

Livre blanc de l'e-santé en HAD



Enjeux, usages
et solutions

LA **FNEHAD** EN PARTENARIAT AVEC
LA **SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE SANTÉ DIGITALE**

OCTOBRE 2020

3	Édito
4	Introduction
5	CADRE GÉNÉRAL DU DÉVELOPPEMENT DE L'E-SANTÉ
6	Définitions
9	Contexte général
9	1. Les textes applicables
10	2. Les évolutions juridiques et politiques
11	3. Les financements
15	ENCADRÉ Contexte exceptionnel et mesures dérogatoires liés à l'épidémie de Covid-19
16	État des lieux et enjeux en HAD
18	USAGES ET SOLUTIONS PAR DOMAINE D'APPLICATION DE L'E-SANTÉ
19	Le parcours en HAD
21	La téléconsultation (TLC)
21	Cas d'usage, enjeux et impacts
23	Retours d'expérience en HAD
26	La téléexpertise (TLE)
26	Cas d'usage, enjeux et impacts
28	Retours d'expérience en HAD
29	La télésurveillance (TLS)
29	Cas d'usage, enjeux et impacts
31	Retours d'expérience en HAD
33	La téléassistance (TLA)
33	Cas d'usage, enjeux et impacts
34	Le télésoin (TLSo)
34	Cas d'usage, enjeux et impacts
35	Retours d'expérience en HAD
37	Le télésuivi (TLSu)
37	Cas d'usage, enjeux et impacts
38	Retours d'expérience en HAD
39	La coordination à distance
39	Cas d'usage, enjeux et impacts
40	Retours d'expérience en HAD
44	PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS
45	Les patients, aidants et représentants d'utilisateurs
46	Les établissements et professionnels d'HAD
47	Les pouvoirs publics et institutionnels
48	Les industriels et éditeurs
49	La FNEHAD
50	La Société Française de Santé Digitale
51	Remerciements
52	ANNEXES
53	Glossaire
54	Références

Édito

Développer le numérique est devenu, au fil des années, le mantra favori des acteurs de la santé !

Mais, d'incantation cet objectif est récemment devenu réalité : la crise du Covid-19 s'est avérée un formidable révélateur du besoin de développer la télémédecine en France et a constitué un booster de l'usage de ses divers outils...

Néanmoins, il en est de ce sujet comme d'autres, le risque est que l'enthousiasme et l'innovation laissent, une fois encore, place au conservatisme et au repli sur soi.

En effet, une des conditions majeures de la réussite du déploiement de la télémédecine tient moins à la technicité et à la qualité des outils qu'à la volonté des acteurs de travailler ensemble et de partager leurs compétences et leurs informations.

L'hospitalisation à domicile, du fait même de sa mission, a construit ses interventions, son développement et son efficacité, sur une coopération étroite avec tous les acteurs de santé et du médico-social, que ce soient hospitaliers ou libéraux ; médecins, infirmiers, pharmaciens, kiné ; psychologues et assistantes sociales ; SSIAD, EHPAD...

C'est cette obligatoire transversalité qui a fait que la FNEHAD a précocement identifié le besoin de développer l'e-santé. La première illustration de cette implication a été, en 2010, la publication du « livre blanc des systèmes d'informations en HAD ».

Mais très vite, au-delà de cette première et nécessaire étape, la volonté des établissements d'HAD d'offrir leurs services sur tout le territoire, y compris aux patients résidant dans des secteurs isolés ; la complexité des actes réalisés en HAD ; la multiplication des professionnels appelés à intervenir lors d'une hospitalisation à domicile ; l'exigence de qualité et de sécurité inhérente à notre

statut d'établissement de santé, ont conduit les HAD à initier de nouvelles pratiques intégrant la télémédecine.

La constitution, en 2017, du groupe de travail e-santé au sein de la FNEHAD et la rédaction de ce document sont apparues comme une réponse aux questions que chacun se pose, l'expérience des plus innovants constituant chez tous un puissant accélérateur du déploiement des divers volets de l'e-santé. Les retours d'expérience et les contenus dans ce guide ont vocation à amplifier ce mouvement d'appropriation de l'e-santé et d'adhésion à son usage.

Le développement de l'HAD est une ambition affichée du Gouvernement et nous nous félicitons de cet engagement.

Mais pour que cette ambition soit rapidement une réalité, il importe que les pouvoirs publics s'appuient davantage sur l'HAD comme vecteur du changement dans les pratiques de soins et fasse de nos établissements de véritables laboratoires du développement de l'e-santé.

Au-delà de ce soutien que nous souhaitons ardemment, l'État doit en outre satisfaire, dans les mois à venir, à deux conditions techniques : rendre accessible aux réseaux mobiles tous les territoires y compris les plus difficiles d'accès et mettre enfin en œuvre l'interopérabilité des systèmes d'information des différents acteurs de santé et médico-sociaux.

Ainsi, dans quelques années, peut-être nous dirons nous que cette épidémie de Covid-19 aura permis de transformer notre pays...

Puisse ce guide contribuer à montrer au plus grand nombre la faisabilité et l'intérêt de l'e-santé !

Dr Elisabeth HUBERT
Ancien Ministre
Présidente de la FNEHAD

Introduction

Ce document a pour objectif d'améliorer la connaissance de l'e-santé – ou santé numérique¹ – dans le contexte spécifique de l'Hospitalisation à domicile (HAD). Il vise également à renforcer la place qu'occupe la santé numérique en HAD en contribuant à une meilleure appropriation et compréhension de cet outil par l'ensemble des acteurs concernés, que sont aussi bien les patients, les professionnels et structures d'HAD, les pouvoirs publics, et les fabricants ou fournisseurs de solutions.

Ce livre blanc s'appuie sur les travaux conduits en 2018 et 2019, au sein de la FNEHAD, par la Mission Systèmes d'Information & Numérique (MSIN), composée de professionnels d'HAD exerçant dans différentes structures représentatives du secteur.

Les travaux se fondent sur :

- les **auditions** menées auprès d'industriels et éditeurs de solutions technologiques ;
- les **retours d'expérience** identifiés au sein des structures d'HAD ;
- les **résultats issus de l'enquête Panorama de l'HAD 2018** menée par la FNEHAD auprès de l'ensemble de ses adhérents.

Les analyses et recommandations ont été formulées grâce au travail conjoint mené avec la Société Française de Santé Digitale, dans le cadre du partenariat signé avec la FNEHAD en mars 2019.

Le document se structure en trois parties :

01.
CADRE GÉNÉRAL du développement de l'e-santé en HAD

02.
ANALYSE DES USAGES ET DES SOLUTIONS par domaine d'application de l'e-santé

03.
PERSPECTIVES et recommandations

Le contenu de ce document est lié à un contexte réglementaire, technologique et économique qui évolue très rapidement. Il a vocation à être actualisé au fil des années pour tenir compte des changements de contexte, mais aussi des nouveaux retours d'expérience identifiés.

¹ Le terme d'e-santé est une traduction directe du mot « E-health » utilisé dans la littérature anglo-saxonne. Ce terme peut être remplacé par la notion de santé numérique, dans la mesure où l'ASIP Santé créée par la loi HPST de 2009 a été remplacée en décembre 2019 par l'Agence française de la Santé Numérique.

01

CADRE GÉNÉRAL du développement de l'e-santé

Définitions

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la e-santé « recouvre un vaste domaine d'application des technologies de l'information et de la télécommunication (TIC) au service de la santé »².

Elle concerne d'une part les systèmes d'information de santé ou hospitaliers (SIH) sur lesquels reposent, entre autres, le Dossier Médical Partagé (DMP) et le système de carte vitale, et d'autre part l'utilisation des TIC dans des processus logistiques (robots pharmaceutiques, puces...).

La santé numérique recouvre également des domaines d'application plus récents et en plein développement :

→ La **télesanté** regroupant :

- La **télémedecine**, propre aux professionnels médicaux (médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes), définie comme une « forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication »³ et codifiée autour de pratiques clé comme la téléconsultation ou la téléexpertise ;
- Le **télésoin**, transposition de la télémedecine aux professionnels de santé non médicaux (auxiliaires médicaux

et pharmaciens)⁴, et effectué par vidéo transmission ;

- La **m-santé**, définie comme « le déploiement de la technologie mobile dans le domaine de la santé »⁵ et recouvrant les applications et objets connectés au service de la santé.

→ La **coordination à distance via les TIC**⁶, pour faciliter à la fois le partage d'informations entre les professionnels et établissements de santé (ex. : échange de résultats, dossier partagé, DMP), et le parcours de soins des patients (ex. : les rendez-vous en ligne).

→ L'utilisation des masses de données (**big data**) et de l'**intelligence artificielle** (IA), pour faciliter le diagnostic médical, la prise de décision thérapeutique et la recherche clinique.

² HAS. E-Santé. [en ligne]. (2016) Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/jcms/c_2056029/en/e-sante> (Consulté le 07/01/2020).

³ Article L6316 du Code de la Santé Publique.

⁴ « Chapitre III : Déployer pleinement la télémedecine et les télésoins » dans MILON, Alain. Rapport n°524 relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. [en ligne]. Paris : Sénat, 2019, 931 p. Disponible sur <https://www.senat.fr/rap/I18-524/I18-5241.pdf> (Consulté le 07/01/2019).

⁵ SAFON, Marie-Odile. *La e-santé : Télésanté, santé numérique ou santé connectée*. [en ligne]. Paris : IRDES, Centre de documentation de l'IRDES, 2019, 377 p. Disponible sur <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/e-sante.pdf> (Consulté le 07/01/2020).

⁶ Les termes de télésoin et de coordination à distance ne sont pas définis par la loi. Le télésoin est toutefois réglementé pour le suivi de l'observance chez les patients atteints du syndrome d'apnées/hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) par pression positive continue, selon l'arrêté du 13 décembre 2017 modifiant la procédure d'inscription et les conditions de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au paragraphe 4 de la sous-section 2, section 1, chapitre 1^{er}, titre 1^{er} de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPPR) du code de la sécurité sociale.

Les actes de **télé médecine**, schématisés dans l'infographie page suivante, sont clairement définis par la réglementation⁷. Il s'agit d'actes médicaux réalisés à distance ; ils supposent la participation d'un ou plusieurs médecins (et/ou de sages-femmes, et/ou de chirurgiens-dentistes) :

→ La **téléconsultation** permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance par l'intermédiaire des TIC. C'est un acte médical et une action synchrone (patient et médecin se parlent). Elle permet au professionnel de santé médical requis de réaliser une évaluation globale du patient, en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation ;

→ La **téléexpertise** permet à un professionnel médical « **requérant** » de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux « **requis** » par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. C'est d'abord un acte médical et une action asynchrone (l'échange a lieu par écrit). Cela concerne deux médecins pendant ou à distance de la consultation initiale.

Il existe deux types de téléexpertise :

- **La téléexpertise de niveau 1** : avis donné sur une question circonscrite, nécessitant l'analyse de documents en nombre limité (photos, résultat d'examen complémentaire isolé, données cliniques...) sans nécessité d'étude approfondie d'une situation médicale (ex. : lecture d'une rétinographie, étude d'une spirométrie, lecture de photos de lésions cutanées pour le suivi d'une plaie chronique d'évolution favorable...);

- **La téléexpertise de niveau 2** : avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence, correspondant à l'analyse de plusieurs types de documents (ex. : suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation, adaptation d'un traitement anti-épileptique, bilan pré-chimiothérapie lors de son initiation...);

→ La **télé surveillance** permet à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient ;

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

→ La **régulation** est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15, et ne concerne donc pas directement l'HAD.

⁷ Articles L. 6316-1 et R. 6316-1 du Code de la santé publique.

Vous avez dit télémédecine ?



Une activité médicale qui respecte entièrement vos droits

Dans le cadre d'un acte de télémédecine, tous vos droits en tant que patient ainsi que la déontologie médicale sont respectés. Vos données médicales restent confidentielles.

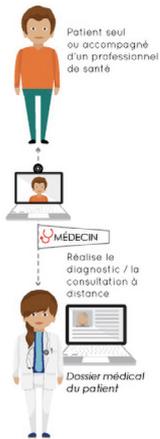
CONFIDENTIEL



De nombreux bénéfices pour votre santé

Accès rapide aux médecins spécialistes
Confort de vie
Proximité
Des soins de qualité
Prise en charge personnalisée

Téléconsultation



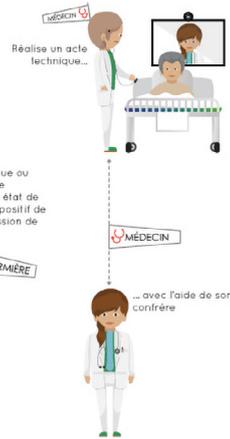
Téléexpertise



Télesurveillance



Téléassistance



Régulation médicale



Votre médecin s'engage pour votre santé au quotidien. Demandez-lui conseil !



Scannez moi pour en savoir plus !

Source : Ministère des Solidarités et de la Santé. La télémédecine. [en ligne]. (Mise à jour le 27/11/2019). Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine> (Consulté le 07/01/2020).

