briac BILI	Elisabeth Balmy
GCS e-santé	Stratégie déploiement télémédecine en Bretagne	Renaud LEFEVRE et Sophie POINSIGNON	Yann Delpuech
CHU de Rennes	Prise en charge des AVC	Dr VANNIER	Christophe Peters
CH de Saint-Brieuc		Dr COUVREUR	Christophe Peters
CH Guillaume Régnier	Téléexpertise en psychiatrie avec 5 EHPAD	Dr DI MAGGIO	Caroline Donius
Clinique des Augustines de Malestroit	Téléexpertise sur les plaies chroniques	Dr LEMBELEMBE	Caroline Donius
EPSM Charcot	Téléconsultations	Stéphanie LETOUZIC	Manuel Rincon
EHPAD de l'île de Groix		Raphaëlle LE BLANC	Manuel Rincon
Association ECHO	Prise en charge de l'insuffisance rénale	Dr DURAND	Elisabeth Balmy
CGTM			Faustine Chatelain
CH de Vannes			Faustine Chatelain
CHU de Brest	Prise en charge des personnes âgées	Josiane BETTLER	Xavier Morel
URPS		Anaïs CLERC	Xavier Morel
Maison de santé Ploerdut	Téléradiologie		Nathalie Brajard
Cabinet de radiologie MEDEOR		Louis Marie BENOIT	Nathalie Brajar
Pôle Saint-Hélier	Projet de télémédecine en rééducation	Jean-François AUBRY	Yann Delpuech

Clinique Saint-Laurent	Télesuivi des pathologies chroniques (insuffisances cardiaques/respiratoires et obésité)	Annie Blivet et Odile Dumand	Alexandra Garcia
Hôpital privé des Côtes d'Armor			Alexandra Garcia
EHPAD Chateaugiron	Téléconsultation téléexpertise EHPAD	Michel BARBE	Maxime Petryszyn
SIB	Systèmes d'information et Télémedecine	Nathalie BORGNE	Maxime Petryszyn
ID2 Santé	Technologies de santé et e-santé		Aurélié Serrano
HAS	Stratégie - recommandations - évaluations	Marc FUMEY	Elisabeth Balmy Aurélié Serrano
DGOS	Stratégie - Politique	Myriam Burdin (cheffe de bureau), Delphine Vivet (chargée de mission télémédecine)	Elisabeth Balmy et Aurélié Serrano
CNAM	Stratégie - Finances	Stéphane Arouete	Elisabeth Balmy et Aurélié Serrano
Cabinet Houdart	Aspect juridique de la télémédecine	Maitre Houdart	Christophe Peters
CNIL	Confidentialité et sécurité données de santé	Nacera Bekhat	Elisabeth Balmy

I/ Politique et stratégie.

1-2 : Type de télémédecine employée

1. Courte présentation de l'établissement.
2. Préciser : téléexpertise, téléconsultation, téléassistance, télésurveillance, régulation médicale ? Sur quelles spécialités ou pathologies ?

1-3 : Historique du projet, besoins et enjeux

1. Le point de départ (une incitation politique, une initiative individuelle au départ, une subvention, un appel à projet, une expertise, une non conformité...), le besoin rencontré, la population ciblée, les objectifs fixés au départ ?
2. Les dates de l'idée de départ, du début d'écriture du projet, de la présentation du projet, du premier patient ?
3. Quels sont les risques identifiés au départ ?

1-4 : Les stratégies développées

1. Quel contexte de création du projet (expérimentation avec l'ARS, dans le cadre d'un GHT, d'un GCS de moyens, d'un regroupement de structures, de fusions, etc.) ?
2. Pour répondre à quels enjeux (démographie médicale, égalité d'accès aux soins, rapidité de prise en charge, recherche, développer ou étendre des activités existantes, préserver une activité existante, etc.) ?
3. Comment est organisé le contrôle par les tutelles ? Comment l'établissement rend compte du développement du projet ?
4. Comment est organisé le suivi de la qualité de prestation (taux de satisfaction patients, bonnes pratiques, etc.) ?