Contexte général

1. Les textes applicables

La télésanté est consacrée par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

La **télé médecine**, en tant qu'acte médical, est encadrée par le décret n° 2010-1229 relatif à la télé médecine du 19 octobre 2010 et les avenants n° 6 et n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre médecins libéraux et l'Assurance maladie⁸ :

→ Le consentement libre et éclairé du patient doit être garanti : sauf opposition du patient dûment informé, les professionnels participant à l'acte de télé médecine disposent d'un droit d'échange des informations relatives au patient, notamment par le biais des TIC ;

→ Les conditions de réalisation de l'acte de télé médecine doivent assurer :

- L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;
- L'identification du patient ;
- L'accès aux données médicales du patient, nécessaires à l'acte ;
- Le cas échéant, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télé médecine ;

→ L'inscription des éléments ci-dessous est requise dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant :

- Compte-rendu de l'acte ;
- Actes et prescriptions médicamenteuses effectués ;
- Identité des professionnels de santé participant à l'acte ;
- Date et heure de l'acte ;
- Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

S'agissant du **télésoin**, sa prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession (ou pharmacien) que celle du professionnel assurant le télésoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient, n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin. Définies par la loi⁹, les dispositions encadrant le télésoin doivent encore être précisées par voie réglementaire :

→ Un arrêté du ministère en charge de la santé doit venir fixer la liste des activités de télésoin, pris après avis de la HAS (avis validé par le collège le 3 septembre 2020)¹⁰ ;

→ Un décret en Conseil d'État doit venir préciser les conditions de mise en œuvre de ces activités.

⁸ Des négociations conventionnelles avec les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes doivent être lancées fin 2020-début 2021.

⁹ La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a introduit l'article L.6316-2 relatif au télésoin au sein du Code de la Santé Publique.

¹⁰ Avis validé par le collège de la HAS le 3 septembre 2020. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/app_362_fiche_telemsoin_criteres_eligibilite_cd_2020_09_03_v0.pdf

Les **autres dispositifs** ne répondent pas à un cadre spécifique mais se doivent de respecter des règles générales :

- En matière de sécurisation des données de santé, conformément aux dispositions du code de la santé publique¹¹, du Règlement général sur la protection des données (RGPD)¹², et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
- En matière d'hébergement des données de santé¹³ ;
- En matière de dispositifs médicaux¹⁴.

2. Les évolutions juridiques et politiques

Depuis 2018, les avancées sont concrètes :

- Le **financement de droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise**, à compter respectivement du 15 septembre 2018 et du 15 février 2019 : près de 10 ans après le décret relatif à la télémédecine, l'avenant n° 6 à la convention du 25 août 2016 vient préciser les conditions de prise en charge par l'Assurance maladie de ces actes médicaux, réalisés à distance, dès lors qu'ils sont réalisés dans le respect du parcours de soins coordonné. Plus de 60 000 téléconsultations ont été facturées au cours des douze premiers mois d'application de l'avenant ; le rythme actuel

s'établit à près de 3 300 téléconsultations hebdomadaires, et les possibilités ouvertes par les avenants signés avec les infirmiers d'une part, et les pharmaciens d'autre part, devraient conduire à une accélération de ce mouvement¹⁵ ;

- L'avenant n° 8 à la convention du 25 août 2016, publié au JO le 3 septembre 2020, aménage certaines dispositions de l'avenant n° 6 tout en réaffirmant la nécessité du respect du parcours de soins coordonné ;

- Le déploiement accéléré du **dossier médical partagé** (DMP) sous l'égide de l'Assurance Maladie ; en avril 2019 – soit un peu moins de 6 mois après son lancement¹⁶ – plus de 5 millions de personnes avaient déjà ouverts un DMP ;

- Le **programme HOP'EN** renforce le précédent plan d'action des SIH¹⁷ en ajoutant un nouveau prérequis et deux nouveaux domaines fonctionnels, qui ont pour objectif de favoriser la coordination entre les différents acteurs et les échanges avec les patients d'une part, et les usagers d'autre part¹⁸.

Le Gouvernement a fait du numérique en santé l'un des chantiers prioritaires, et la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé porte des évolutions importantes, à moyen terme :

- La création d'un **espace numérique de santé individuel** d'ici 2022, pour chaque Français ;
- La généralisation par étape de la **prescription électronique** ;

¹¹ Article L1461-1 et suivants du code de la santé publique introduits par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹² Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

¹³ Ministère des Solidarités et de la Santé. *Décret n°2018-137 du 26 février 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel*. Journal Officiel n° 0049 du 28 février 2018.

¹⁴ Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE.

¹⁵ Caisse nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation : un mode de consultation qui se développe progressivement. Dossier de presse, 2019. Disponible sur https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_1er_anniversaire_du_remboursement_de_la_teleconsultation_sept_2019.pdf (Consulté le 08/01/2020).

¹⁶ Le DMP est accessible à tous et à toutes depuis le 6 novembre 2018.

¹⁷ Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 », la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a lancé le programme HOP'EN (Hôpital numérique ouvert sur son environnement), le nouveau plan d'action stratégique pour les systèmes d'information hospitaliers sur les cinq prochaines années.

¹⁸ La FNEHAD a publié un Guide HOP'EN en HAD à l'attention des adhérents (juin 2019).

→ Un cadre rénové pour une meilleure valorisation des **données de santé**.

Dans le prolongement du texte de loi, la feuille de route « Accélérer le virage numérique »¹⁹ doit accompagner ses évolutions. Cette feuille de route prévoit notamment de :

- Intensifier la **sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé** ;
- Accélérer le **déploiement des services numériques socles**, sous l'impulsion des ARS.

Ce contexte a été propice à l'émergence d'une offre foisonnante aussi bien privée que publique, mais pêchant souvent par leur manque d'intégration globale :

- Par des **industriels et éditeurs**, proposant souvent une suite de solutions intégrées entre elles, mais peu ouvertes sur les outils extérieurs ;
- Par des **start-ups**, positionnées sur un besoin ponctuel, sans garantie d'interopérabilité et manque de visibilité sur la durabilité ;
- Par des acteurs publics régionaux, via des **plateformes régionales**.

3. Les financements

Le **financement de droit commun de la télémédecine** est prévu pour les actes de **téléconsultation** et de **téléexpertise** dont les conditions sont fixées par les avenants n°6 et n°8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 25 août 2016.

Pour ces deux types d'acte, la **rémunération** ne vaut que pour des actes réalisés dans le cadre du **parcours de soins coordonné**, à l'exception :

- des urgences²⁰ ;
- des spécialités en accès direct (gynécologie, ophtalmologie, psychiatrie, neuropsychiatrie pour les 16-25 ans, stomatologie, chirurgie orale et chirurgie maxillo-faciale) ;
- des enfants de moins de 16 ans.

Certains cas particuliers dérogent également à l'orientation initiale par le médecin traitant :

- le patient ne dispose pas de médecin traitant ;
- celui-ci n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient.

De même, à titre dérogatoire, la condition du respect du parcours de soins coordonnés ne s'applique pas aux patients résidant en ESMS, aux patients détenus ni aux patients retenus pour raison administrative.

Une téléconsultation peut alors être proposée dans le cadre d'une organisation coordonnée territoriale (communautés professionnelles territoriales de santé, équipes de soins primaires, maisons de santé pluriprofessionnelles, centres de santé ou toute autre organisation validée par une commission paritaire locale ou régionale).

Pour des actes réalisés en ville, la téléconsultation s'effectuera entre un médecin exerçant à titre libéral ou en centre de santé et le patient et la téléexpertise entre deux médecins exerçant à titre libéral ou en centre de santé. Pour les actes réalisés dans un contexte d'hospitalisation, les téléconsultations post-hospitalières sont possibles dans le cadre de l'activité de soins externes des établissements de santé avec hébergement.

¹⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route « Accélérer le virage numérique ». Dossier d'information [en ligne]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019, 28 p. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf (Consulté le 08/01/2019).

²⁰ Urgences au sens de l'article R160-6 du Code de la sécurité sociale, i.e « la situation non prévue plus de 8 heures auparavant et qui concerne une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin ».

L'éligibilité à la facturation pour les actes de téléconsultation et de téléexpertise se fait sous réserve de respect des **conditions générales suivantes**²¹ :

	PRINCIPES GÉNÉRAUX	EXIGENCES TECHNIQUES	CONDITIONS CUMULATIVES DE L'AVENANT N° 6
TÉLÉCONSULTATION	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de l'acte via les TIC. • Évaluation de la pertinence du recours à l'acte par les médecins. • Prise en charge de qualité. • Consentement éclairé requis par le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de l'acte par vidéotransmission, de manière sécurisée et confidentielle²². • Puis CR au MT et intégration dans le DMP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Condition d'orientation par le MT. • Condition de connaissance préalable : le patient doit avoir été vu par le médecin téléconsultant dans les 12 derniers mois²³.
TÉLÉEXPERTISE	<ul style="list-style-type: none"> • Appréciation de la pertinence du recours à l'acte par le médecin requérant. • Consentement éclairé requis par le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • MSS ou plateforme garantissant la confidentialité et la sécurité des données pour les échanges synchrone (direct) ou asynchrone (en différé) entre deux médecins. • Couverture réseau suffisante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorité donnée jusqu'à fin 2020 aux patients ayant besoin d'un accès aux soins facilité au regard de leur état de santé et/ou situation géographique²⁴.

Un financement est prévu pour les IDE libéraux²⁵ qui participent aux actes de téléconsultation auprès du patient (assistance du médecin à la réalisation de l'examen clinique, accompagnement du patient à la bonne compréhension de la prise en charge proposée) :

- 10 € lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient au décours d'un soin infirmier ;
- 12 € lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient de manière spécifique dans un lieu dédié à la téléconsultation ;

→ 15 € lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient de manière spécifique à domicile.

En dehors de ces actes, les financements relèvent de **dispositifs expérimentaux** tels que :

- Le **programme ETAPES**, pour la télésurveillance de certaines situations cliniques ;
- **L'article 51 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2018** ;
- Le **fonds d'intervention régional (FIR)**.

²¹ Selon le guide publié par la DGOS en 2019 « Facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement de santé », disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_facturation_tlm_en_etablissement_de_sante.pdf.

²² Conformément à l'article L.162-14-1 du Code de la sécurité sociale.

²³ Hormis si le patient ne dispose pas de médecin traitant, si le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient ou en situation d'urgence.

²⁴ Sont concernés les patients en ALD, les patients atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation, les patients résidant en zones sous-denses au sens de l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles, les patients résident en EHPAD ou autre ESMS, les patients détenus visés aux articles L. 381-30 et suivants du Code de la Sécurité sociale en raison de leur état de santé.

²⁵ Avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance maladie signée le 22 juin 2007.

SYNTHÈSE DES CONDITIONS GÉNÉRALES ET DES MODALITÉS DE FINANCEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

	MODALITÉS DE FACTURATION OU DE FINANCEMENT	TARIFS	APPLICATION EN HAD
<p>TÉLÉCONSULTATION (AVENANTS N° 6 ET N° 8)</p>	<p>Conditions juridiques identiques à celles des consultations externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • émission d'une facture individuelle à l'AM ou valorisée dans le cadre des remontées à l'ATIH ; • modalités de valorisation identiques aux autres consultations ; • facturation des actes techniques non cumulable avec la facturation de la téléconsultation²⁶ ; • récupération des données de droit via un appel au portail CDR ou au téléservice CDRI. <p>La facturation est possible en mode SESAM sans vitale.</p>	<p>Identique à une consultation en présentiel depuis le 15 septembre 2019.</p> <p>Les majorations applicables sont similaires aux consultations en présentiel par les médecins d'établissements de santé²⁷.</p>	<p>Financement selon les règles usuelles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en ville pour les médecins traitants dans le cas d'établissements ex-OQN ; • sur le tarif GHT de l'HAD pour les médecins traitants dans le cas d'établissements ex-DG ; • en ville pour les médecins spécialisés dans les deux cas. <p>Il est possible de facturer la téléconsultation en sus du séjour²⁸ si le médecin téléconsulté exerce :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en MCO ex-DG et ex-OQN ; • en SSR ex-DG et ex-OQN ; • en psy ex-OQN.
<p>TÉLÉEXPERTISE (AVENANT N° 6)</p>	<p>Conditions juridiques identiques à celles des consultations externes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • émission d'une facture à l'AM sauf s'il s'agit d'un établissement de santé ; • modalités de valorisation identiques aux autres consultations²⁹ ; • récupération des données de droit via un appel au portail CDR ou au téléservice CDRI. <p>La facturation est possible en mode SESAM sans vitale.</p>	<p>Depuis septembre 2019 :</p> <p>Pour le médecin requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 € par acte de niveau 1 (4 par an max pour un même patient) • 20 € par acte de niveau 2 (2 par an max pour un même patient) • Actes de niveau 1 et 2 cumulables pour un même patient dans les limites indiquées pour chacun des niveaux. <p>Pour le médecin requérant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • forfait par téléexpertise de 5 € (niveau 1) ou 10 € (niveau 2) dans la limite de 500 € par an³⁰ (quel que soit le niveau) ; • Calcul du montant à partir des facturations réalisées par le médecin requis qui doit renseigner le numéro du médecin requérant. 	<p>Mêmes conditions que pour la téléconsultation : facturation en sus du GHT si le médecin requérant est un médecin spécialiste (hors MT) exerçant en libéral.</p>

²⁶ À l'exception des actes suivants : ECG, frottis cervico-vaginal, ostéodensitométrie et biopsies de la peau. Ces actes sont facturables en plus de la téléconsultation.

²⁷ Les majorations applicables sont listées dans l'arrêté du 28 juin 2019 (ex. : majoration personne âgée).

²⁸ Les prestations inter-activités sont facturables à l'Assurance maladie.

²⁹ À l'exception des points suivants : taux de prise en charge AMO de 100%, dépassement d'honoraires interdit, sans cumul possible avec un autre acte ou majoration de la NGAP, prestation exclue du parcours de soins, ajout du n° du-de la médecin requérant-e (ou n° FINESS de l'établissement si le-la médecin est salarié-e).

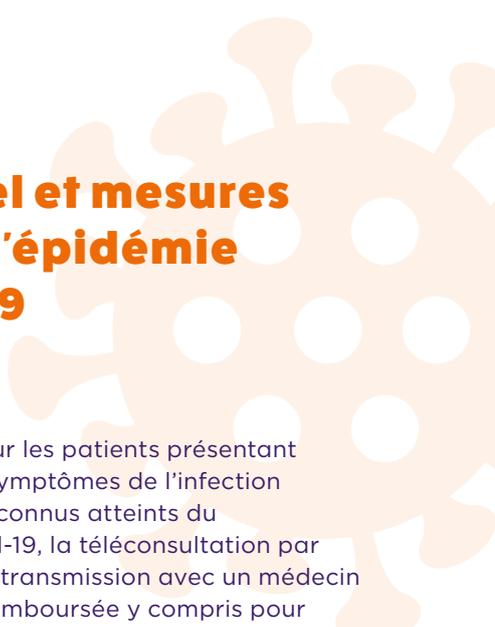
³⁰ Il s'agit d'un forfait conventionnel versé annuellement par l'AM au-à la médecin requérant-e ; les ES ne sont pas éligibles à ce forfait.

SYNTHÈSE DES CONDITIONS GÉNÉRALES ET DES MODALITÉS DE FINANCEMENT
DE LA TÉLÉMÉDECINE (SUITE)

	MODALITÉS DE FACTURATION OU DE FINANCEMENT	TARIFS	APPLICATION EN HAD
TÉLÉSURVEILLANCE (ÉTAPES)	<p>5 pathologies chroniques concernées par le financement à ce stade : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, diabète, prothèses cardiaques implantables.</p> <p>Expérimentations reconduites pour une durée de 4 ans (2018-2022)³¹, pour fixer des tarifs préfigurateurs et cibler les patients les plus à risques d'hospitalisations récurrentes ou de complications à moyen et long terme.</p>		En HAD, en dehors du programme ETAPES, aucun financement spécifique de droit commun n'est prévu.
ORGANISATIONS INNOVANTES ET NOUVEAUX MODES DE FINANCEMENT (ARTICLE 51)	<p>Expérimentations d'une durée maximale de 5 ans, pour inciter la coopération entre acteurs, la prévention et la qualité de la prise en charge.</p> <p>Dérogation aux dispositions juridiques régissant l'organisation ou le financement ; projet supposé innovant, faisable, reproductible et efficient.</p> <p>Financements via le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) et éventuellement via des crédits issus du fonds d'intervention régional (FIR).</p>		En tant qu'établissement de santé, les structures d'HAD sont autorisées à proposer et porter des projets dans le cadre de l'article 51.

³¹ Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 11 octobre 2018 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Journal Officiel n°0249 du 27 octobre 2018.

Contexte exceptionnel et mesures dérogatoires liés à l'épidémie de Covid-19



Dans le contexte épidémique, le ministère des Solidarités et de la Santé et la Haute Autorité de Santé recommandent la poursuite du déploiement de la télésanté pour :

- favoriser une prise en charge à domicile pour les patients présentant les symptômes de l'infection ou reconnus atteints du Covid-19 ;
- faciliter l'accès aux soins, tout en protégeant les professionnels de santé et les patients ;
- garantir la continuité des soins chez les patients atteints de pathologies chroniques et les parturientes.

Les dispositions exceptionnelles prises dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire pour faciliter la réalisation d'actes de téléconsultation et de télésoin sont pour l'essentiel prolongées³² jusqu'au 31 décembre 2020³³ :

- les actes réalisés en téléconsultation, les actes d'accompagnement de la téléconsultation, ainsi que pour les actes de télésoin sont remboursés à 100 % par l'Assurance maladie depuis le 20 mars 2020 ;

- pour les patients présentant des symptômes de l'infection ou reconnus atteints du Covid-19, la téléconsultation par vidéotransmission avec un médecin est remboursée y compris pour les patients qui sont en dehors du parcours de soins coordonné par le médecin traitant et y compris pour une primo-consultation ;

- pour les patients n'ayant pas accès à la vidéotransmission, la téléconsultation par téléphone avec un médecin est remboursée par l'Assurance maladie, comme les autres téléconsultations, dans certains cas (patients sans accès internet à haut ou très haut débit, patients atteints ou suspecté d'infection Covid-19, patients en ALD, patients de plus de 70 ans, femmes enceintes) ;

- sont autorisés de nouveaux actes de télésoin, pour les infirmiers réalisant le **télésuivi** de patients Covid-19, pour les diététiciens, les ergothérapeutes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les pédicures-podologues, les pharmaciens et les psychomotriciens.

³² Ministère des Solidarités et de la Santé. Art. 17, arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé.

³³ Ministère des Solidarités et de la Santé. Décret du 10 juillet 2020 modifiant le décret du 31 janvier 2020 portant adoption des conditions adoptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus.

État des lieux et enjeux en HAD

Bien que la santé numérique peine pour l'heure à s'inscrire dans les pratiques des professionnels, les évolutions décrites page précédente constituent un environnement favorable au développement de l'e-santé dans les établissements de santé, et notamment dans les structures d'HAD³⁴ :

→ Alors que le livre blanc des SI en HAD publié en 2009 par la FNEHAD³⁵ faisait état d'une informatisation quasi-inexistante, l'informatisation des structures d'HAD est en forte progression sur les dix dernières années :

- **Plus de 83 % des structures d'HAD** déclarent disposer d'un progiciel métier propre à l'HAD ;
- **91 % des structures dotent leurs personnels d'équipements de mobilité** (tablettes, smartphones...) ; 69 % déclarent désormais disposer d'une messagerie santé sécurisée ;
- Ce constat général s'applique également au circuit du médicament en particulier, avec une **informatisation engagée dans 70 % des structures**.

→ L'HAD offre de plus un terrain propice au développement sécurisé de l'e-santé :

- De par la nature d'activité de l'HAD, l'e-santé peut constituer une réponse à de nombreux besoins métiers :
 - **L'exercice à distance et en mobilité, ainsi que la coordination d'acteurs multiples et pluriels**, constituent le quotidien des professionnels de l'HAD ; les technologies numériques sécurisées doivent donc permettre de faciliter les échanges de toutes formes entre professionnels, de tracer et transmettre des informations sur le patient, etc. (**présence discontinue au domicile et asynchronie des échanges**) ;
- De par son organisation, l'HAD permet d'envisager un déploiement pertinent de l'e-santé :
 - En tant qu'établissement de santé, elle offre des garanties **en termes de compétences et de sécurité** (équipe pluri-professionnelle, certification par la Haute Autorité de Santé...) ;
 - Elle est présente **sur l'ensemble du territoire, avec l'obligation d'une continuité des soins**, qui garantit une capacité d'analyse, d'alerte ou d'intervention dans les cas où la technologie le requiert ;

³⁴ Les données proviennent de l'enquête Panorama de l'HAD, réalisée par le FNEHAD auprès de tous ses adhérents en 2018, et dont les résultats s'appuient sur les réponses obtenues de 189 structures, représentant 80 % de l'activité d'HAD réalisée en France en 2017.

³⁵ Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. Livre blanc des systèmes d'information en hospitalisation à domicile. Paris : FNEHAD, 2009, 143 p.

- L'organisation des passages soignants permet d'envisager l'**e-santé de manière incarnée**, le médecin à distance pouvant compter sur la présence et les compétences des soignants au domicile, au plus près des patients.

→ L'utilisation de la télémédecine et des objets connectés reste cependant, en pratique, circonscrite à un nombre limité d'établissements et d'usages :

- **18 % des structures d'HAD** déclarent avoir déployé une solution de télémédecine en 2018 ;
- Le cas échéant, il s'agit dans une majorité des cas du **suivi à distance des plaies chroniques (58 %)** ; d'autres domaines sont concernés mais de manière plus isolée (téléconsultation en soins palliatifs (6 %), téléconsultation en rééducation orthopédique ou en post-AVC (3 %), télésurveillance obstétrique (3 %) ;
- L'informatisation effective de la prescription reste problématique et n'a pas trouvé de solutions pleinement satisfaisantes en l'**absence de prescription électronique généralisée** à ce jour ;
- **Les objets connectés sont quasiment inexistants**, avec seulement 3 % des établissements déclarant en utiliser ;

dans ces rares cas, il s'agit principalement d'outils de détection des chutes, correspondant davantage aux usages du maintien à domicile qu'à un usage spécifique en HAD.

02

USAGES ET SOLUTIONS

par domaine
d'application
de l'e-santé

Cette deuxième partie vise à cartographier les usages actuels et potentiels de la télésanté, de la coordination à distance et du télésuivi en HAD.

L'approche adoptée repose sur plusieurs principes et recommandations :

→ L'utilisation des technologies doit **s'inscrire dans le parcours du patient et dans le projet thérapeutique** et y trouver sa juste place au regard des besoins, des bénéfices et des risques ;

→ Le recours à la télésanté est un **complément aux actes réalisés en présence du patient** ; la télésanté n'a pas vocation à se substituer aux pratiques en présentiel mais permettre de démultiplier et de faciliter les contacts entre le patient et l'équipe de prise en charge et d'améliorer la qualité de la prise en charge et l'efficacité de l'HAD ;

→ Il est nécessaire de **se placer dans le cadre prévu par les textes** en ce qui concerne les modalités de réalisation de l'acte rappelées au premier chapitre. Le cadre étant très évolutif, il convient de suivre l'évolution des textes et des référentiels³⁶ ;

→ Les solutions et les cas d'usage présentés sont représentatifs de la situation actuelle mais ils ne sont ni exhaustifs ni pérennes pour certains. La FNEHAD animera une veille à ce sujet.

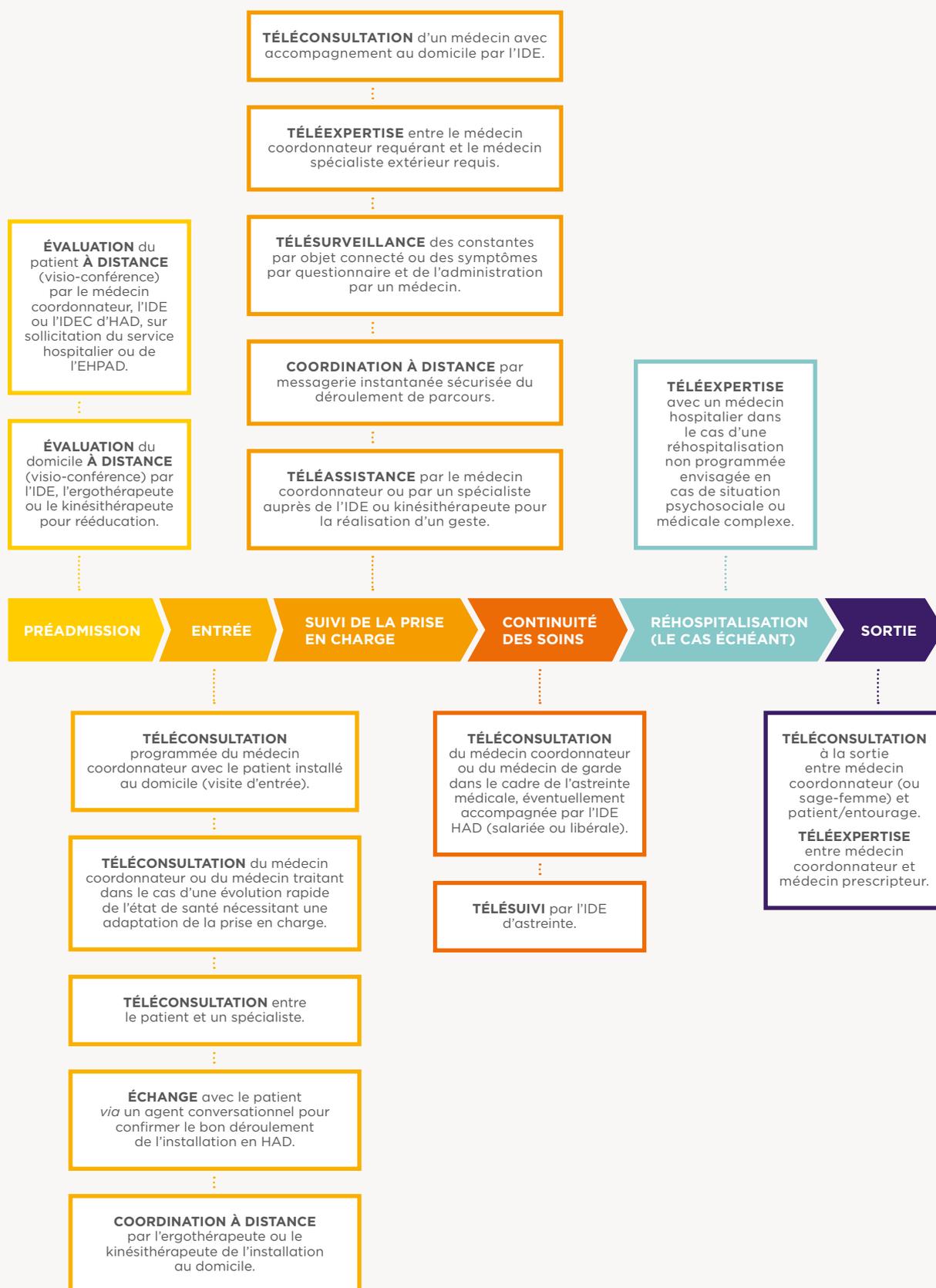
Le parcours en HAD

Le schéma page suivante positionne les principaux cas d'usage par rapport aux étapes du parcours du patient en HAD. Sauf exception, ces cas d'usage s'appliquent pour un patient au domicile ou en EHPAD.

Ces usages ne donnent pas nécessairement lieu à une rémunération.

³⁶ La HAS a publié un premier guide de bonnes pratiques pour la téléconsultation et la téléexpertise en mai 2019, disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf.

SCHÉMA DU PARCOURS EN HAD



La téléconsultation (TLC)

1. Cas d'usage, enjeux et impacts

<p>USAGES EN HAD</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Téléconsultation par le médecin généraliste au moment de la préadmission ou en remplacement d'une consultation à domicile. 2. Téléconsultation par un médecin hospitalier (MH) ou spécialiste, au moment de la préadmission ou en remplacement d'une consultation à l'hôpital ou en cabinet. 3. Téléconsultation par le medco avant l'admission, au début, en cours, ou en fin de séjour. 4. Téléconsultation en urgence relative, par un médecin généraliste autre que le médecin traitant (MT) (ex. : SOS médecin).
<p>BÉNÉFICES ATTENDUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour les TLC avant l'admission : optimisation du parcours et amélioration des délais de réponse. • Accès plus rapide et fluide à un avis médical adapté (dermatologie, nutrition, gériatrie, psychiatrie, etc.). • Limite les déplacements des médecins et des patients. • Facilite la prise en charge en HAD dans des territoires isolés ou dans le cas de MT réticents à se déplacer. • Permet d'élargir le champ des prises en charge en donnant accès à des spécialités peu couvertes (ex. : pédiatrie, obstétrique, oncologie). • Évite des hospitalisations ou des passages aux urgences. • En complément pour les TLC par le medco : renforcement de la qualité de la prise en charge (évaluation de l'évolution de l'état de santé, adaptation du protocole de soins, sentiment d'un meilleur suivi de la part du patient).
<p>IMPACTS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La TLC doit respecter le cadre réglementaire décrit au chapitre 1 concernant : <ul style="list-style-type: none"> - les patients (information et consentement, identification, respect du parcours de soins) ; - les modalités de réalisation (vidéotransmission sécurisée, accès aux données du patient, protection des données et de la confidentialité, authentification des professionnels, horodatage, CR rédigé par le médecin incluant les actes et prescriptions effectués, alimentation du DMP et versement au dossier patient de l'HAD). • Les conditions de la TLC doivent être organisées à l'arrivée du patient (information et consentement, faisabilité de la TLC en fonction de la prise en charge et des possibilités d'utilisation par les MT et MH, choix des outils). • Sauf pour les cas d'urgence relative, la téléconsultation doit être planifiée avec le médecin (MT, MH), ce qui suppose une organisation de sa part (par exemple en plages de téléconsultation) et une coordination efficace en HAD (prise de rendez-vous, planning patients et soignants). • Le SI de l'HAD doit pouvoir gérer des actes de TLC de manière à respecter les conditions requises : accès au dossier par le professionnel externe, typage de l'acte en tant que TLC, traçabilité des participants, lien avec la MSS et intégration des comptes-rendus externes, rédaction de compte-rendu et alimentation du DMP quand la TLC est réalisée par le medco. • Prévoir la sensibilisation et la formation des professionnels. • L'outil de vidéotransmission peut être celui de l'HAD ou celui du médecin hors de l'HAD. Le médecin doit être équipé d'une solution permettant la consultation à distance (<i>a minima</i> une connexion internet sécurisée avec image et voix), et il doit avoir accès au dossier médical du patient (SI HAD ou logiciel du médecin ou de l'établissement, voire DMP). • Le domicile du patient ou le soignant en mobilité doit être équipé d'une solution permettant la TLC (ordinateur, tablette ou smartphone avec un accès réseau de bonne qualité).

1. Cas d'usage, enjeux et impacts (suite)

<p>SOLUTIONS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Équipement de type PC, tablette ou smartphone, équipé d'une caméra, utilisé par l'IDE au domicile du patient, ou dans certains cas par le patient lui-même ou avec l'aide de son entourage, et permettant de converser en visio sur internet. Il n'y a pas de stockage de données ; la connexion doit être sécurisée. Le médecin doit disposer d'une solution analogue. Ce type de solution n'ajoute pas de coût au SI de l'HAD ou du médecin. • L'utilisation d'objets connectés (ex. : tensiomètre, stéthoscope) permet d'effectuer des relevés utiles pour le médecin. La connexion se fait en général par bluetooth via un smartphone. Le coût d'un tensiomètre connecté est de l'ordre de 100 à 150 € HT et le coût d'un stéthoscope de 250 à 400 € HT. • Les principaux éditeurs spécialisés en HAD intègrent très progressivement la télémedecine dans leurs offres³⁷. • Des services de téléconsultation sont offerts par la plupart des plates-formes régionales, et également par des plates-formes spécialisées (ex. : logiciel de TLC en ligne avec libre choix du médecin, plate-forme de TLC en ligne avec mise à disposition de médecins, application d'appels vidéo non sécurisés avec la condition de ne pas échanger de données écrites à propos du patient). Les plates-formes spécialisées proposent des niveaux de prestations variées, allant d'un accès à un portail pour les médecins et les patients, à la tenue d'un DMP.
<p>RÉMUNÉRATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • MT ou spécialiste libéral : identique aux conditions habituelles d'une consultation en présence du patient ; s'applique dans les conditions prévues à l'avenant n° 6 (parcours de soins coordonnés, sauf exceptions). • IDE en libéral pour accompagnement de l'acte (présence auprès du patient) : 10 € au décours d'un soin infirmier, 15 € sinon ; s'applique dans les conditions prévues à l'avenant n° 6 à la convention nationale du 22 juin 2007 entre infirmiers et infirmières libéraux, et l'Assurance maladie. • MH : cotation d'une TLC en actes externes (avenant n° 6). • Medco et IDE salarié HAD (accompagnement de l'acte) : activité comprise dans le forfait T2A. Pas de rémunération supplémentaire.

³⁷ Éléments recueillis auprès des auditeurs rencontrés par la MSIN.

2. Retours d'expérience en HAD

2.1 Téléconsultation par le médecin coordonnateur d'HAD

ÉTABLISSEMENT	SOINS & SANTÉ			
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Visioconférence non planifiée entre le patient et/ou son entourage en présence de l'IDEL et/ou IDEC. • Au moment de l'entrée essentiellement mais aussi pour avis sur les plaies. • Pas d'utilisation en urgence. 			
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Tablette hybride au domicile des patients équipée d'une connectivité 4G multi opérateur + webcam intégrée et microphone + scanner si besoin + ordinateur HAD avec logiciel IVES. • Téléphones portables (projet en cours). 			
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Recueil de l'accord du patient. • Accompagnement par IDEC (IDEL plus rarement). • Expertise initiale du projet de soins, pas de sanction thérapeutique (pas de prescription). 			
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Premier contact rapide entre patient et medco. • Aide à la définition du projet de soins. • Retarder la visite à domicile (Medco ou MT). 			
ÉLÉMENTS FINANCIERS	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation du matériel informatique déjà en place, pas de coût supplémentaire. 			
RETOUR D'EXPÉRIENCE	Points positifs	Axes d'amélioration	Synthèse	Perspectives
	<ul style="list-style-type: none"> • Contact visuel avec le patient. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne remplace pas une visite à domicile avec examen clinique. • Faible activité – développer cette approche pour un retour d'expérience partagée. • Limites techniques (compréhension auditive, maintien du téléphone en mode haut-parleur, ruptures de connexion saccadées). 	<ul style="list-style-type: none"> • Retours patients encourageants, satisfaits d'avoir un échange avec le médecin d'HAD. • Aide à la rédaction médicale du projet de soins. • Activité « embryonnaire » à faire grandir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Application régionale « Mon SISRA » développée par le GCS SARA.

2.2 Téléconsultation en soins palliatifs

ÉTABLISSEMENT	SANTÉLYS			
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • TLC programmée entre le patient pris en charge en HAD dans le cadre de soins palliatifs et l'équipe spécialisée du centre de lutte contre le cancer. • Modalités actuelles : expérimentation afin d'évaluer la faisabilité. 			
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Ordinateur de l'HAD + WEB Cam + amplificateur de son + Clé 4 G mis à disposition au domicile du patient le temps de la téléconsultation avec un logiciel de salles de réunions virtuelles, sécurisées ; le praticien a accès par son ordinateur + Web cam + micro à la salle de réunion virtuelle. 			
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • La TLC est proposée puis programmée par le spécialiste lors du séjour hospitalier ou d'une consultation. • Lors de la TLC, un infirmier d'HAD, au domicile, accompagne le patient et, le cas échéant, son entourage pour la TLC (installation du matériel, préparation du patient, aide à l'évaluation et/ou la formulation d'informations...). • En fin de TLC, les actions préconisées par le MH, en lien avec le MT, sont mises en place sans délai. 			
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Éviter un déplacement pour les patients les plus difficilement mobilisables pour une consultation. • Éviter une hospitalisation en urgence à la phase ultime de la maladie. • Favoriser les liens avec l'hôpital et/ou le MH. • Développer la culture palliative au domicile. 			
ÉLÉMENTS FINANCIERS	<ul style="list-style-type: none"> • Matériel pour la phase expérimentale : achat de 3 environnements informatiques portables. • RH : mise à disposition de l'IDE pour la TLC (30 min avant la TLC, 40 min de TLC, 30 min après la TLC incluant les transmissions). 			
RETOUR D'EXPÉRIENCE	Actions réalisées	Intervention IDE	Synthèse	Perspectives
	<ul style="list-style-type: none"> • 15 TLC réalisées le 15/11/19 (soit 15 A/R ambulance évités). • Modifications thérapeutiques et adaptation d'autres traitements non médicamenteux. • Conseils nutritionnels. • Demande d'interventions d'autres professionnels. 	<ul style="list-style-type: none"> • Installation et soins de confort. • Gestes techniques. • Aide à la reformulation, relation d'aide. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun refus de patient, invitation systématique des MT. • Retours patients, praticiens et équipe HAD encourageants. • Liens forts avec cette équipe de soins palliatifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'avoir une plus grande file active pour évaluer finement l'impact d'une telle organisation. • Déploiement probable avec d'autres centres de soins palliatifs.

2.3 Téléconsultation en médecine physique de réadaptation

ÉTABLISSEMENT	FONDATION SANTÉ SERVICE	
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Équipe spécialisée en rééducation + 9 partenaires privés et publics. • Durée moyenne de séjour d'environ 3 semaines. • Solution technique permettant la consultation et la surveillance à distance des patients en HAD après chirurgie orthopédique à J4 post-opératoire (prothèse totale de genou, de la hanche, de l'épaule – traumatologie ortho-gériatrie). • 354 patients pris en charge au total de 2012 à 2016. 	
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Tablette professionnelle (MHTablette) équipée d'une caméra mobile, d'un écran tactile, d'un appareil photo intégré, d'un stylet électronique et d'un lecteur de carte CPS. La protection des données est renforcée. 	
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Dématérialisation du dossier papier : récupération et sécurisation des données en temps réel par utilisation d'une tablette au domicile, partage des données entre utilisateurs via un portail sécurisé. • Validation de l'acte : définition des critères d'inclusion des patients et de pertinence pour l'évaluation de l'acte. • Formation au maniement de la tablette des professionnels (25h de formation pour 200 professionnels). • Évaluation médico-économique par l'URCECO IDF de l'impact : qualité de la prise en charge, satisfaction des patients et des professionnels, optimisation du temps médical, recours aux urgences. 	
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution du recours aux urgences. • Améliorer le confort et la sérénité des patients. • Permettre le dépistage rapide des situations à risque. • Optimiser le temps médical de consultation du médecin rééducateur. • Pallier le déficit de praticiens de ville en mesure de se déplacer. 	
ÉLÉMENTS FINANCIERS	Projet sélectionné par l'ARS Île-de-France dans le cadre de son programme régional de télémedecine.	
RETOUR D'EXPÉRIENCE	Impacts positifs	Problématiques rencontrées
	<ul style="list-style-type: none"> • Sur les usagers : consultation systématique en rééducation, avis expert au domicile, diminution du recours à l'hôpital, renforcement de la sérénité grâce au contact avec l'interlocuteur privilégié. • Sur les établissements hospitaliers : réduction de la DMS (PC à J3 / moyenne nationale à J6). 	<ul style="list-style-type: none"> • Problèmes techniques : conflits de sécurité avec les réseaux internes des établissements, débit. • Déficit relationnel soignant/soigné : appauvrissement du non verbal avec nécessité de création de lien en amont de la TLC. • Poids des procédures administratives pour les autorisations : un an et demi de procédures avant autorisation par l'ARS, après avis de la CNIL et du comité éthique (projet mis en œuvre avant le passage en droit commun de la télémedecine).