Indicateurs clés

1. Télémédecine (TC, TE, TS, TA), quel est le nombre d'actes réalisés rapporté au nombre fixé dans l'objectif de départ ?

2. Quel est le nombre d'actes médicaux effectués via la télémédecine rapporté au nombre total des actes effectués au sein de votre établissement ? En 2015/2016/2017 ? Et prévisionnel ?
3. Est-ce que la téléconsultation a un impact sur l'activité globale des établissements (évolution de l'activité sur les 3 derniers exercices) DMS, délai de prise en charge en consultation, nombre d'hospitalisations, nombre de passage aux urgences ?
4. Avez-vous des indicateurs de suivi de l'activité de télémédecine ? Si oui, lesquels ?

II/ Ressources humaines (acteurs, compétences, métiers)

2-1 : Acteurs

1. Quelles sont les personnes impliquées sur le(s) projet de télémédecine dans votre établissement et dans les établissements partenaires ? Nombre d'ETP médicaux rapporté à la masse salariale médicale, idem paramédical et administratif ?
2. Quelles sont les fonctions de chacun(e) des personnes impliquées et leur rôle dans les projets de télémédecine ?

2-2 : Formation et compétences

1. Quelles sont les compétences essentielles sur des projets de télémédecine ?
2. Quel type de formation est nécessaire pour les professionnels en matière de télémédecine ? Comment sont mises en place ces formations (intervenant externe, interne, etc.) ?

Indicateurs clés

Quel est le pourcentage des médecins, personnels paramédicaux, personnels administratifs formés aux techniques de télémédecine au sein de votre établissement ?

III/ Financement

1. Investissements initiaux : équipements, système d'information, formations, recrutements, prestations externalisées (montant alloué pour chacun rapporté à l'objectif d'activité fixé) et sources (subventions, autofinancement, participation d'autres structures (GCS, GIE).

2. Coût de fonctionnement : pourcentage du budget alloué à l'exploitation rapporté au budget global.
3. Financement de l'acte et clé de répartition entre les acteurs (médecin appelant et médecin expert) ? Financement de l'activité (MIGAC, etc) ?
4. Grille de valorisation utilisée pour les actes

Indicateurs clés

Impact budgétaire du/des projets de télémédecine :

1. En dépenses :
2. En recettes :

IV/ Juridique

1. Sur quels textes juridiques vous-êtes vous basés pour la mise en place de votre projet (textes législatifs en lien avec expérimentation, avec coopération entre professionnels de santé, etc.) ?
2. Cette législation vous semble-t-elle adaptée à votre projet ? Avez-vous identifié des limites au cadre législatif, des vides juridique ?
3. Quelles perspectives vont vous apporter la généralisation prochaine des dispositifs de télémédecine (ex : tarifs opposables) ?
4. Comment est organisé le partage des responsabilités ?
5. Comment assurez vous la confidentialité des données ?
6. Quelles difficultés avez-vous rencontrées sur le plan juridique ?

V/ Communication

1. Comment avez-vous communiqué sur ce projet en interne (professionnels, patients, direction, instances) et en externe (médias, tutelles, etc.) ?

VI/ Système d'informations / équipements / question de la sécurité des données

6-1 : Matériel

1. Quel matériel est utilisé ? Utilisé par qui ? Où ? Quels sont les avantages-inconvénient du matériel ? Existe-t-il une salle dédiée ?

6-2 : Système d'informations

1. Quel logiciel est utilisé ? Utilisé par qui ? Quels sont les avantages/inconvénients/risques du logiciel ? Comment assurez vous la gestion et la sécurité des données dans la pratique ?
2. Quels ont été les critères de choix déterminants du SI (coût, qualité, sécurité, ergonomie, etc.) ?
3. Qualification qualité-sécurité par un organisme du SI choisi ?
4. Comment s'est fait le choix du SI (benchmarking, déjà en place, recommandations, etc.) ?
5. Y a-t-il interopérabilité avec d'autres logiciels, d'autres établissements, d'autres professionnels (libéraux notamment) ?
6. Quelle garantie de la confidentialité/partage des données (enregistrement à la CNIL, information aux usagers, profils identifiés codés, anonymisation des données, système protégé verrouillé, sauvegardes des données, etc.) ? Existe-t-il une charte ou règlement d'utilisation des moyens de communication (téléphone, visioconférence, mails, etc.) ?