La téléexpertise (TLE)

1. Cas d'usage, enjeux et impacts

<p>USAGES EN HAD</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demande d'avis par le MT ou medco à un spécialiste libéral ou hospitalier à l'occasion d'une consultation ou après la consultation. 2. Demande d'avis par le MT au medco avant une décision de prise en charge HAD, ou en cours de séjour pour suivre ou adapter la prise en charge (ex. : adaptation de traitements, gestion de la douleur, suivi de plaie chronique, nutrition...). 3. Demande d'avis par le MT au la spécialiste pour un motif différent de celui de la prise en charge. 4. Demande d'avis entre medco de 2 HAD différentes dans un domaine d'expertise particulier. <p>Le suivi des plaies relève de la TLE s'il s'agit d'un avis asynchrone entre deux médecins sans vidéo en direct ; il relève de la TLC s'il est réalisé par vidéo en direct avec le patient.</p>
<p>BÉNÉFICES ATTENDUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la qualité de la prise en charge, par un accès plus rapide, plus fréquent, et spécialisé, à un avis médical spécialisé (cas 1, 3 et 4). • Renforcement de la qualité de la coordination entre MT et medco (cas 1 et 2). • Optimisation du parcours, évitement d'hospitalisation ou de passage aux urgences (cas 2 et 3). • Facilite la prise en charge en HAD dans des territoires isolés ou manquant de spécialistes. • Permet d'élargir le champ des prises en charge en donnant accès à des spécialités peu couvertes (ex. : pédiatrie, obstétrique, oncologie).
<p>IMPACTS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La TLE doit respecter le cadre réglementaire concernant : <ul style="list-style-type: none"> - les patients (information et consentement, identification, connaissance préalable par le médecin requis sauf TLE de niveau 1) ; - les modalités de réalisation (vidéotransmission sécurisée, accès aux données du patient, protection des données et de la confidentialité, authentification des professionnels, horodatage, compte-rendu par le médecin requis avec alimentation du DMP et transmission au requérant, échanges entre professionnels via une messagerie sécurisée) ; - l'équipement (adapté à l'usage prévu : imagerie, photos, tracés...). • Les conditions de la TLE doivent être organisées à l'arrivée du patient (information et consentement, faisabilité de la TLE en fonction de la prise en charge et des possibilités d'utilisation par les MT et MH, choix des outils). • Le SI de l'HAD doit pouvoir gérer des actes de TLE de manière à respecter les conditions requises (identiques à celles de la TLC). • Prévoir la sensibilisation / la formation des professionnels. • L'outil peut être celui de l'HAD, de l'EHPAD ou du médecin externe (requérant ou requis) ; cet outil peut être identique à celui de la TLC ou s'appuyer sur celui-ci et le compléter par des logiciels spécialisés (ex. : suivi des plaies). • Dans le cas 3, nécessité d'informer l'HAD, et donc nécessité de sensibiliser les MT.

1. Cas d'usage, enjeux et impacts (suite)

SOLUTIONS	<ul style="list-style-type: none">• L'utilisation du dossier patient pour sélectionner des documents à envoyer, et éventuellement sur un équipement mobile, smartphone ou tablette, pour prendre des photos, et communiquer les éléments requis ; elle peut être complétée par un logiciel spécialisé et/ou une application mobile, notamment pour le cas de suivi des plaies.• Les éditeurs de logiciels HAD proposent soit un module de suivi des plaies dans le dossier patient, qui peut servir de base à des actes de téléexpertise, soit en l'absence de solution spécifique, la possibilité de mettre en place une solution de base en s'appuyant sur leur solution de mobilité ou sur l'utilisation d'une tablette au domicile.• Certaines plates-formes régionales et certaines start-ups proposent des services de téléexpertise en accord avec la réglementation.
RÉMUNÉRATION	<ul style="list-style-type: none">• Périmètre limité dans un premier temps aux situations couvertes par l'avenant n° 6 : patients en ALD, atteints de maladies rares, résidant en zones sous denses, résidant en EHPAD ou structures médico-sociales et détenus.• MT et spécialistes libéraux requis ou requérants : dans les limites de l'avenant n° 6.• MH : cotation d'une téléexpertise (TLE) en actes externes (avenant n° 6).• Medco : activité comprise dans le forfait T2A.
QUESTIONS EN SUSPENS	<ul style="list-style-type: none">• Rémunération de l'HAD pour l'apport d'avis en dehors d'une prise en charge HAD (ex. : demande d'avis du MT avant l'admission), pour une TLE entre HAD ou pour un patient hors HAD (ex. : expertise en soins palliatifs).

2. Retours d'expérience en HAD

L'échange d'expertise est fréquent en HAD, notamment dans le cadre de filières spécialisées (pédiatrie, oncologie, obstétrique, infectieux, nutrition, néphrologie, etc.).

La téléexpertise peut se substituer à certains avis aujourd'hui rendus par d'autres moyens de communication.

2.1 Suivi à distance des plaies

ÉTABLISSEMENT	HAD DE L'AGGLOMÉRATION NANCÉIENNE (HADAN)
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission sécurisée des données médicales.
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Application smartphone « ODYS plaie ». • Logiciel structure.
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire d'accord à remplir par le patient. • Utilisation de l'application smartphone par l'IDE en présence du patient qui indique : la localisation de la plaie, le lit de la plaie (échelle colorielle/dimensions/exsudats), la peau périlésionnelle, les signes infectieux locaux, la douleur/fièvre, et des commentaires libres. • Transmission au logiciel de la structure d'HAD. • Coordination des professionnels de santé : synthèse hebdomadaire pluridisciplinaire (évolution de la plaie satisfaisante ?) avec notification de l'avis aux IDE dans l'application. • Transmission de la fiche d'évaluation au MT via une messagerie sécurisée. • Transmission si besoin au prescripteur et/ou expert.
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du suivi des plaies. • Coordination des professionnels de santé. • Optimiser le parcours patient.
ÉLÉMENTS FINANCIERS	N.A.
RETOUR D'EXPÉRIENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission sécurisée des données. • Amélioration du suivi. • Coordination des professionnels. • Optimisation du parcours patient. • Harmonisation des pratiques et diffusion des bonnes pratiques.

La télésurveillance (TLS)

1. Cas d'usage, enjeux et impacts

USAGES EN HAD	<ol style="list-style-type: none">1. Surveillance à distance par le medco et l'équipe médico-soignante (ex. : suivi post-séance en onco-hémato, suivi du traitement et de la prise en charge pour des maladies chroniques, suivi post chirurgical, suivi de grossesses à risque, suivi d'un traitement antidouleur basé sur la remontée d'informations via des pompes connectées).2. Surveillance à distance éventuellement par un médecin spécialiste (généralement hospitalier) dans certains parcours (protocoles de surveillance spécifiques). <p>Ces cas s'appliquent pour un patient au domicile ou en EHPAD.</p> <p>L'utilisation de pompes connectées relève de la télésurveillance s'il s'agit de la surveillance de l'administration et de l'interprétation des constantes par un professionnel médical.</p>
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none">• Renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge par une surveillance rapprochée favorisant la réactivité, et par une perception positive du patient favorisant son implication.• Renforcement de la coordination avec les acteurs du territoire et du parcours.• Évitement d'hospitalisations ou de passages aux urgences.• Réduction des déplacements du fait que les données n'ont pas besoin d'être recueillies sur place par l'équipe HAD.• Permet d'élargir le champ à des prises en charge ou des situations nécessitant une surveillance renforcée.
IMPACTS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELS	<ul style="list-style-type: none">• La TLS doit respecter le cadre réglementaire concernant :<ul style="list-style-type: none">- les patients (information et consentement) ;- les modalités de réalisation (accès aux données du patient, protection des données et de la confidentialité, authentification des professionnels, traçabilité des actes) ;- la sécurité liée aux dispositifs médicaux.• Les conditions de la TLS doivent être organisées à l'arrivée du patient (information et consentement, projet thérapeutique, organisation des rôles, mise en place des moyens).• Le SI de l'HAD doit pouvoir gérer des actes de TLS de manière à respecter les conditions requises : accès au dossier par le professionnel externe, typage des actes, traçabilité, intégration de comptes-rendus ou de synthèses.• Prévoir la sensibilisation et la formation des professionnels, et éventuellement la formation du patient.• Les outils techniques sont le plus souvent externes et liés à la prise en charge.

1. Cas d'usage, enjeux et impacts (suite)

SOLUTIONS	<ul style="list-style-type: none">• Des solutions ciblées sur une pathologie ou un type de prise en charge, proposées par des laboratoires, des industriels ou des start-ups spécialisées et basées sur la définition de parcours et sur la mise en place de formulaires ou d'objets connectés.• Une plate-forme généraliste ayant vocation à intégrer le suivi de plusieurs pathologies, de la part d'industriels souvent spécialisés dans l'intégration d'objets connectés (ex. : plateforme de télésurveillance par objets connectés et de solution de stockage et d'interopérabilité, permettant d'enrôler des patients dans des protocoles de télésurveillance ; pompes connectées). <p>Ces solutions ne sont pas intégrées d'emblée au dossier patient de l'HAD ; des interfaces peuvent être mises en place sous réserve de la collaboration de l'éditeur de logiciel HAD.</p> <p>Les solutions de TLS doivent générer des alertes permettant aux soignants de réagir et d'adapter la prise en charge. Ces solutions d'aide à la décision sont des dispositifs médicaux et doivent donc avoir un marquage CE médical³⁸.</p>
RÉMUNÉRATION	<p>Pas de rémunération en droit commun à ce stade.</p> <p>Le financement peut s'effectuer dans le cadre de l'expérimentation ETAPES qui concerne 5 pathologies : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, diabète et prothèses cardiaques implantables.</p> <p>Le financement peut également s'effectuer via les expérimentations « article 51 ».</p>

³⁸ Beaucoup de ces solutions sont en classe I au titre de la directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux, mais elles vont devenir à partir de mai 2021 des DM de classe IIA et vont donc devoir être certifiées par des organismes notifiés.

2. Retours d'expérience en HAD

2.1 Télémonitoring obstétrique

ÉTABLISSEMENT	HAD DE L'AP-HP
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Télémonitoring fœtal des parturientes suivies pour grossesses à risque en HAD, par télétransmission du rythme cardio-foetal (RCF) et des contractions utérines à domicile (sur indication médicale : rupture prématurée de membrane, diabète insulino dépendant, petit pour âge gestationnel, grossesse gémellaire, pré-éclampsie). <p>En 2015, 140 patientes ont été suivies, avec 3 522 examens par TMF réalisés. En 2016 : 123, en 2017 : 120, en 2018 : 117, en 2019 : 11.</p> <p>Chaque jour, entre 10 et 15 enregistrements sont effectués. Soit entre 115 et 140 par an depuis 2015 (équivalent à 3 500 examens télémonitoring foetal (TMF) réalisés par an).</p>
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Technologie médicale de télécommunication avec transmission GSM. • En 2020, prêt d'appareils nouvelle génération en test dans le service.
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • L'obstétricien prescripteur de l'HAD demande une prise en charge en HAD, avec un RCF quotidien. • La sage-femme de l'HAD accepte la demande et, si elle est recevable, programme les interventions en HAD. • Une formation sur le fonctionnement du TMF est dispensée à la patiente, une phase test est organisée. Un consentement pour l'utilisation du TMF est signé par la patiente. L'objectif est de rendre la patiente autonome avec cet enregistrement. • La sage-femme en HAD reçoit le RCF sur un ordinateur, l'analyse, demande un second avis à l'obstétricien de l'HAD si besoin. Elle appelle la patiente pour la rassurer en cas de RCF normal, ou l'adresse à la maternité en urgence en cas de RCF pathologique. • Service informatique de l'HAD support, le service biomédical et la société des TMF pour la maintenance, et la coordinatrice sage-femme du service pour la coordination de cette activité. • Procédure dégradée, avec support du service informatique à tout moment, en cas de dysfonctionnement technique.
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Obtenir une surveillance prénatale efficace, équivalente à celle d'une hospitalisation classique. • Éviter les hospitalisations prénatales conventionnelles ou les consultations en maternité. • Maintenir la patiente dans son cadre familial. • Diminuer le coût de la surveillance prénatale.
ÉLÉMENTS FINANCIERS	N.A.
RETOUR D'EXPÉRIENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Réponse aux besoins de suivi rapproché d'une grossesse à risque. • Mise en lien avec le prescripteur de la maternité d'origine, les sages-femmes, l'obstétricien de l'HAD et la sage-femme de coordination. • Supports techniques opérationnels, réactifs et adaptés aux changements récents technologiques. • Intérêt pour la patiente : confort, proximité avec sa famille, et diminution du stress lié à la pathologie.

2.2 Suivi à distance des patients COVID+

ÉTABLISSEMENT	HAD CLINIQUE PASTEUR TOULOUSE
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Expérimentation d'une solution de téléseui en période de crise sanitaire lié au SARS CoV2. • Sécurisation du maintien au domicile de patients à risque. • Sortie précoce d'hospitalisation avec surveillance renforcée. • Limitation du nombre de contact avec patient contagieux. • Facilitation du suivi d'une cohorte plus grande en adaptant niveau et typologie de soins aux besoins du patient.
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Application adossée au DPI.
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Le patient répond lui-même au questionnaire (auto-questionnaire) de suivi présent dans l'application et mesure lui-même ses constantes (auto-mesure). • Évaluation en amont de l'admission en HAD de la pertinence de proposer un téléseui (indication médicale, faisabilité technique, évaluation des capacités cognitives, adhésion du patient). • Création par le patient de son compte en ligne à partir d'un SMS envoyé par l'application et validation de son accord. • Mise à disposition de dispositifs d'auto-mesure (tensiomètre, thermomètre...) et formation à leur utilisation dont tutoriels en ligne. • Utilisation du smartphone ou de la tablette de l'HAD mise à disposition au domicile du patient, pas d'intervention de tiers. • Réponse du patient à l'auto-questionnaire et saisie des données de l'auto-mesure (température, fonction respiratoire, tension artérielle). • Données accessibles par l'IDE et médecin « parcours Covid » et l'équipe coordination HAD. • Indication de niveaux d'alerte en fonction des réponses saisies permettant de prioriser les actions de l'équipe HAD : appels, visite IDE, téléconsultation, recours au centre 15... • Dossier exportable pour envoi sécurisé au MT et archivage dans DPI.
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du suivi des patients. • Sécurisation renforcée du retour au domicile. • Autonomisation du patient. • Optimisation du parcours patient.
ÉLÉMENTS FINANCIERS	N.A.
RETOUR D'EXPÉRIENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Transmission sécurisée des données. • Amélioration du suivi en coordination avec les dispositifs spécifiques en place pour la médecine générale. • Adhésion des patients et bonne observance des consignes. • Optimisation du parcours patient. • Projets en cours grâce à l'expérience acquise : surveillance post chimiothérapie, suivi patients avec traitement des plaies par TPN.

La téléassistance (TLA)

1. Cas d'usage, enjeux et impacts

USAGES EN HAD	<ul style="list-style-type: none">• Téléassistance par le medco ou par un médecin spécialiste auprès de l'IDE ou d'un kinésithérapeute (ex. : gestes techniques, pansements, première utilisation de produits à risque, etc.).
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none">• Renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge par l'apport d'une expertise.• Renforcement de la coordination avec les acteurs du territoire et du parcours ;• Permet d'élargir le champ des prises en charge en donnant accès à des spécialités peu couvertes (ex. médecine physique et de réadaptation).
IMPACTS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELS	<ul style="list-style-type: none">• La TLA doit respecter le cadre réglementaire concernant :<ul style="list-style-type: none">- les patients (information et consentement) ;- et les modalités de réalisation (accès aux données du patient, protection des données et de la confidentialité, authentification des professionnels, traçabilité des actes).• Les conditions de la TLA doivent être organisées à l'arrivée du patient (information et consentement, organisation des rôles, mise en place des moyens).• Le SI de l'HAD doit pouvoir gérer des actes de TLA de manière à respecter les conditions requises : accès au dossier par le professionnel externe, typage des actes, traçabilité, intégration de comptes-rendus ou de synthèses si besoin.• Les moyens techniques requis sont a priori accessibles (vidéo transmission sécurisée).
SOLUTIONS	<ul style="list-style-type: none">• Équipement de type PC, tablette ou smartphone, équipé d'une caméra, utilisé par l'IDE au domicile du patient, et permettant de converser en visio sur internet par un outil logiciel adapté. Il n'y a pas de stockage de données ; la connexion doit être sécurisée. Le médecin doit disposer d'une solution analogue. <p>Ce type de solution n'ajoute pas de coût au SI de l'HAD ou du médecin.</p>
RÉMUNÉRATION	<p>Pas de rémunération prévue.</p>

Le télésoin (TLSo)

1. Cas d'usage, enjeux et impacts

<p>USAGES EN HAD</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation ou entretien, par un professionnel non médical, interne ou externe à l'HAD : IDE, psychologue, diététicien, kinésithérapeute, pour suivre, adapter ou accompagner une prise en charge, ou pour formuler un avis. 2. Entretien infirmier, par vidéo-transmission, en astreinte. 3. Évaluation à distance d'un patient hospitalisé ou en EHPAD pour préparer la préadmission. 4. Consultation pharmaceutique à distance pour élaborer un bilan pharmaceutique ou pour assister le patient dans la prise du traitement. 5. Administration à distance (ex. : pilotage de pompes connectées, non autorisé aujourd'hui).
<p>BÉNÉFICES ATTENDUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la qualité de la prise en charge par l'augmentation de la fréquence des actes de soins, et par l'apport de conseils aux patients. • Amélioration de l'observance. • Limitation des déplacements. • Réactivité dans l'adaptation des traitements. • Dans le cas 3, optimisation du parcours et amélioration des délais de réponse.
<p>IMPACTS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À analyser en fonction de l'évolution du cadre réglementaire. Des impacts sont à prévoir concernant : <ul style="list-style-type: none"> - les patients (information et consentement) ; - les modalités de réalisation (accès aux données du patient, protection des données et de la confidentialité, authentification des professionnels, traçabilité des actes) ; - la sécurité liée aux dispositifs médicaux le cas échéant. • Les conditions du TLSo doivent être organisées à l'arrivée du patient (information et consentement, organisation des rôles, mise en place des moyens). • Le SI de l'HAD doit pouvoir gérer des actes de TLSo : accès au dossier par le professionnel, typage des actes, intégration dans les prescriptions et le plan de soin, traçabilité, intégration de comptes-rendus ou de synthèses si besoin. • Prévoir la sensibilisation et la formation des professionnels, et éventuellement la formation du patient. • Les moyens techniques requis dépendent du type d'acte ; ils vont de la visioconférence sécurisée à l'utilisation d'objets connectés.
<p>RÉMUNÉRATION</p>	<p>Conditions non définies à ce stade. Elles ne concerneraient que les professionnels externes à l'HAD (ex. : pharmacien d'officine), les autres cas étant couverts par le forfait T2A.</p>
<p>QUESTIONS EN SUSPENS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La typologie des actes et notamment l'inclusion ou non d'activités de type téléconsultation non médicale et le pilotage à distance de l'administration des soins via des objets connectés ; • La typologie des professionnels concernés ; • Les modalités de rémunération.

2. Retours d'expérience en HAD

2.1 Téléconsultation psychologique

À noter : La dénomination de téléconsultation pour les consultations réalisées à distance par vidéotransmission par les psychologues est un cas limite de télésoin, les psychologues ne figurant pas parmi les auxiliaires médicaux,

qui sont les professionnels visés par la législation (à côté des pharmaciens). Elle est indiquée ici comme un exemple d'utilisation du numérique pour la réalisation d'un acte de soin, par un professionnel non médical.

ÉTABLISSEMENT	HAD FONDATION ŒUVRE CROIX SAINT-SIMON
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Étude mise en place pour évaluer l'utilisation de la vidéo-consultation ponctuelle pour la réalisation d'entretien psychologique de soutien, pour les patients pris en charge pour un cancer en HAD : <ul style="list-style-type: none"> - Hypothèse 1 : de façon équivalente à un entretien psychologique de soutien en face à face, un entretien psychologique de soutien en vidéo-consultation pourrait permettre de diminuer l'anxiété-état des patients et de maintenir le niveau d'alliance thérapeutique ; - Hypothèse 2 : la vidéo-consultation permettrait de développer le même niveau de satisfaction quant à l'entretien que dans le groupe en face à face.
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Logical Skype®, LimeSurvey®, dispositif informatique. • Questionnaire socio-démographique, questionnaire de satisfaction, échelle d'anxiété-état (Spielberger, Bruchon-Schweitzer et Paulhan, 1993), inventaire d'alliance thérapeutique version courte (Hatcher et Gillaspay, 2006).
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Pas le premier ou dernier entretien de la prise en charge ; données anonymes et confidentielles ; absence d'interférence avec la prise en charge. • Intégration de cette technique mais pas de substitution du suivi en face à face. • Doit rester ponctuelle et l'entretien clinique doit rester le coeur du travail du psychologue (Yellowlees et Nafix, 2010). <p>Procédure liée à l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réunion avec les psychologues de l'HAD ; • Proposition de l'étude par le psychologue référent ; • Répartition quasi-aléatoire ; • Signature d'un consentement éclairé ; • Deux groupes, deux temps de mesure ; • Études nécessaires pour valider l'utilisation de la vidéo-consultation comme technique d'entretien clinique en HAD.
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Accès renforcé aux consultations psychologiques. • Moindres déplacements. • Équivalence en matière d'alliance thérapeutique et de niveau d'anxiété.
ÉLÉMENTS FINANCIERS	N.A.

	Résultats	Perspectives
RETOUR D'EXPÉRIENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats positifs et encourageants concernant l'utilisation de la vidéo-consultation pour des entretiens psychologiques de soutien en oncologie à domicile. • Toutes les hypothèses testées statistiquement vont dans le sens d'un intérêt pour cet outil technologique : il existe le même niveau de satisfaction et une diminution significative d'un niveau d'anxiété-état des patients dans les deux conditions, et aucune diminution du niveau d'alliance thérapeutique pour les patients n'est présente entre les deux temps de mesure. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prochaine étude qualitative sur les représentations des psychologues quant à cet outil (HAD FOCSS). • Perspective d'étude multicentrique en HAD afin d'accroître les données. • Projet de mise en place de la téléconsultation à l'HAD FOCSS pour différents professionnels de santé (médecins, psychologues, assistants sociales, etc.).
PUBLICATION	<p>MARTIN, Jérémy., BAUSSANT-CRENN, Camille., RISTORI, Anna, et al. Étude pilote contrôlée de l'utilisation de la vidéo-consultation pour le soutien psychologique à domicile des patients atteints de cancer. <i>Bulletin du Cancer</i>, 2019 ; vol. 106, n° 3, p. 216-225.</p>	

Le télésuivi (TLSu)

1. Cas d’usage, enjeux et impacts

<p>USAGES EN HAD</p>	<p><i>(liste non limitative)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Suivi à distance par l'équipe infirmière de constantes recueillies au domicile via des formulaires renseignés par le patient ou des objets connectés. 2. Suivi à distance par l'équipe infirmière HAD de l'administration des traitements via des objets connectés (ex. : suivi du fonctionnement et des événements d'une pompe connectée). 3. Suivi de l'administration des médicaments via un pilulier connecté.
<p>BÉNÉFICES ATTENDUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge par une surveillance rapprochée favorisant la réactivité dans l'adaptation des traitements. • Perception positive du patient favorisant son implication. • Évitement d'hospitalisations ou de passages aux urgences. • Limitation des déplacements. • Permet d'élargir le champ des prises en charge en donnant accès à des spécialités peu couvertes (ex. : stomatothérapie, diététique).
<p>IMPACTS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'aligner sur les règles d'organisation de la télésanté concernant : <ul style="list-style-type: none"> - les patients (information et consentement) ; - les modalités de réalisation du suivi (accès aux données du patient, protection des données et de la confidentialité, authentification des professionnels, traçabilité des actes) ; - la sécurité liée aux dispositifs médicaux le cas échéant. • Les conditions du TLSu doivent être organisées à l'arrivée du patient (information et consentement, organisation des rôles, mise en place des moyens). • Le SI de l'HAD doit pouvoir gérer des actes de TLSu : accès au dossier par le professionnel, typage des actes, intégration dans les prescriptions et le plan de soin, traçabilité, intégration de comptes-rendus ou de synthèses si besoin. • Prévoir la sensibilisation et la formation des professionnels, et éventuellement la formation du patient. • Les moyens techniques requis dépendent du type de suivi.
<p>SOLUTIONS</p>	<p>Les solutions sont de même nature que celles de la télésurveillance. À la différence de celles-ci néanmoins, elles nécessitent d'être accessibles par l'équipe infirmière de l'HAD, alors que les solutions de télésurveillance médicale restent le plus souvent réservées aux professionnels médicaux externes.</p>
<p>RÉMUNÉRATION</p>	<p>Conditions non définies à ce stade. Elles ne concerneraient que les professionnels externes à l'HAD (ex. : pharmacien d'officine), les autres cas étant couverts par le forfait T2A.</p>
<p>QUESTIONS EN SUSPENS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La typologie des actes et notamment l'inclusion ou non d'activités de type téléconsultation non médicale et le pilotage à distance de l'administration des soins via des objets connectés. • La typologie des professionnels concernés (ex. : les diététiciens sont-ils considérés comme des auxiliaires médicaux). • Les modalités de rémunération.

2. Retours d'expérience en HAD

2.1 Suivi de la douleur par pompe connectée

ÉTABLISSEMENT	HAD DE NANTES ET SA RÉGION
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Expérimentation dans le cadre d'une étude de recherche clinique. • Cas d'étude : administration continue d'anesthésiques locaux par pompe, après une chirurgie orthopédique en ambulatoire.
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Pompe perfusion connectée.
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Pompes permettant une communication par GPRS et accès instantané à toutes les données de la perfusion via internet. • Fonctions perfusion bolus type PCA.
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Organisationnels : adaptation à l'étude. • Impacts patients : en attente du résultat de l'enquête du partenaire prescripteur. • Professionnel : dynamique/formation.
ÉLÉMENTS FINANCIERS	<ul style="list-style-type: none"> • Coût similaire à un autre type de pompe. • Le coût de l'investissement en lien avec connexion internet non connu à ce jour.
RETOUR D'EXPÉRIENCE	<ul style="list-style-type: none"> • Fonctionnalité simple pour la pompe. • Matériel qui peut apporter un appui supplémentaire pour le suivi des patients. • Étude R-CAPE, résultats à venir.

La coordination à distance

1. Cas d'usage, enjeux et impacts

USAGES EN HAD	<p><i>(liste non limitative ; les usages courants basés sur la messagerie sécurisée, le DMP et le DP ne sont pas repris)</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Coordination du déroulement de parcours (ex. chimio) entre professionnels par une messagerie instantanée de type Whatsapp sécurisé.2. Envoi de SMS ou de mails, dans le cadre d'un parcours patient (ex. : confirmation de visite, décalage d'une livraison) ou en masse (ex. : envoi aux IDE).3. SMS ou chatbot (simulation de conversation) à J0 ou J1 pour confirmer le bon déroulement de l'installation en HAD.4. Participation à des staffs entre équipes HAD et équipes hospitalières par visio avec accès aux dossiers patients.5. Télé-évaluation du domicile (par l'IDE, l'ergothérapeute ou kiné pour rééducation), et suivi à distance de l'installation au domicile.6. Mise à disposition d'un portail auprès des professionnels de santé (gestion administrative, accès sécurisé aux dossiers, échange d'informations...).7. Mise à disposition d'un portail auprès des patient-es (planning, messagerie avec l'HAD, mise à disposition de pièces administratives, programme d'éducation thérapeutique).
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none">• Renforcement de la coordination avec les acteurs du territoire et du parcours.• Renforcement de la communication avec le patient et de son implication.• Renforcement de la communication avec les professionnels salariés et libéraux de l'HAD.• Efficience (gain de temps, automatisation de certains échanges, traçabilité).
IMPACTS TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELS	<p>À analyser pour chaque cas d'usage en termes d'organisation, d'outils, d'intégration au SI, de conduite du changement (formation et sensibilisation en particulier).</p>
SOLUTIONS	<ul style="list-style-type: none">• Solutions reposant sur un agent conversationnel de type chat ou SMS, s'appuyant sur une suite intelligente de questions/réponses (algorithme).• Messagerie instantanée sécurisée, pouvant être complétée par des modules médicaux (lecteur d'imagerie médicale, générateur d'ordonnances, accès Pubmed, base de données intelligente de médicaments...).
RÉMUNÉRATION	<p>Financement de certaines solutions par le programme HOP'EN dans le cadre des domaines fonctionnels D6 (Communiquer et échanger avec les partenaires) et D7 (Mettre à disposition des services en ligne aux usagers et aux patients).</p>

2. Retours d'expérience en HAD

2.1 Coordination à distance par chatbot à l'entrée du patient en HAD

ÉTABLISSEMENT	HAD FRANCE	
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Réassurance patient premier soir en HAD. • Appel systématique du patient au premier soir d'HAD. • Comment se focaliser sur les patients qui en ont besoin ? 	
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Solution type chatbot (agent conversationnel) s'appuyant sur une suite de questions/ réponses construite par algorithme, et échanges SMS. 	
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Chatbot (agent conversationnel) capable de dialoguer avec un humain. • Pose des questions par SMS et analyse les réponses du patient aux heures convenues. • Déclenche une alerte à l'IDEC si besoin. 	
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Renforce la pertinence de l'intervention auprès des patients ayant besoin. • Évite un appel systématique. • Sécurise l'astreinte. 	
ÉLÉMENTS FINANCIERS	<ul style="list-style-type: none"> • Financement interne très raisonnable. • Coût d'investissement : paramétrage. • Coût annuel : licence. • Coût d'utilisation : par flux de SMS. 	
RETOUR D'EXPÉRIENCE	Points positifs	Inconvénients
	<ul style="list-style-type: none"> • Projet simple : aucune infrastructure – SaaS : <ul style="list-style-type: none"> - Algorithme paramétrable (construction conjointe par HAD et industriel) et évolutif ; - Rédaction et enchaînement des SMS ; - Réponses attendues (dictionnaire de mots compris) ; - Gestion et déclenchement des alertes. • Formation succincte des équipes HAD. • Bon accueil de la part des patients. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fracture générationnelle : patient doit posséder un mobile et pouvoir s'en servir ; • Patient ne doit pas être en zone blanche (couverture réseau) ; • Saisie manuelle des patients entrés dans la journée : interface future ? ; • Encore trop de non-réponses (20 %) : besoin de sensibilisation des patients.

2.2 Coordination du parcours du patient en chimiothérapie par messagerie sécurisée

ÉTABLISSEMENT	HAD DE L'AGGLOMÉRATION NANCÉIENNE (HADAN)	
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Activité d'administration de chimiothérapie injectable en discontinuée en HAD. • Étroite collaboration avec l'hôpital. • Défis : gérer la montée en charge de cette activité. 	
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Logiciel de messagerie instantanée sécurisée : <ul style="list-style-type: none"> - Intègre le parcours spécifique ; - Application compatible avec PC, tablette et smartphone. 	
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Outil de coordination et de suivi de l'administration de chimiothérapie injectable en HAD : <ul style="list-style-type: none"> - Basé sur un parcours structuré et standardisé ; - Partagé entre hôpital / HAD / ville ; - Sécurisation des étapes : feu vert / feu rouge ; - Asynchrone : avec alertes. 	
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination « sans faille » du parcours chimiothérapie. • Le moins chronophage possible pour les professionnels. 	
ÉLÉMENTS FINANCIERS	<ul style="list-style-type: none"> • Investissements financiers et humains : HADAN et associations. • Coût des abonnements HAD. 	
RETOUR D'EXPÉRIENCE	Avantages	Limites
	<ul style="list-style-type: none"> • Simplicité d'usage. • Planification et automatisation de tâches. • Mode asynchrone. • Possibilité de rappel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paramétrage du parcours. • Interopérabilité SI.

2.3 Portail d'échanges entre professionnels en HAD

ÉTABLISSEMENT	FONDATION SANTÉ SERVICE	
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Nombreux partenaires, prescripteurs et au lit du patient. • Demande croissante d'accès à l'information (ex. : connaître les intervenants au domicile du patient, avoir accès à des photos de plaies pour suivre l'évolution, avoir accès aux comptes rendus d'administration de chimiothérapies...) dont les objectifs sont notamment de rendre lisible la prise en charge en HAD, et structurer et sécuriser la transmission d'information. 	
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Portail web intégré au DPI HAD. 	
BÉNÉFICES ATTENDUS	En interne	En externe
	<ul style="list-style-type: none"> • Un projet fédérateur. • Une adaptation des pratiques soignantes. • Une protocolisation du suivi des plaies. • Une adaptation du guide de traçabilité des soignants pour une meilleure lecture externe. • Un accès facilité au dossier patient en mobilité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une meilleure lisibilité de la prise en charge. • Un partage d'information effectif et sécurisé. • Une autonomisation des partenaires. • Un gain de temps.
ÉLÉMENTS FINANCIERS	N.A.	
RETOUR D'EXPÉRIENCE	<p>Déploiement en cours.</p> <p>Indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de partenaires enregistrés et connectés (au moins une connexion) ; • Nombre moyen de connexions par partenaire enregistré/connecté ; • Nombre moyen de dossiers patients consultés par partenaire enregistré/connecté ; • Nombre de dossiers patients en ligne (au moins un partenaire connecté) ; • Nombre de dossiers patients consultés au moins une fois ; • Nombre moyen de consultations par dossier patient. 	

2.4 Digitalisation d'un programme d'éducation thérapeutique

ÉTABLISSEMENT	HAD LNA SANTÉ
CONTEXTE ET ENJEUX	<ul style="list-style-type: none"> • Programme ETP sur auto-administration des AVK et morphiniques autorisé par l'ARS Centre en 2015 (3 établissements). • Difficultés de mobilisation des professionnels pour l'intégration des patients. • Renforcer la mobilisation des équipes en leur offrant un outil plus adapté que le papier. • Renforcer la participation du patient via un outil digitalisé qu'il pourra utiliser en présence d'un soignant ou seul selon son niveau d'acquisition des compétences. • Étendre la mise en place de ce programme ETP digitalisé à tous les établissements HAD LNA Santé suite au test dans les 3 établissements pilotes.
SOLUTIONS TECHNIQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Tablette connectée au domicile patient hébergeant le DPI et programme ETP. • Création de supports pédagogiques : fiches, graphismes, animations, questionnaires, vidéos...
PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensation des ateliers ETP par un soignant mais possibilité pour le patient d'accéder seul aux compétences acquises en auto-utilisation de la tablette (programme personnalisé suite au diagnostic éducatif).
BÉNÉFICES ATTENDUS	<ul style="list-style-type: none"> • Adhésion des patients par autonomie renforcée et caractère ergonomique de l'outil. • Adhésion des professionnels. • Facilité de suivi et de reporting rendue possible par la collecte automatisée de données.
ÉLÉMENTS FINANCIERS	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de reste à charge pour le patient HAD. • Coût supporté par la structure HAD.

03

PERSPECTIVES et recommandations

Ces éléments doivent permettre de faire progresser chacun dans sa connaissance du sujet et de tracer les perspectives dans lesquelles nous devons nous placer collectivement – car le concours de tous

est indispensable – pour faire avancer l'e-santé en HAD, dans l'intérêt d'un accès renforcé à des soins de qualité et d'une meilleure efficacité.

Les patients, aidants et représentants d'utilisateurs

Soyez attentifs, mais non craintifs

L'utilisation des technologies numériques ne signifie pas moins de soins, mais au contraire, plus de soins. Les soins en présentiel restent la règle ; l'e-santé intervient en complément et permet de multiplier les possibilités de contacts et d'interventions, entre patient et professionnels, et entre professionnels eux-mêmes, pour faciliter l'accès aux expertises et renforcer la qualité et la sécurité des soins, et la relation avec le patient.

L'HAD permet d'envisager un déploiement de l'e-santé adossé à une organisation structurée, dotée des compétences et des effectifs nécessaires à une utilisation sécurisée et incarnée des technologies.

Exprimez-vous et faites valoir vos droits

L'emploi de l'e-santé ne peut être envisagé qu'avec le consentement éclairé des patients.

- Interrogez les équipes d'HAD sur les solutions numériques envisagées au cours de votre prise en charge.
- Demandez à être accompagnés dans l'utilisation des outils nécessaires.
- Remontez toutes difficultés rencontrées.
- Faites valoir vos droits en matière de données personnelles.

Représentants des utilisateurs, impliquez-vous dans ces projets

- Proposez de participer et de co-construire les projets d'e-santé dans votre établissement.
- Faites de l'e-santé un sujet de discussion à part entière dans vos instances.

Les établissements et professionnels d'HAD

Investissez le champ de la santé numérique et de la télésanté

De par notre activité et notre organisation, nous devons être un terrain de déploiement de l'e-santé : nous sommes présents sur tous les territoires, en proximité ; nous garantissons un emploi de l'e-santé sécurisé, respectueux d'un parcours de soins coordonné et incarné par des professionnels de santé qui se déplacent au lit du patient.

Les usages et les apports du numérique en HAD sont nombreux. Les technologies du numérique en santé permettent de renforcer nos organisations, en contribuant à un meilleur accès aux soins, à une meilleure qualité des prises en charge, et à une plus grande efficacité de nos organisations, voire à innover.

Par rapport à d'autres acteurs, nous offrons les garanties d'un déploiement sécurisé de l'e-santé, et une version incarnée de ses usages.

Cela vaut pour toute structure d'HAD. Ces solutions ne doivent pas rester l'apanage des plus gros. Si, comme tout projet, le déploiement d'une solution d'e-santé nécessite de la méthode, les freins fréquemment évoqués comme insurmontables ne le sont pas (technologique et financier).

Procédez avec méthode

Ne réduisez pas l'e-santé à un outil technologique ponctuel mais adoptez une vision globale de l'e-santé, en l'intégrant pleinement à votre projet stratégique d'établissement, votre projet médical et votre projet SI. Un projet d'e-santé doit être un projet d'établissement ; ce n'est pas que l'affaire de la DSI ou des médecins, c'est l'affaire de tous.

Privilégiez ainsi une vision par processus, engageant l'ensemble de l'organisation (l'ensemble des professionnels, de l'admission du patient à sa sortie), associant les usagers (l'e-santé doit être utile aux professionnels comme aux patients) ; évitez les solutions qui ne pourraient pas du tout s'intégrer au SI de l'établissement ; investissez du temps et des ressources dans la conduite du changement et la formation.

Les pouvoirs publics et institutionnels

Soyez garants du cadre et levez les incertitudes

La progression de l'e-santé achoppe sur certains points que seules les autorités ont le pouvoir de faire avancer. C'est le cas de la couverture de l'ensemble du territoire national en réseau de qualité, préalable indispensable à une utilisation effective et efficace de l'e-santé. Force est de constater que des difficultés persistent dans certains territoires où la télémédecine et les objets connectés pourraient pourtant offrir des solutions intéressantes pour améliorer l'accès aux soins.

C'est le cas également des référentiels. L'interopérabilité des outils numériques fait le plus souvent défaut et brouille la perception que peuvent avoir les professionnels de l'intérêt de l'e-santé (ressaisies manuelles peu valorisantes et potentiellement source d'erreurs).

C'est également le cas des questions de financement, dont certaines restent en suspens, malgré les avancées liées au basculement dans le droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise quand elles sont exercées en ville.

Pensez davantage et d'emblée au domicile et à l'HAD dans les projets structurants du numérique en santé

Les projets nationaux doivent d'emblée intégrer la vision de l'HAD, de ses possibilités et de ses spécificités. Ce doit être le cas dans la définition et le cadre qui seront donnés pour la réalisation des actes de télésoin. Ce doit également être le cas de la généralisation de l'e-prescription annoncée d'ici 2021/2022.

Accompagnez les acteurs sur le terrain

Les ARS et les structures régionales d'appui au développement de l'e-santé ont un rôle essentiel à jouer en proximité, en appui des porteurs de projets. Au-delà des questions de financement, les autorités régionales doivent jouer un rôle de conseil et d'expertise dans l'ingénierie de projet, dans la conduite du changement et la mise en réseau.

Les industriels et éditeurs

Les solutions envisagées pour le domicile sont souvent pensées pour le maintien à domicile, sans intégrer les spécificités d'un environnement hospitalier, qui est celui de l'HAD. Cela peut constituer parfois un niveau d'exigences supplémentaire (traçabilité, technicité...), mais cela peut également constituer un élément facilitant (continuité des soins, informatisation avancée...).

Cela doit également permettre d'envisager l'émergence de solutions innovantes, couvrant les champs aujourd'hui encore non couverts : l'interface avec le patient et les aidants, le monitoring à distance, l'intégration de l'intelligence artificielle. Travaillons ensemble à des expérimentations et à la démonstration de leur faisabilité. Ces solutions doivent être pensées de manière sécurisée, interopérable et ouverte.

Éditeurs, intégrez l'e-santé dans le SI HAD

Intégrez l'e-santé dans le SI en HAD, avec un minimum de choses à faire en propre (dans le socle). Cela doit aller de pair avec l'interopérabilité de vos solutions avec d'autres outils numériques ou connectés :

- l'intégration dans le socle signifie : typage des actes de télésanté, intégration dans les prescriptions et le plan de soins s'il y a lieu (notamment télésoin, télésurveillance), traçabilité des professionnels et des actes, intégration étroite avec la MSS pour émettre des CR ou pour intégrer des CR externes depuis le logiciel ;
- l'interfaçage avec les solutions tierces, soit en pouvant déclencher un outil externe depuis le logiciel HAD par un bouton contextuel, soit en échangeant des informations selon des protocoles d'interopérabilité ;
- la mise en conformité avec les objectifs du programme HOP'EN ou autres programmes d'investissement à venir, avec l'intégration de la MSS ou encore le développement de portails patients/aidants.

La FNEHAD

La FNEHAD s'engage à pérenniser son action en matière d'e-santé. Cette pérennisation passera par :

- la coordination de la démarche en interne à la FNEHAD, non spécialisée sur l'e-santé mais intervenant sur des missions liées à l'innovation ;
- l'aménagement d'espace et de temps d'échanges associant professionnels de l'HAD et sachants externes (commission ad hoc, événements dédiés...);
- l'appel ponctuel à des partenaires et étudiants pour conduire des recherches ou des études spécifiques (sociétés savantes, écoles et instituts spécialisés...).

La FNEHAD s'engage également à appuyer ses adhérents dans leur réflexion et leurs projets sur l'e-santé, en :

- favorisant les échanges de bonnes pratiques et les retours d'expérience ;
- facilitant les rencontres entre professionnels et industriels ou start-up ;
- proposant des formations à la gestion de projets et à la pratique d'e-santé.

Enfin, la FNEHAD se déclare disponible pour échanger et travailler avec les industriels intéressés sur les projets et expérimentations, dans un souci de transparence et d'équité.

La Société Française de Santé Digitale

La SFSD s'engage à pérenniser son soutien aux usages de santé numérique et télésanté dans le champ de l'hospitalisation à domicile, notamment en lien avec le partenariat avec la FNEHAD.

La SFSD a pour objectif de promouvoir les bonnes pratiques de santé numériques, télésanté et télémédecine en lien avec l'ensemble des acteurs concernés et notamment des sociétés savantes, des organisations professionnelles, des associations de patient et des industriels.

La SFSD organise notamment un congrès annuel de référence permettant aux acteurs d'échanger sur leurs pratiques et projets et propose des formations dédiées multidisciplinaires.

Remerciements

La FNEHAD remercie la Société Française de Santé Digitale (SFSD) pour son apport précieux dans ces travaux. La FNEHAD remercie en particulier :

- **Pr Nathalie SALLES**, présidente ;
- **Lina WILLIATE**, vice-présidente ;
- **Dr Robin OHANNESSIAN**, membre du conseil d'administration ;
- L'ensemble des membres du conseil d'administration ayant participé à la relecture du document.

La FNEHAD tient également à remercier tous professionnels qui se sont rendus disponibles pour échanger avec la MSIN et qui ont accepté de partager leur expérience, et sans qui ce document n'aurait pu voir le jour :

→ Les structures et professionnels d'HAD qui ont accepté de partager leur expérience.

→ Les industriels et institutionnels qui ont partagé leurs solutions, leurs projets et leur vision du numérique en santé (par ordre alphabétique) :

- **Dr François TEBOUL**, directeur médical, et **Nelsa LOURO**, chef de projet, BEWELL-CONNECT / VISIONMED
- **Corinne SEGALEN**, présidente, CALMEDICA
- **Dr Juan Sebastian SUAREZ VALENCIA**, chargé de l'innovation, FRANCE EHEALTH TECH
- **Vincent LAMBERT**, co-fondateur et président, et Sarah LIVARPOWSKI, chargée de partenariats, IDOMED
- **Grégoire DE ROTALIER**, président et Erwan SALQUE, MALTA-DICSIT Informatique
- **Olivier GALY**, directeur général et Emmanuel SICARD, président, MHCOMM
- **Dr Aurélien LAMBERT**, président, PANDALAB
- **Vincent BARRAUD**, account manager, PROSODIE Capgemini
- **Dr Alexandre MAISONNEUVE**, co-fondateur et directeur médical, QARE

- **Christophe LOISON**, directeur, SMD Perfusion et **Guillaume CHARON**, chef de produit MICREL Medical Devices, MICRELCARE
- **Laurent FLORENTIN**, directeur commercial, TMM Software
- **Jérôme GRESSE**, directeur commercial, **Cédric GABORIEAU**, chef de produit, **Jérôme PERCEVAULT**, chef de produits, et **Cheick SANOGO**, chargé d'affaires Île-de-France, UP-CITYZEN

La FNEHAD tient également à remercier l'ensemble des membres de la MSIN, qui, par leur investissement ont rendu ce travail possible :

- **Zabouda CRETENET**, directrice projets et coopérations SantélyS ;
- **Dr Cécile DI SANTOLO**, médecin coordonnateur et chargée du développement, HAD de l'Agglomération nancéienne (HADAN), Grand-Est ;
- **Denis HAVEZ**, consultant ;
- **Vincent HUBERT**, chef de projets SI, HAD France, Normandie, Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Occitanie ;
- **Jérôme LEMAI**, directeur général, Santé services de la région de Lens, Hauts-de-France ;
- **Emmanuel LETERME**, ancien directeur du système d'informations, Fondation Santé service, Île-de-France ;
- **Nicolas NOIRIEL**, ancien délégué national de la FNEHAD.

La FNEHAD remercie enfin **Constance MAUBANT**, chargée de projet stagiaire de la FNEHAD, **Laure BOISSERIE-LACROIX**, conseillère médicale de la FNEHAD et **Anastasia STRIZYK**, chargée de mission de la FNEHAD pour leur relecture attentive.

04

ANNEXES

Glossaire

ALD	Affection de longue durée	HOP'EN	[Programme] Hôpital numérique ouvert sur son environnement
AM	Assurance maladie	IA	Intelligence artificielle
AMO	Assurance maladie obligatoire	IDE	Infirmier.ère diplômé.e d'État
A/R	Aller-retour	IDEC	Infirmier.ère diplômé.e d'État de coordination
ARS	Agence régionale de santé	IDEL	Infirmier.ère diplômé.e d'État libéral.e
AVC	Accident vasculaire cérébral	LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
AVK	Antivitamines K	Medco	Médecin coordonnateur.rice
CDS	Centre de santé	MG	Médecin généraliste
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé	MH	Médecin hospitalier.ère
CR	Compte rendu	MPR	Médecine physique et réadaptation
DGARS	Directeur général de l'Agence régionale de Santé	MT	Médecin traitant.e
DMP	Dossier Médical Partagé	MSIN	Mission Système d'information et Numérique (FNEHAD)
DPI	Dossier patient informatisé	MSS	Messagerie sécurisée de santé
DSI	Direction des systèmes d'information	N.A.	Réponse non disponible
EHPAD	Établissements d'hébergement pour personne âgée dépendante	NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
ES	Établissement de santé	PA	Personne âgée
ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux	PPS	Plan personnalisé de soins
ETAPES	Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé	RGPD	Règlement général sur la protection des données
ETP	Éducation thérapeutique patient	SaaS	Logiciel en tant que service
Ex-DG	[Établissement] Ex-Dotation Globale	SFSD	Société française de santé digitale
Ex-OQN	[Établissement] Ex-Objectif Quantifié National	SI	Système d'information
FIR	Fonds d'intervention régional	SIH	Système d'information hospitalier
FISS	Fonds pour l'innovation du système de santé	T2A	Tarifification à l'activité
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile	TLA	Télé-assistance
GHT	Groupement hospitalier territorial	TIC	Technologies de l'information et de la communication
HAD	Hospitalisation à domicile	TLC	Téléconsultation
HAS	Haute Autorité de Santé	TLE	Téléexpertise
HPST	[Loi] Hôpital, Patients, Santé, Territoires	TLS	Télesurveillance
		TLSu	Télesuivi
		TLSo	Télesoin

Références

Références juridiques

- Arrêté du 13 décembre 2017 modifiant la procédure d'inscription et les conditions de prise en charge du dispositif médical à pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil et prestations associées au paragraphe 4 de la sous-section 2, section 1, chapitre 1^{er}, titre 1^{er} de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPPR) du code de la sécurité sociale.
- Article L.1434-4 du Code de la Santé publique.
- Article L.1461-1 et suivants du code de la santé publique introduits par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Article L.162-14-1 du Code de la sécurité sociale.
- Articles L.381-30 et suivants du Code de la sécurité sociale.
- Article L.6316 du Code de la santé publique.
- Article R160-6 du Code de la sécurité sociale.
- Directive 93/42/CEE du Conseil du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux.
- Loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 11 octobre 2018 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Journal Officiel n° 0249 du 27 octobre 2018.
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Décret n° 2018-137 du 26 février 2018 relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel. Journal Officiel n° 0049 du 28 février 2018.
- Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE.
- Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).
- Avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 25 août 2016.

Références institutionnelles

- Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM). Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation : un mode de consultation qui se développe progressivement. Dossier de presse, 2019. [en ligne] Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_1er_anniversaire_du_remboursement_de_la_teleconsultation_sept_2019.pdf (Consulté le 08/01/2020).
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement de santé. Guide DGOS, 2019. [en ligne] Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_facturation_tlm_en_etablissement_de_sante.pdf (Consulté le 22/01/2020).
- HAS. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Guide de bonnes pratiques, 2019. [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf (Consulté le 20/01/2020).
- HAS. Fiche mémo. Téléconsultation et téléexpertise. Mai 2019. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf
- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. Livre blanc des systèmes d'information en hospitalisation à domicile. Paris : FNEHAD, 2009, 143 p.
- MILON, Alain. Rapport n° 524 relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. [en ligne]. Paris : Sénat, 2019, 931 p. Disponible sur <https://www.senat.fr/rap/l18-524/l18-5241.pdf> (Consulté le 07/01/2019).
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route « Accélérer le virage numérique ». Dossier d'information [en ligne]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019, 28 p. Disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190425_dossier_presse_masante2022_ok.pdf (Consulté le 08/01/2019).
- SAFON, Marie-Odile. La e-santé : Télésanté, santé numérique ou santé connectée. [en ligne]. Paris : IRDES, Centre de documentation de l'IRDES, 2019, 377 p. Disponible sur <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/e-sante.pdf> (Consulté le 07/01/2020).

Sites internet

- HAS. E-Santé. [en ligne]. (2016) Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2056029/en/e-sante (Consulté le 07/01/2020).
- Ministère des Solidarités et de la Santé. La télémédecine. [en ligne]. (Mise à jour le 27/11/2019) Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine> (Consulté le 07/01/2020).
- Ministère des Solidarités et de la Santé. Le programme HOP'EN. [en ligne]. (Mise à jour le 18/12/19) Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/hopen> (Consulté le 20/01/2020).



FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS
D'HOSPITALISATION
À DOMICILE

www.fnehad.fr

 [@fnehad_info](https://twitter.com/fnehad_info)



www.sf-telemed.org

 [@Sfsd_fr](https://twitter.com/Sfsd_fr)