VII/ Organisation du parcours

1. Comment s'intègre la télémédecine dans le parcours patient : quelle coordination, quelle formalisation, quel protocole ?
2. Comment est associé le patient dans ce parcours (information, consentement, etc) ?
3. En quoi la télémédecine a amélioré la prise en charge du patient ?
4. Quels sont les risques identifiés ?

Indicateurs clés

1. Quelle est votre zone géographique de prise en charge des patients (en km) ?
2. Quels sont les délais moyens de prise en charge ?

Annexe IV : Rétroplanning

	Lu 07/05	Ma 08/05	Me 09/05	Je 10/05	Ve 11/05	Sa 12/05	Di 13/05	Lu 14/05	Ma 15/05	Me 16/05	Je 17/05	Ve 18/05	Sa 19/05	Di 20/05	Lu 21/05	Ma 22/05	Me 23/05	Je 24/05	Ve 25/05	28/05 au 01/06	04/06 au 08/06	11/06 au 15/06	18/06 au 21/06	22/06	
PARTICIPANTS																									
Alexandra (Al)																									
Aurélié (Au)																									
Caroline (Ca)																									
Christophe (Ch)																									
Elisabeth (El)																									
Faustine (Fa)																									
Manuel (Man)																									
Maxime (Max)																									
Nathalie (Na)																									
Xavier (Xa)																									
Yann (Ya)																									
TÂCHES																									
RAPPORT																									
Planification complète des entretiens			X																						
Réalisation des entretiens										X															
Analyse des entretiens (par thématique)											X														
Synthèse bibliographique						X																			
Réalisation des outils / schémas / ...											X														
Point intermédiaire (téléphone ou présentiel)	TEL à 19H			TEL à 19H				TEL à 19h			TEL à 19H					Réu 18H		Réu 18H							
Rédaction des parties																X									
Mise en forme rapport																		X							
Remise du rapport																			X						
SYNTHESE																									
Rédaction de la note de synthèse																									
Remise de la note de synthèse																						X			
SOUTENANCE																									
Rédaction du support																									
Soutenance																							X (préparation le	X	

	Présence à Rennes
	Télétravail
	Pas disponible
	en stage en dehors de Rennes

Thème n°14 Animé par : VIGNERON Bertrand (Professeur EHESP - IdM)

« Le déploiement de la télémédecine : enjeux, freins, leviers »
L'exemple du cas breton

BALMY Elisabeth (D3S), BRAJARD Nathalie (DS), CHATELAIN Faustine (DH), DELPEUCH Yann (DH), DONIUS Caroline (AAH), GARCIA Alexandra (AAH), MOREL Xavier (D3S), PETERS Christophe (DS), PETRYSZYN Maxime (D3S), RINCON Manuel (IES), SERRANO Aurélie (DH)

Résumé :

La télémédecine est une des priorités des pouvoirs publics en matière de santé afin de garantir un accès aux soins de qualité permettant de répondre aux nombreux défis épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation des pathologies chroniques), démographiques (inégale répartition des professionnels) auxquels fait face notre système de santé.

Elle constitue une nouvelle forme d'organisation de la pratique médicale au service du parcours de soins du patient 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 dont un médecin.

Engagé dans l'expérimentation en télémédecine depuis 2013, la Bretagne bénéficie aujourd'hui d'un recul important en la matière. L'étude des freins et des bonnes pratiques a donc vocation à s'appliquer au territoire breton dans son ensemble mais aussi à d'autres régions françaises.

Mots clés : Télémédecine, Innovation, E-santé, Expérimentations, Territoire, Bretagne, Réseaux, Parcours, Patient, Professionnels de santé

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs