



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise

Rapport d'élaboration des guides de bonnes pratiques

mai 2019

Le guide et son rapport d'élaboration sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Service Communication – Information

5 avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Haute Autorité de santé – Guide pour la qualité et sécurité des actes de
téléconsultation et de téléexpertise - Rapport d'élaboration
Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2019

Sommaire

Abréviations et acronymes.....	4
Préambule	5
1. Contexte	6
1.1 Cadre juridique de la télémédecine.....	6
1.2 Remboursement des actes de téléconsultation et de téléexpertise dans le droit commun	19
2. Méthode.....	20
3. Analyse de la littérature.....	25
3.1 Recommandations générales.....	25
3.2 Recommandations en imagerie médicale	40
4. Position du groupe de travail.....	61
5. Commentaires suite à la relecture	68
5.1 Commentaires reçus pour le guide pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et téléexpertise	69
5.2 Commentaires reçus pour le guide appliqué à l'imagerie médicale	73
Annexe 1. Recherche documentaire.....	79
Annexe 2. Contenu des recommandations	83
Références	143
Participants.....	146
Fiche descriptive	149

Abréviations et acronymes

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ASIP santé	Agence française de la santé numérique
ASN.....	Autorité de sûreté nucléaire
AVC.....	Accident vasculaire cérébral
CAQCS	Contrat pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
CMG.....	Collège de la médecine générale
CNAMTS.....	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSF-	Collège national des sages-femmes de France
CNIL.....	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CSP.....	Code de la santé publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DMP	Dossier médical partagé
EHPAD.....	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
FIR	Fond d'intervention régional
FSM	Fédération des spécialités médicales
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS.....	Haute Autorité de santé
HPST	Hôpital, patients, santé et territoire
INCA	Institut national du cancer
INS	Identifiant national de santé
JORF.....	Journal officiel de la République française
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
PRT.....	Programme régional de télémedecine
TLC.....	Téléconsultation
TLE	Téléexpertise
TLM.....	Télémedecine
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UNAASS	France assos santé
UNCAM.....	Union nationale des caisses d'assurance maladie

Préambule

Ce rapport d'élaboration accompagne les documents élaborés par la Haute Autorité de santé (HAS) pour la qualité et la sécurité de téléconsultation et de téléexpertise et accessibles sur le site internet de la HAS.

Ce rapport décrit la méthode d'élaboration du guide et des recommandations. Il comprend des éléments de contexte sur la télémédecine en France, l'analyse de la littérature, la position du groupe de travail et les commentaires du groupe de lecture et des parties prenantes.

1. Contexte

1.1 Cadre juridique de la télémédecine

► Définition de la télémédecine

Le cadre juridique de la télémédecine a été posé par la loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires" (HPST) du 21 juillet 2009¹ ; l'article 78 de cette loi a modifié le Code de la santé publique afin d'y intégrer la définition de la télémédecine :

« Art. L. 6316-1. - La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »

Les professions de santé sont définies par le Code de la santé publique². Les professions médicales sont au nombre de trois : chirurgien-dentiste, médecin et sage-femme.

► Définition des actes de télémédecine

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010³ a défini cinq actes de télémédecine dans le Code de la santé publique, ainsi que les conditions de mise en œuvre et l'organisation de la télémédecine.

1. **La téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'[article 44](#) de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;
2. **La téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
3. **La télésurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

¹ [Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009](#) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, publiée au JORF n° 0167 du 22 juillet 2009

² Selon le Code de la santé publique (CSP), les professions de la santé se décomposent en trois catégories :

1. **Les professions médicales** : médecins, sages-femmes et odontologistes (art. L. 4111-1 à L. 4163-10).

2. **Les professions de la pharmacie** : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens médicaux (art. 4211-1 à 4252-3) ;

3. **Les professions d'auxiliaires médicaux** (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers (art. 4311-1 à 4394-3).

³ [Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine](#) publié au JORF n° 0245 du 21 octobre 2010

4. **La téléassistance médicale**, qui 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 ;
5. **La réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1. »

La saisine porte sur les actes de téléconsultation et de téléexpertise tels que définis à l'article R.6316-1 du Code de la santé publique.

► Conditions de mise en œuvre et organisation de la télémédecine

Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010³ a défini les conditions de mise en œuvre et l'organisation de la télémédecine dans le Code de la santé publique.

Un décret relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine, visant à faciliter le déploiement de la télémédecine a été publié au JORF en septembre 2018⁴. Ce décret a supprimé :

- l'obligation de signature de la feuille de soins pour la facturation des actes de télémédecine mentionnés à l'article R. 6316-1 du Code de la santé publique (modification de l'article R. 161-43-1 du Code de la sécurité sociale), ainsi que pour les actes pris en charge dans le cadre des expérimentations de télémédecine prévues à l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (article 2 du projet de décret),
- l'obligation de contractualisation entre l'Agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à l'activité de télémédecine (abrogation des articles R. 6316-6 et R. 6316-7 du décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010),
- l'obligation de conventionnement entre acteurs mettant en œuvre une activité de télémédecine (abrogation de l'article R. 6316-8 du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010),
- le programme national relatif à l'activité de télémédecine et à son organisation de la liste des plans, programmes et projets de la stratégie nationale de santé (abrogation du 7° de l'article R. 1411-2 du code de la santé publique).

Suite à ce décret, l'organisation de la télémédecine, décrite dans le Code de la santé publique, est simplifiée.

Les formalités préalables pour la mise en œuvre des actes de télémédecine (e.g. obligation de contractualisation avec l'ARS, obligation de conventionnement) ont été supprimées en 2018, dans le but de favoriser le déploiement de la télémédecine.

En pratique, la télémédecine répond aux mêmes exigences que la médecine en présentiel. Elle s'exerce dans le respect des lois et règlements applicables aux conditions d'exercice, des règles de déontologie et des standards de pratique clinique (recommandations, etc.) et aux règles spécifiques à la télémédecine (consentement du patient, authentification des professionnels de santé, compte-rendu de l'acte de télémédecine inscrit dans le dossier du patient, etc.). Ces exigences sont rappelées dans le Tableau 1.

⁴ Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine publié au JORF n°0212 du 14 septembre 2018

La télémédecine reposant sur les technologies de l'information et la communication (échange et archivage de données de santé), une attention particulière doit être portée sur la sécurité et la protection des données de santé.

Tableau 1 : Principales conditions s'appliquant aux actes de télémédecine

Condition	Texte de loi	« extrait du texte »
Règles de droit commun sur l'exercice de la médecine		
Respect des lois et règlements applicables aux conditions d'exercice : 1. Diplômes et à la nationalité	Article L. 4111-1 du CSP	« Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme s'il n'est : 1° Titulaire d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné aux articles L. 4131-1, L. 4141-3 ou L. 4151-5 ;2° De nationalité française, de citoyenneté andorrane ou ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, du Maroc ou de la Tunisie, sous réserve de l'application, le cas échéant, soit des règles fixées au présent chapitre, soit de celles qui découlent d'engagements internationaux autres que ceux mentionnés au présent chapitre ; 3° Inscrit à un tableau de l'ordre des médecins, à un tableau de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou à un tableau de l'ordre des sages-femmes (...) »
	Article L. 4111-2 du CSP	« I.- Le Ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre. Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité, et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française. (...) »
Respect des lois et règlements applicables aux conditions d'exercice : 2. Inscription à un ordre professionnel	Article L. 4112-1 du CSP	« Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes qui exercent dans un département sont inscrits sur un tableau établi et tenu à jour par le Conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent « Un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ne peut être inscrit que sur un seul tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle, sauf dérogation prévue par le Code de déontologie mentionné à l'article L. 4127-1 . » « Un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme inscrit ou enregistré en cette qualité dans un Etat ne faisant pas partie de l'Union européenne ou n'étant pas partie à l'accord sur l'Espace économique européen ne peut être inscrit à un tableau de l'Ordre dont il relève ».
	Article L. 4112-2 du CSP	Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme qui demande son inscription au tableau prévu à l'article L. 4112-1 doit faire la preuve d'une connaissance suffisante de la langue française.

Condition	Texte de loi	« extrait du texte »
		<p>En cas de doute, le Président du conseil départemental de l'ordre ou son représentant peut entendre l'intéressé. Une vérification peut être faite à la demande du conseil de l'ordre ou de l'intéressé par le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme désigné par le Directeur général de l'agence régionale de santé.</p> <p>Le contrôle de la maîtrise de la langue doit être proportionné à l'activité à exercer et réalisé une fois la qualification professionnelle reconnue.</p>
	<p>Article L. 4112-7 du CSP</p>	<p>« Le médecin, le praticien de l'art dentaire ou la sage-femme ressortissant d'un Etat, membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui est établi et exerce légalement les activités de médecin, de praticien de l'art dentaire ou de sage-femme dans un Etat, membre ou partie, peut exécuter en France, de manière temporaire et occasionnelle, des actes de sa profession sans être inscrit a tableau de l'ordre correspondant. L'exécution de ces actes est subordonnée à une déclaration préalable, qui est accompagnée de pièces justificatives dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Le prestataire joint une déclaration concernant les connaissances linguistiques nécessaires à la réalisation de la prestation. Le contrôle de la maîtrise de la langue doit être proportionné à l'activité à exercer et réalisé une fois la qualification professionnelle reconnue. Le médecin, le praticien de l'art dentaire ou la sage-femme, prestataire de services, est tenu de respecter les règles professionnelles applicables en France et est soumis à la juridiction disciplinaire compétente (...) ».</p>
<p>Respect des lois et règlements applicables aux conditions d'exercice :</p> <p>3. Communication des contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de sa profession</p>	<p>Article L. 4113-9 du CSP</p>	<p>Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes en exercice, ainsi que les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes doivent communiquer au Conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession ainsi que, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local.</p> <p>Les mêmes obligations s'appliquent aux contrats et avenants ayant pour objet de transmettre sous condition résolutoire la propriété du matériel et du local. Elles ne s'appliquent pas aux contrats conformes à un contrat-type soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>La communication prévue ci-dessus doit être faite dans le mois suivant la conclusion du contrat ou de l'avenant, afin de permettre l'application des articles L. 4121-2 et L. 4127-1.</p> <p>Les contrats et avenants dont la communication est prévue ci-dessus doivent être tenus à la</p>

Condition	Texte de loi	« extrait du texte »
		<p>disposition du Ministre chargé de la santé par le conseil départemental de l'ordre des médecins, par le Conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou par le Conseil départemental de l'ordre des sages-femmes.</p> <p>Toute personne physique ou morale passant un contrat avec un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme doit le faire par écrit.</p> <p>Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes exerçant en société doivent communiquer au conseil de l'ordre dont ils relèvent, outre les statuts de cette société et leurs avenants, les conventions et avenants relatifs à son fonctionnement ou aux rapports entre associés. Ces communications doivent être faites dans le mois suivant la conclusion de la convention ou de l'avenant.</p> <p>Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4124-6.</p>
Respect de l'obligation d'assurance	Article L. 1142-2 du CSP	« Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis (...) sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité. (...) En cas de manquement à l'obligation d'assurance prévue au présent article, l'instance disciplinaire compétente peut prononcer des sanctions disciplinaires. »
Respect des règles de déontologie	Code de déontologie médicale	(Articles R. 4127-1 à R. 4127-112 du CSP)
	Code de déontologie des chirurgiens-dentistes	(Articles R. 4127-201 à R. 4127-284 du CSP)
	Code de déontologie des sages-femmes	(Articles R. 4127-301 à R. 4127-367 du CSP)
Information du patient	Article L. 1111-2 du CSP	« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur

Condition	Texte de loi	« extrait du texte »
		urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »
Consentement libre et éclairé du patient	Article L1111-2 du CSP	« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. »
	Article L1111-4 du CSP	« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. (...) ».
Respect de la vie privée et du secret médical	Article L. 1110-4 du CSP	« I.- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social (...) a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé. (...) »
Respect des règles d'échange et de partage d'information au sein de l'équipe	Article L. 1110-12 du CSP	« (...) L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la

Condition	Texte de loi	« extrait du texte »
<p>des soins</p> <p>1. définition de l'équipe de soins</p>		<p>coordination de plusieurs de ces actes, et qui :</p> <p>1° Soit exercent dans le même établissement de santé, au sein du service de santé des armées, dans le même établissement ou service social ou médico-social (...) ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale (...);</p> <p>2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;</p> <p>3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du Ministre chargé de la santé. »</p>
<p>Respect des règles d'échange et de partage d'information au sein de l'équipe des soins</p> <p>2. Partage des informations au sein d'une même équipe de soins / entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins</p>	<p>Article L. 1110-4 du CSP</p>	<p>« (...) II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.</p> <p>III.- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.</p> <p>Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.</p> <p>IV.- La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. (...) »</p>
<p>Respect de la loi informatique et liberté⁵</p>	<p>Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données</p>	<p>/</p>

⁵ En France, l'opposabilité du RGPD a entraîné la modification de la loi information et liberté de 1978 par la loi n° 2018-1125 du 20 juin 2018 et son décret d'application n° 2018-687 et l'ordonnance de réécriture n° 2018-1125 du 12 décembre 2018

Condition	Texte de loi	« extrait du texte »
Respect du règlement général sur la protection des données (RGPD)	<p><u>personnelles (1)</u></p> <p><u>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)</u></p>	<p>Article 5 - EU RGPD : "Principes relatifs au traitement des données à caractère personnel"</p> <p>1. Les données à caractère personnel doivent être:</p> <p>a) traitées de manière licite, loyale et transparente au regard de la personne concernée (licéité, loyauté, transparence); => Article: <u>6</u>, <u>9</u></p> <p>b) collectées pour des finalités déterminées, explicites et légitimes, et ne pas être traitées ultérieurement d'une manière incompatible avec ces finalités; le traitement ultérieur à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques n'est pas considéré, conformément à l'<u>article 89</u>, paragraphe 1, comme incompatible avec les finalités initiales (limitation des finalités); => Article: <u>6</u>, <u>26</u></p> <p>c) adéquates, pertinentes et limitées à ce qui est nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées (minimisation des données); => Article: <u>25</u></p> <p>d) exactes et, si nécessaire, tenues à jour; toutes les mesures raisonnables doivent être prises pour que les données à caractère personnel qui sont inexactes, eu égard aux finalités pour lesquelles elles sont traitées, soient effacées ou rectifiées sans tarder (exactitude); => Article: <u>16</u></p> <p>e) conservées sous une forme permettant l'identification des personnes concernées pendant une durée n'excédant pas celle nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles sont traitées; les données à caractère personnel peuvent être conservées pour des durées plus longues dans la mesure où elles seront traitées exclusivement à des fins archivistiques dans l'intérêt public, à des fins de recherche scientifique ou historique ou à des fins statistiques conformément à l'<u>article 89</u>, paragraphe 1, pour autant que soient mises en œuvre les mesures techniques et organisationnelles appropriées requises par le présent règlement afin de garantir les droits et libertés de la personne concernée (limitation de la conservation);</p> <p>f) traitées de façon à garantir une sécurité appropriée des données à caractère personnel, y compris la protection contre le traitement non autorisé ou illicite et contre la perte, la destruction ou les dégâts d'origine accidentelle, à l'aide de mesures techniques ou organisationnelles appropriées (intégrité et confidentialité); => Article: <u>24</u>, <u>32</u></p> <p>2. Le responsable du traitement est responsable du respect du paragraphe 1 et est en mesure de démontrer que celui-ci est respecté (responsabilité). => Article: <u>77</u>, <u>82</u>, <u>83</u></p>

Condition	Texte de loi	« extrait du texte »
Hébergement des données personnelles	Article L.1111-8 du CSP	<p>I.- Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données ou pour le compte du patient lui-même, réalise cet hébergement dans les conditions prévues au présent article. L'hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou numérique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime.</p> <p>La prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un contrat.</p> <p>II.- L'hébergeur de données mentionnées au premier alinéa du I sur support numérique est titulaire d'un certificat de conformité. S'il conserve des données dans le cadre d'un service d'archivage électronique, il est soumis aux dispositions du III.</p> <p>Ce certificat est délivré par des organismes de certification accrédités par l'instance française d'accréditation ou l'instance nationale d'accréditation d'un autre Etat membre de l'Union européenne mentionnée à l'article 137 de la loi n°2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.</p> <p>Les conditions de délivrance de ce certificat sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des Conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.</p> <p>III.- L'hébergeur de données mentionnées au premier alinéa du I est agréé par le Ministre chargé de la culture pour la conservation de ces données sur support papier ou sur support numérique dans le cadre d'un service d'archivage électronique.</p> <p>Les conditions d'agrément sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé.</p> <p>L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par les articles L. 121-1, L. 121-2 et L. 122-1 du code des relations entre le public et l'administration, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.</p> <p>IV.- (...)</p> <p>V.- (...)</p> <p>VI.- (...)</p> <p>VII.- (...) ».</p>

Condition	Texte de loi	« extrait du texte »
Respect des référentiels d'interopérabilité et de sécurité	Article L. 1110-4-1 du CSP	Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24 . Ces référentiels sont approuvés par arrêté du Ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.
Identifiant national de santé (INS)	Compléter ?	Décret n° 2017-412 du 27 mars 2017 relatif à l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques comme identifiant national de santé
Règles propres à l'activité de télémédecine		
Définition des actes de télémédecine	Article R. 6316-1 du CSP	<p>Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :</p> <p>1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;</p> <p>2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;</p> <p>3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;</p> <p>4° La téléassistance médicale, qui 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 ;</p>

Condition	Texte de loi	« extrait du texte »
		5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 .
Consentement libre et éclairé de la personne	Article R. 6316-2 du CSP	Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4 . Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication.
Conditions de réalisation des actes	Article R. 6316-3 du CSP	Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant : 1° a) L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ; b) L'identification du patient ; c) L'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ; 2° Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.
Tenue du dossier patient (compte-rendu, actes, prescriptions, identité, date et heure, incidents techniques)	Article R. 6316-4 du CSP	Sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation mentionnée à l'article R. 4127-45 : 1° Le compte rendu de la réalisation de l'acte ; 2° Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ; 3° L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ; 4° La date et l'heure de l'acte ; 5° Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.
Formation et compétences des professionnels	Article R. 6316-9 du CSP	Les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémédecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémédecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.
Conformité aux	Article R. 6316-10 du	Les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la

Condition	Texte de loi	« extrait du texte »
modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel	CSP	communication pour la pratique d'actes de télémédecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 .

1.2 Remboursement des actes de téléconsultation et de téléexpertise dans le droit commun

En 2018, le financement des actes de téléconsultation et de téléexpertise est entré dans le droit commun.

L'avenant n° 6 à la convention de 2016, signé entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux, a été publié au Journal Officiel du 10 août 2018⁶. L'accord a officialisé et encadré les deux actes de télémédecine qui sont pris en charge :

- la téléconsultation ouverte à tout assuré, quel que soit son lieu de résidence, et à tout médecin, quelle que soit sa spécialité, à partir du 15 septembre 2018⁷ ;
- la téléexpertise, à partir de février 2019⁸, réservée dans un premier temps à certains patients (ALD, maladies rares, zones dites « sous denses », EHPAD et structures médico-sociales, détenus). Le calendrier de déploiement de la téléexpertise au profit de l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Les actes de télésurveillance, continuent de faire l'objet d'expérimentations, pour une durée de 4 ans à compter du 1^{er} janvier 2018 (article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁹).

Les actes de téléconsultation et de téléexpertise sont amenés à se déployer sur le territoire national suite à leur entrée dans le remboursement de droit commun.

⁶ [Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 25 août 2016](#) publié au JORF du 10 août 2018

⁷ [Décision du 10 juillet 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie](#) publiée au JORF n°0197 du 28 août 2018

⁸ [Décision du 6 novembre 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'Assurance maladie](#) publiée au JORF n°0293 du 19 décembre 2018

⁹ [Article 54](#) de la LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

2. Méthode

► Objectif

Proposer aux professionnels différents documents pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, afin de les accompagner dans le déploiement de ces actes.

La HAS a souhaité proposer aux professionnels des recommandations génériques qui décrivent un cadre commun pour la mise en place et la réalisation des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Ces recommandations pourront être adaptées par les acteurs de terrain pour tenir compte des spécificités de prise en charge de leurs patients, liées à la profession et au domaine médical, à la pathologie, et aux conditions locales de prise en charge.

► Personnes concernées

- Professionnels qui participent à la prise en charge du patient par téléconsultation ou téléexpertise (professionnels médicaux, professionnels de santé et autres professionnels intervenant auprès du patient) ;
- Patients.

► Périmètre

Cette saisine concerne l'ensemble des actes de téléconsultation et de téléexpertise, quels que soient leurs lieux (ville, établissement de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, domicile des patients, etc.) et modes (exercice libéral, salarié, etc.) de réalisation.

Ces recommandations s'appliquent à l'ensemble des actes de téléconsultation et téléexpertise, qu'ils soient remboursés ou non.

Le guide ne traite pas l'utilisation de la télémédecine dans le cadre de la recherche ou de l'enseignement.

► Livrables

- Guide de bonnes pratiques pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise
- Outil d'évaluation des pratiques (selon la méthode du patient-traceur).
- Guide de bonnes pratiques pour la qualité et la sécurité des actes de téléimagerie (radiologie et médecine nucléaire)
- Fiche pour informer les patients en amont d'une téléconsultation

► Méthode d'élaboration

La méthode a été mise en œuvre selon la méthode d'élaboration des fiches mémo, disponible sur le site de la HAS¹⁰. Elle a reposé sur une analyse de la littérature, des réunions avec des experts réunis en groupe de travail et une relecture par un groupe de lecture et des parties prenantes.

Recherche documentaire

Recherche documentaire dans la base de données Medline

Notre objectif a été de rechercher les recommandations qui décrivent les critères de qualité et de sécurité des actes de télémédecine : recommandations générales sur la télémédecine et recommandations spécifiques à l'imagerie médicale. Les documents autres que les

¹⁰ Guide méthodologique HAS "[Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence](#)". Avril 2016.

recommandations (ex. : méta-analyses, études cliniques, revues systématiques) n'ont pas été recherchés.

Recherche documentaire non systématisée

Des documents d'intérêt (e.g. recommandations de télé médecine, recommandations de télé radiologie, autres documents aidant à la mise en place d'une activité de télé médecine ou télé radiologie, etc) ont été recherchés sur des sites internet de sociétés savantes, d'agences de santé, etc.

La recherche documentaire est décrite en annexe « Recherche documentaire »

Groupe de travail

Un groupe de travail a été réuni à deux reprises le 12 septembre 2018 et le 3 octobre 2018.

Mme Florence BEGUE, directrice projet médico-soignant partagé (PMSP) et télé médecine, Dieppe

Mme Amélie CHOPIN, infirmière, Rennes

Pr Olivier COUTURIER, médecin nucléaire, Pirae, Tahiti

Pr Simon FILIPPI, médecin généraliste, Gap

Pr Jean-Yves GAUVRIT, médecin radiologue, Rennes

Dr Benjamin GEISSLER, médecin nucléaire, Saint Etienne

Dr Rémi GIRERD, médecin-urgences-SMUR-UHTCD, Saint-Paul-La-Réunion

Dr Isabelle HAUGER, médecin généraliste et coordonnateur en EHPAD, Bordeaux

Dr Mélanie KINNE, médecin généraliste, service USMP, Nîmes

M. Lomig LE BIHAN, infirmier, Rennes

Mme Valérie LE CAMUS, cadre expert en charge de la qualité et de la sécurité des soins, Direction des soins et des affaires paramédicales (DSAP), Paris

Dr Frédéric LEFEVRE, médecin radiologue, Nancy

Dr Stéphanie REBOUL - Van Der MEULEN, médecin urgences, Montpellier

Mme Delphine BLANCHARD, usager du système de santé

Dr Michel SERIN, médecin généraliste, Maison de santé, Saint-Amand en Puisaye

M. Anthony SIRI, infirmier, Valenciennes

Mme Lydiane VRIGNAUD, responsable de pôle « Dossiers partagés, orientation et télé médecine », Pays de la Loire

Mme Magali WITZ, administrateur RIS/PACS, Strasbourg

Groupe de lecture

Un groupe de lecture a été sollicité pour la relecture des documents entre le 25 janvier et le 8 février 2019.

Dr Yassine AL TABAA, médecin nucléaire, Montpellier

Mme Anne BUISSON, directrice adjointe communication/recherche, Association AFA, Paris

Madame Pascale COUSIN, pharmacienne, Bagneux

Dr Jean-Christophe DELESALLE, médecin radiologue, Saint-Martin-Boulogne

Dr Bernard DEMANGEON, médecin généraliste, Nancy

Mme Rose FARNIA, consultante e-santé, Docteur en ingénierie, région Centre Val-de-Loire

Mme Valérie GARBAY, responsable management par la qualité en imagerie médicale privée, Carbon-Blanc

Mme Nolwenn GERARD, infirmière de télé médecine, Clichy

Mme Rita GHOUFLE, infirmière, Thann

Mme Cathy HANSER, chef de projet Télé médecine – ASAME, Traubach

Mme Hélène JAVANI, Co-fondatrice & membre du CA - SARAH Santé, Auteuil

Mme Valérie PALMIOTTI-ROUSSEL, responsable plurirégional perfusion diabète éducation, Douai

Dr Laurent VERZAUX, médecin radiologue, Le Havre

Consultations des parties prenantes

Les parties prenantes (institutions, sociétés savantes et associations professionnelles) ont été sollicitées pour la relecture du guide entre le 25 janvier et le 8 février 2019.

Institutions et administrations

Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP)

Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

Agences régionales de santé (ARS) :

Auvergne-Rhône-Alpes

Bourgogne-Franche-Comté

Bretagne

Centre-Val de Loire

Corse

Grand est

Guadeloupe

Guyane

Hauts-de-France

Ile-de-France

Martinique

Normandie

Nouvelle Aquitaine

Occitanie

Pays de Loire

Provence-Alpes-Côte d'Azur

Océan indien : Réunion - Mayotte

Autorité de sûreté nucléaire (ASN)

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Institut national du cancer (INCA)

Associations de patients

France Assos Santé (UNAASS)

Ordres professionnels

Conseil national de l'ordre des médecins

Conseil national de l'ordre des sages-femmes

Ordre national des chirurgiens-dentistes

Ordre national des pharmaciens

Ordre national des infirmiers

Représentants des professionnels médicaux

Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire

Collège de la médecine générale (CMG)

Collège national des sages-femmes de France (CNSF)

Fédération des spécialités médicales (FSM)

CNP d'addictologie (Fédération française d'addictologie)

CNP d'allergologie et d'immunologie (CNPAI)

CNP d'anesthésie-Réanimation

CNP de biologie des agents infectieux-Hygiène hospitalière

CNP de biologie médicale

CNP de cardiologie (CNPC)

CNP de chirurgie de l'enfant (Conseil national de la chirurgie de l'enfant)

CNP de chirurgie orthopédique et traumatologique (CNP-SOFCOT)

CNP de chirurgie plastique (Directoire professionnel des plasticiens)

CNP de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (CNP-CTCV)
CNP de chirurgie vasculaire
CNP de chirurgie viscérale et digestive (CNPCVD)
CNP de dermatologie (Conseil de coordination de la dermatologie)
CNP d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques (CNPEDMM)
CNP de génétique clinique, chromosomique et moléculaire
CNP de gériatrie
CNP de gynécologie et obstétrique (CNPGO)
CNP d'hématologie
CNP d'hépatogastroentérologie (CNP-HGE)
CNP d'infectiologie (CNP-FFI)
CNP des internistes (CNPI)
CNP de médecine d'urgence (Collège français de médecine d'urgence)
CNP de médecine du sport (CNPMS)
CNP de médecine du travail (CNPMT)
CNP de médecine Intensive-réanimation
CNP de médecine légale et expertises médicales
CNP de médecine nucléaire
CNP de médecine physique et de réadaptation (FEDMER-CNP de MPR)
CNP de médecine vasculaire (CNPMV)
CNP de néphrologie (CNP-Néphrologie)
CNP de neurochirurgie
CNP de neurologie (Fédération française de neurologie)
CNP de nutrition
CNP d'oncologie médicale
CNP d'ophtalmologie (Académie française de l'ophtalmologie)
CNP d'ORL et CCF (CNP ORL)
CNP des pathologistes (CN Path)
CNP de pédiatrie
CNP de pneumologie (Fédération française de pneumologie)
CNP de psychiatrie
CNP de radiologie (G4)
CNP de radiothérapie oncologique
CNP de rhumatologie (Collège français des médecins rhumatologues)
CNP de santé publique (CNP-SP)
CNP de stomatologie, chirurgie orale et maxillo-faciale
CNP d'Urologie (CNPU)
CNP de vigilance et thérapeutique transfusionnelles, tissulaires et cellulaires (CNP V3TC)

Représentants des auxiliaires médicaux

Association française des techniciens en médecine nucléaire (AFTMN)
Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE)

Fédérations

Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP)
Fédération des établissements hospitaliers & d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)
Fédération française des maisons et des pôles de santé (FFMPS)
Fédération hospitalière française (FHF)
Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA)
Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) : Fédération UNICANCER
Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
Fédération nationale des centres de santé (FNCS)
Fédération des soins primaires (FSP)

Sociétés savantes

Société française de télémédecine (SFT)

Représentants des éditeurs d'informatique médicale

Fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire (FEIMA)

Les Entreprises des systèmes d'information sanitaires et sociaux (LESSIS)

Autres personnes consultés dans le cadre de ce projet et ayant répondu

Isabelle BONGIOVANNI, chef de projet, Service évaluation médicale, économique et en santé publique (SEESP), Haute Autorité de santé

Mme Julie CHABROUX, chargée de mission e-santé, Ministère des solidarités et de la santé

Dr Vincent MOUNIC, conseiller du chef de service du service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours (SA3P), Haute Autorité de santé

Synthèse des commentaires et modification des documents

Suite à la synthèse des commentaires du groupe de lecture et des parties prenantes (cf. paragraphe 5 du rapport), les documents élaborés ont été modifiés.

3. Analyse de la littérature

3.1 Recommandations générales

3.1.1 Résultats de la recherche documentaire

► Recherche documentaire dans la base de données Medline

Sur 148 références issues de la recherche systématisée, neuf références ont été sélectionnées sur titre et résumé.

Après lecture complète de l'article, deux références ont été retenues pour analyse.

- D'une publication de l'*American College of Physicians* qui a émis des recommandations pour l'utilisation de la télémédecine en soins primaires (1) et,
- D'une publication, issue de services universitaires spécialisés en e-santé, qui dresse la liste des critères à intégrer dans les futures recommandations pour la télémédecine en Corée (2).

► Recherche documentaire non systématisée

La recherche documentaire non systématisée a permis d'identifier 22 publications relatives au bon usage de la télémédecine. Il s'agit de :

- recommandations sur la télémédecine ("*guidelines*" ; "*standards of practice*") ;
- guide d'exercice (en français) ;
- déclaration ("*statement*") ;
- cadre commun pour l'élaboration de recommandations ("*standards framework*").

Au total, 24 publications d'intérêt sur le bon usage de la télémédecine ont été sélectionnées pour analyse.

3.1.2 Caractéristiques des recommandations sélectionnées

Les caractéristiques (origine, intitulé, champ couvert et méthode d'élaboration) des recommandations sélectionnées sont listées dans le Tableau 2.

Les recommandations sont issues des pays suivants : Australie (douze publications), Canada (trois publications), États-Unis d'Amérique (trois publications), France (deux publications) Corée (une publication), Japon (une publication), Nouvelle-Zélande (une publication), Singapour (une publication).

Nous notons que les recommandations sur la télémédecine sont le plus souvent issues des pays aux territoires étendus (Australie, Canada, États-Unis d'Amérique), au sein desquels les populations peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins liées aux grandes distances à parcourir.

Les recommandations sélectionnées ont été publiées entre 2011 et 2016.

Les auteurs des recommandations sont des Collèges de professionnels ou des Conseils ordinaires (onze publications), Sociétés savantes (six publications), des Autorités ou agences de santé (cinq publications) ; une publication a été élaborée de façon collégiale par différentes structures impliquées dans la télémédecine (Sociétés savantes, Agences de santé, Autorités sanitaires, etc.) ; une publication est issue d'auteurs universitaires.

Toutes ces publications visent à favoriser le bon usage de la télémédecine. La majorité des recommandations portent sur la prise en charge par télémédecine, au sens large, sans identifier un acte en particulier.

Concernant la méthode d'élaboration, les recommandations sélectionnées ne sont pas toujours élaborées selon les principes de l'*evidence-based medicine* et, pour certaines, la méthode d'élaboration n'est pas décrite. Nous avons néanmoins retenu toutes ces recommandations, considérant que l'objectif de notre travail n'était pas d'évaluer l'efficacité ou l'efficacité de la télémédecine, mais de rechercher les critères à mettre en place pour assurer la qualité des actes de téléconsultation et de téléexpertise ; or, ces critères sont bien décrits dans les toutes les références sélectionnées. De plus, comme nous le verrons lors de l'analyse du contenu des recommandations, la télémédecine est considérée par les auteurs comme une autre modalité d'exercice de la médecine, qui fait appel à la mise en place d'une nouvelle organisation, mais qui doit respecter les standards habituels de prise en charge clinique, en accord avec les recommandations de pratique clinique (qui, elles, sont fondées sur l'*evidence-based medicine*).

Tableau 2. Caractéristiques des recommandations sélectionnées : recommandations générales

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) France, 2016 (3)	La télémédecine en action. Construire un projet en télémédecine	Proposer aux porteurs de projet de télémédecine une démarche générale de déploiement de la télémédecine, applicable quel que soit la pathologie ou le parcours de prise en charge	L'ANAP a proposé cette démarche à partir de l'analyse de projets de télémédecine sur le terrain (Cf. « La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Tome 1 : Un éclairage pour le déploiement national » (4))
Agency for Clinical Innovation (ACI) Australie, 2015 (5)	<i>Guidelines for the use of telehealth for clinical and non-clinical settings in New South Wales</i>	Recommandations génériques à l'attention des professionnels de santé impliqués dans la télémédecine Des modèles de documents et des outils sont également proposés pour faciliter la mise en place de l'activité	Groupe de travail Revue de la littérature
Agency for Integrated Care (AIC), Academy of Medicine, Singapore (AMS), College of Family Physicians, Singapore (CFPS), Case Management Society of Singapore (CMSS), Health Sciences Authority (HSA), Pharmaceutical Society of Singapore (PSS), Singapore Nurses Association (SNA) Singapour, 2015 (6)	<i>National Telemedicine Guidelines</i>	Recommandations pour favoriser le développement de la télémédecine au niveau national en assurant la sécurité pour le patient et le soignant Différents niveaux de recommandations pour les utilisateurs [<i>must</i> (obligatoire) / <i>should</i> (fortement encouragé) / <i>may</i> (optionnel)]	Élaboration collégiale par plusieurs acteurs de la télémédecine à Singapour Revue de la littérature (notamment analyse des recommandations publiées en Australie, Canada, Japon, USA) Consultation de parties prenantes
American College of Physicians (ACP), États-Unis d'Amérique, 2015 (1)	<i>Policy recommendations to guide the use of telemedicine in primary care setting: an American College of Physicians position paper</i>	Recommandations pratiques à l'usage des médecins pour l'utilisation de la télémédecine en soins primaires et recommandations sur la politique de remboursement de la télémédecine	Revue de la littérature Document soumis à relecture Financement par la société savante (ACP) Gestion des liens d'intérêt

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
<p><i>American Telemedicine Association</i> États-Unis d'Amérique 2014 (7)</p>	<p><i>Core operational guidelines for telehealth services involving provider-patient interaction</i></p>	<p>Recommandations pour aider les professionnels de santé à mettre en place une prise en charge de qualité par télémedecine Différents niveaux de recommandations pour les utilisateurs [<i>shall</i> (à faire) / <i>shall not</i> (à éviter)/<i>should</i> (recommandé) / <i>may</i> (optionnel)]</p>	<p>Document soumis à relecture publique Validation finale par comité des directeurs de la société savante</p>
<p><i>American Telemedicine Association</i> États-Unis d'Amérique, 2014 (8)</p>	<p><i>Practice guidelines for live, on demand primary and urgent care</i></p>	<p>Recommandations pour la prise en charge par télémedecine dans un cadre épisodique et non planifié i.e. à la demande du patient qui a besoin d'une prise en charge immédiate (en soins primaire ou en soins d'urgence)</p>	<p>Document soumis à relecture publique Revue de la littérature Validation finale par comité des directeurs de la société savante</p>
<p><i>Australian College of Rural and Remote Medicine (ACCRM) ACRM Telehealth Advisory Committee (ATHAC)</i> Australie, 2016 (9)</p>	<p><i>ACCRM telehealth advisory committee (ATHAC) standards framework</i></p>	<p>Proposer un cadre commun pour la rédaction de recommandations de télémedecine par les sociétés savantes, établissements de soins, autres organisations prenant en charge des patients Cadre commun à adapter à différentes spécialités</p>	<p>Élaboration collégiale (participation de différentes sociétés savantes) Revue de la littérature Financement par le gouvernement Australien</p>
<p><i>Australian College of Rural and Remote Medicine (ACCRM)</i> Australie, 2013 (10)</p>	<p><i>ACCRM telehealth guidelines</i></p>	<p>Mise en application du cadre commun pour développer des recommandations spécifiques en médecine générale et soins primaires, avec un focus sur la médecine en zones rurales et isolées en Australie</p>	<p>Différentes sociétés savantes ont collaboré pour élaborer ces recommandations à partir du cadre commun élaboré par l'ATHAC (<i>ACCRM telehealth advisory committee</i>)</p>

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
<p><i>Australian College of Rural and Remote Medicine (ACCRM)</i> Australie, 2013 (11)</p>	<p><i>Handbook for the TeleHealth online education module</i></p>	<p>Document élaboré dans un objectif de formation et structuré selon les recommandations <i>ACCRM telehealth guidelines</i></p> <p>Le document apporte des témoignages pour illustrer les recommandations de bonne pratique, cite les références bibliographiques et propose des modèles de document information patient, questionnaire de satisfaction patient, audit de l'activité, etc.)</p>	<p>Document adapté d'un module de <i>e-learning</i> développé par l'ACCRM en 2012 et hébergé sur son site</p> <p>Ce module avait été développé en parallèle de deux autres documents : <i>ACCRM telehealth advisory committee standards framework</i> et <i>ACCRM telehealth guidelines</i></p>
<p><i>Australian Nursing Federation</i> Australie, 2013 (12)</p>	<p><i>Guidelines for telehealth on-line video consultation funded through medicare. For registered nurses, enrolled nurses, nurse practitioners, registered midwives and eligible midwives</i></p>	<p>Ce document fait partie d'un projet global proposant différents supports (recommandations, formations, assistance) aux infirmières et sages-femmes afin qu'elles participent à la prise en charge des patients par télémédecine</p> <p>Recommandations à destination des infirmières et des sages-femmes pour la sécurité et l'efficacité de la vidéo-consultation</p>	<p>Mise en place d'un comité consultatif</p> <p>Revue de la littérature</p> <p>Mise à jour de recommandations existantes</p> <p>Consultation de professionnels de terrain</p> <p>Mise en relecture des documents élaborés</p>
<p><i>Australian Nursing Federation</i> Australie, 2013 (13)</p>	<p><i>Telehealth standards : registered midwives</i></p>	<p>Ce document fait partie d'un projet global proposant différents supports (recommandations, formations, assistance) aux infirmières et sages-femmes afin qu'elles participent à la prise en charge des patients par télémédecine</p> <p>Recommandations à destination des sages-femmes pour les aider à participer à une vidéo-consultation</p>	<p>Mise en place d'un comité consultatif</p> <p>Revue de la littérature</p> <p>Mise à jour de recommandations existantes</p> <p>Consultation de professionnels de terrain</p> <p>Mise en relecture des documents élaborés</p>

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
<i>Collège des médecins du Québec</i> Canada, 2015 (14)	Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication. Guide d'exercice	Favoriser l'usage de la télémédecine et des TIC dans un contexte d'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel et de protection du public	Participation du Comité scientifique du Collège des médecins du Québec Groupe de travail
<i>College of Physicians and Surgeons of Alberta</i> Canada, 2014 (15)	<i>Telemedicine - standards of practice</i>	Recommandations professionnelles minimales s'appliquant aux praticiens enregistrés dans la province d'Alberta Différents niveaux de recommandations pour les utilisateurs (<i>must / may</i>)	Non décrite
<i>Department of Health and Human Services</i> Australie, 2015 (16)	<i>Critical success factors: how to establish a successful telehealth service</i>	Recommandations à destination des équipes souhaitant développer un projet de télémédecine, organisées selon 12 points clés, illustrés par des exemples de terrain (des projets de télémédecine mis en place)	Non décrite
Haute Autorité de santé (HAS) France, 2013 (17)	Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine	Outil pédagogique destiné aux professionnels souhaitant mettre en place une activité de télémédecine. Grille avec 55 points critiques à analyser avant le lancement du projet.	Analyse de la littérature Groupe de travail Groupe de lecture
<i>Japanese Telemedicine and Telecare Association</i> Japon, 2011 (18)	<i>Guideline for the practice of home telemedicine (2011 edition)</i>	Fournir les informations nécessaires aux professionnels de santé (médecins, dentistes et établissements de santé) qui prévoient de pratiquer la télémédecine à domicile	Non décrite
Jung <i>et al.</i> Corée, 2015 (2)	<i>Proposal on the establishment of telemedicine guidelines for Korea</i>	Identifier les principaux critères figurant dans les recommandations pour la télémédecine de différents pays en vue d'élaborer des recommandations sur la télémédecine en Corée	Revue de la littérature Gestion des liens d'intérêt Financement public (Ministère)

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
<i>Medical Board of Australia</i> Australie, 2012 (19)	<i>Technology-based patient consultations. Guidelines</i>	Décrire les obligations des médecins qui participent aux téléconsultations Destinées aux médecins, aux autres professionnels de santé et aux patients et usagers	Non décrite
<i>Medical Council of New Zealand</i> Nouvelle-Zélande, 2016 (20)	<i>Statement on telehealth</i>	Règles de bon usage destinées à tout médecin pratiquant la télémédecine au bénéfice d'un patient sur le territoire néo-zélandais	Non décrite
<i>Province of British Columbia Health Authorities</i> Canada, 2014 (21)	<i>Telehealth clinical guidelines</i>	Recommandations cliniques à destination des professionnels de santé utilisant la télémédecine en Colombie britannique. Favoriser le développement de la télémédecine (qualité et sécurité)	Revue de la littérature Élaboration collégiale par différentes Autorités de santé de Colombie britannique
<i>Royal Australian College of General Practitioners</i> Australie, 2014 (22)	<i>Guidelines for interprofessional collaboration between general practitioners and other medical specialists providing video consultations</i>	Favoriser les collaborations entre généralistes et spécialistes dans le cadre de vidéoconsultations en temps réel ; le généraliste se trouvant auprès du patient et le spécialiste étant à distance	Non décrite
<i>Royal Australian College of General Practitioners</i> Australie, 2014 (23)	<i>Guidelines for inter-professional collaboration between general practitioners and other medical specialists providing video consultations - Emergency Medicine Appendix</i>	Favoriser les collaborations entre généralistes et spécialistes dans le cadre de vidéoconsultations en temps réel, en situation d'urgence	Non décrite
<i>Royal Australian College of General Practitioners</i> Australie, 2011 (24)	<i>Standards for general practices offering video consultations</i>	Fournir aux équipes les standards de de qualité et de sécurité pour la vidéoconsultation (critères à respecter, argumentaire de chaque critère, proposition d'indicateurs pour évaluer sa pratique)	Processus de concertation mené par le <i>Royal Australian College of General Practitioners</i> pour développer ces standards sur la vidéoconsultation

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
<p><i>Royal Australian College of General Practitioners</i> Australie, 2012 (25)</p>	<p><i>Telehealth: Guidelines and practical tips</i> <i>The guidelines provide practical advice on how to conduct telehealth consultations</i></p>	<p>Informers les professionnels sur la télémédecine et à les aider dans la mise en place de l'activité. Ce document fait partie d'un projet gouvernemental "physicians telehealth support project"</p>	<p>Adapté du document "ACRRM telehealth advisory committee (ATHAC) standards framework"</p>

3.1.3 Contenu des recommandations sélectionnées

Le contenu des recommandations sélectionnées est décrit dans un tableau figurant dans l'annexe bibliographique (page 83).

Ces recommandations décrivent, de façon plus ou moins détaillée, les critères de sécurité et de qualité à respecter lors de la réalisation d'une activité de télémedecine. Ces critères sont le plus souvent organisés selon trois thèmes : critères cliniques, critères organisationnels/administratifs et critères techniques.

► Synthèse des critères relatifs à la qualité et à la sécurité des actes

Afin d'établir les recommandations sur le bon usage et la qualité, nous avons effectué la synthèse des principaux critères de sécurité et qualité listés dans les recommandations sélectionnées.

Cette synthèse figure dans le tableau suivant.

Tableau 3. Principaux critères et recommandations de bon usage listés dans les recommandations sélectionnées

Critères transversaux
Planifier l'activité de TLM :
<ul style="list-style-type: none">• Organiser l'environnement administratif et réglementaire• Préparer l'environnement technique• Analyser les risques
Mettre en place
<ul style="list-style-type: none">• Gouvernance• Procédures• Protocoles cliniques• Critères de sélection des patients• Système d'amélioration de la qualité• Plan de gestion des risques
Respecter :
<ul style="list-style-type: none">• Recommandations Professionnelles (pratique médicale)• Déontologie• Éthique• Réglementation (autorisations/agréments et assurances nécessaires)
Prise en charge du patient selon les bonnes pratiques cliniques
Définir rôle et responsabilité de chaque intervenant à chaque étape de la prise en charge du patient
Connaitre le réseau de soins disponible sur le lieu de vie du patient pour lui proposer une prise en charge adaptée.
Savoir organiser la prise en charge du patient en urgence.
Sécurité informatique :
<ul style="list-style-type: none">• Authentifier les utilisateurs• Assurer la confidentialité et l'intégrité des communications• Assurer la sécurité des données archivées• Ne permettre l'ouverture pour le logiciel de TLC que d'une session à la fois sur chaque site• Stockage des données sur serveur sécurisé
Mettre en place des restrictions d'accès aux données patient :
<ul style="list-style-type: none">• Gestion des utilisateurs (personnes autorisées) et mots de passe• Mise en veille et verrouillage automatique après période d'inactivité• Possibilité de verrouiller/désactiver à distance un matériel perdu ou volé
Être formé à l'utilisation du matériel
Procédures de désinfection du matériel
Être formé à la résolution de problèmes techniques
Être formé à la communication avec les patients à distance

Critères transversaux

Maintenance préventive programmée
Procédures de dépannage du matériel
Personnel formé à la TLM et évalué
Prévoir procédures en mode dégradé
Matériel interopérable

Critères à respecter aux différentes étapes

Avant l'acte de télémédecine

Le médecin juge de la pertinence de l'éligibilité du patient :

- Selon contexte clinique (antécédents médicaux, traitement en cours, symptômes)
- Disposer des données médicales nécessaires
- Prise en charge par télémédecine au moins équivalente à une prise en charge en présentiel (pas de perte de chance pour le patient)
- Volonté du patient
- Présence d'un accompagnant auprès du patient (est-elle requise ? si oui, l'accompagnant est-il présent ?)
- Capacité du patient à bénéficier de la télémédecine (limites physiques, mentales, cognitives)
- Critères d'exclusion :
 - Nécessité de voir le patient (état sévère)
 - Nécessité d'un examen clinique direct
 - Nécessité d'un geste technique sur le patient qui serait impossible à réaliser malgré la présence d'un professionnel de santé accompagnant le patient ou l'utilisation d'un dispositif médical connecté.
 - Patients avec désordre cognitifs empêchant la prise en charge à distance
 - Intoxication
 - Barrières liées au langage
 - Patient ne disposant pas de l'équipement
 - La confidentialité n'est pas assurée

Information du patient :

- Mêmes informations d'ordre médical que lors d'une consultation en présentiel
- Particularités de la prise en charge par TLM par rapport à la consultation en présentiel
- Actes pratiqués
- Durée prévisionnelle
- Présence éventuelle d'un accompagnant
- Rôles et responsabilités des intervenants
- Collaborations avec les autres professionnels de santé
- Enregistrement, transmission et stockage des données
- Possibilité de prescription
- Mesures prises pour assurer sécurité des données et respect de la vie privée
- Confidentialité
- Avertir expressément le patient si la TLC est enregistrée
- Documents nécessaires
- Risques potentiels (notamment ceux associés à la technologie)
- Bénéfices attendus
- Procédure en cas de problème technique (mode dégradé)
- Procédure en cas d'urgence
- Alternative de prise en charge hors TLM
- Coûts
- Possibilité de refuser la TLM
- Possibilité de déposer une réclamation

Critères transversaux

- Comment obtenir une copie de son dossier

Consentement éclairé du patient (et de l'accompagnant, le cas échéant)

Accès aux données médicales/dossier médical du patient

Bien noter localisation du patient pour pouvoir déclencher une prise en charge en urgence, si nécessaire

Désignation possible d'un contact d'urgence par le patient

Tester la connexion avec le patient (envoi d'un lien-test avant TLC)

Pendant l'acte de télémédecine

Lieu de consultation (pour médecin et patient) :

- Confidentialité,
- Silence,
- Absence d'interruptions/dérangements
- Confort du patient
- Éclairage correct
- Présence éventuelle d'un accompagnant

Authentification du professionnel de santé

Identification du patient :

- Nom complet
- Date de naissance
- Coordonnées
- Téléphone
- En capacité de présenter une pièce d'identité avec photo à la demande du médecin

Identification de l'accompagnant (famille, aidant, professionnel de santé)

Ne pas enregistrer la TLC (si pour des raisons médicales impératives la TLC est enregistrée, les données doivent être cryptées)

Examen clinique : le médecin doit procéder à un examen visuel, en accord avec symptômes et histoire médicale du patient. Le médecin peut guider le patient pour un auto-examen clinique, éventuellement à l'aide de dispositifs. Le médecin peut demander la présence d'un professionnel de santé auprès du patient.

Populations fragiles : un accompagnant peut être nécessaire

Connexion sécurisée

Transmission des données en temps réel

Qualité des données transmises (image, son)

Confidentialité et sécurité des données transmises

Adapter sa communication :

- S'exprimer dans un langage clair et compréhensible ;
- S'adapter aux patients (indépendamment de leur statut social, culture, religion, lieu de vie, etc.) ;
- Solliciter un interprète si nécessaire.

En cas de problèmes de communication avec le patient ou si le patient est anxieux ou confus : arrêter la TLC et programmer une autre prise en charge

Si un dispositif/matériel est utilisé pendant la TLC pour l'examen du patient : connaître sa fiabilité ; étalonnage éventuel

Documenter la TLC :

- Information donnée au patient
- Consentement
- Environnement technique (matériel, dispositifs, connexion)
- Présence d'un accompagnant le cas échéant
- Durées de TLC
- Si des images ont été capturées, les archiver

Critères transversaux

- Noter tout événement indésirable (clinique et technique)
- Si deux médecins sont impliqués dans la TLC (ex. : généraliste qui sollicite un spécialiste), chacun renseigne et tient à jour le dossier patient en sa possession

Après l'acte de télé médecine

Rédiger un CR de l'acte de TLM (conforme aux exigences médicales et légales)

Transmettre le CR :

- Patient
- Médecin traitant
- Autres professionnels intervenant dans la prise en charge du patient

Mettre en place les actions nécessaires pour le suivi du patient et informer son médecin traitant et autres professionnels de santé impliqués (connaître son réseau de soins)

Évaluer le service de TLM :

- Satisfaction du patient,
- Efficacité de l'organisation (mettre en place des indicateurs),
- Qualité technique.

Confidentialité et sécurité des données stockées.

► **Éléments d'information à destination du patient**

Parmi les recommandations sélectionnées, certaines proposaient des modèles de document d'information à destination du patient. Leur contenu est décrit dans le tableau suivant.

Tableau 4. Items figurant dans les documents d'information à destination du patient

Contenu du document d'information destiné au patient	Format du document Référence
<ul style="list-style-type: none"> · Qu'est-ce que la téléconsultation ? · Pourquoi utiliser la télémédecine ? · Comment voir mon spécialiste si nous ne sommes pas dans la même pièce ? · Un proche peut-il assister à la consultation avec moi ? · Qui va participer à la consultation ? · Consentement pour la consultation · Votre rendez-vous de suivi · Combien va coûter la consultation ? · Puis-je poser des questions pendant la consultation ? · Et si je ne veux pas participer à une consultation à distance ? · Et si je ne me sens pas à l'aise pendant la téléconsultation ? · Respect de ma vie privée et de la confidentialité 	<p>Format court : 1 page Sous forme de questions-réponses Le nom d'une personne à contacter est donné (avec son mail et son téléphone) en cas de questions ou besoin d'informations complémentaires</p> <p><i>Guidelines for the use of telehealth for clinical and non-clinical settings in New South Wales</i> Agency for Clinical Innovation (ACI) ; Australie, 2015 (5)</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Votre rendez-vous de téléconsultation · Le respect de votre vie privée est important · Qu'est-ce qu'une téléconsultation ? · Comment se passe la téléconsultation ? · Quel est le coût de la téléconsultation ? · La téléconsultation est-elle privée ? 	<p>Document de 1 page comprenant 6 grandes thématiques</p> <p><i>Handbook for the TeleHealth online education module</i> Australian College of Rural and Remote Medicine (ACCRM) ; Australie, 2013 (11)</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Qu'est-ce qu'une téléconsultation par vidéo ? · Quels sont ses avantages ? · Comment puis-je obtenir une téléconsultation avec mon spécialiste ? · Suis-je obligé de participer à une téléconsultation ? · Où a lieu la téléconsultation ? · Qui va organiser la téléconsultation ? · Et si je dois annuler mon RDV de téléconsultation ? · Comment dois-je me préparer pour mon rendez-vous ? · Que se passe-t-il pendant le rendez-vous ? · Qui sera présent ? · Et si je souhaite avoir une discussion privée avec mon spécialiste ? · La téléconsultation est-elle privée ? · Et si j'ai besoin d'être examiné ? · Et si j'ai des besoins spécifiques ? · La téléconsultation sera-t-elle enregistrée ? · Et si je ne me sens pas à l'aise pour continuer la téléconsultation ? · Combien cela va coûter ? 	<p>Format : 4 pages Sous forme de questions-réponses Le document traite d'une TLC par vidéo (vidéoconsultation), où le patient est accompagné par son médecin traitant et consulte un spécialiste à distance Ce document est un modèle comprenant plusieurs « questions-réponses », destiné à être adapté par chaque structure</p> <p><i>RACGP template - Telehealth video consultation information for patients</i> Royal Australian College of General Practitioners Australie, 2017 (26)</p>

Contenu du document d'information destiné au patient	Format du document Référence
<ul style="list-style-type: none">· Suis-je remboursé ?· Comment faire part de mes commentaires sur la téléconsultation ?· Et si j'ai des questions ?· Où puis-je obtenir des informations sur la téléconsultation ? (remarque : un numéro de téléphone est fourni)	

3.2 Recommandations en imagerie médicale

3.2.1 Résultats de la recherche documentaire

► Recherche documentaire dans la base de données Medline

Sur 69 références (40 recommandations et conférences de consensus et 29 méta-analyses et revues systématiques) issues de la recherche systématique, deux références ont été sélectionnées sur titre et résumé et analysées.

- Une publication de l'*American College of Radiology* sous forme d'un livre blanc qui propose un guide de bonne pratique général pour la pratique de la téléradiologie, avec des recommandations pour le futur. (27)
- Un guide de bonnes pratiques, résultat d'une collaboration entre la Société de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire (SNMMI), organisation internationale, et l'Association européenne de médecine nucléaire (EANM) (28)

► Recherche documentaire non systématisée

La recherche documentaire non systématisée a permis d'identifier 14 publications relatives à des recommandations pour la prise en charge des patients en télémédecine. Il s'agit de :

- Un guide de l'Agence nationale de l'appui à la performance (ANAP) comportant des éléments de constats et d'analyse sur les organisations retenues de télémédecine pour assurer la permanence des soins en imagerie médicale.
- Trois guides relatifs aux pratiques de télémédecine en imagerie (Canada, Australie et Nouvelle-Zélande, Royaume Uni) et un guide du « *Royal Australian and New Zealand College of Radiologists* (RANZCR)
- Un *vademecum* du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) de 2014 contenant des recommandations spécifiques sur la télémédecine en imagerie
- Deux productions du Conseil national professionnel de radiologie (CNP « G4») et du CNOM
 - Un guide sur l'organisation de la télé radiologie: Guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la téléradiologie de 2007
 - une charte de téléradiologie de 2018
- Un document de synthèse à vocation pédagogique sur la télé radiologie et la télé imagerie, destiné aux ARS et autres décideurs/financeurs de la santé par le G4 et le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)
- Un document réalisé par le G4 précisant l'exercice du manipulateur intégré à la pratique de la téléradiologie et ses particularités
- Une déclaration ("*statement*") sur l'applicabilité du cadre existant légal européen concernant l'activité de télémédecine. (SWD 2012/413), et un livre blanc qui est une mise au point de 2013 sur l'organisation de la téléradiologie en Europe provenant de l'*European Society of Radiology* (ESR),
- Le référentiel pour l'organisation des activités de télémédecine en imagerie au sein des GHT, réalisé par le Ministère de la santé et des solidarités en 2018
- Un dossier sur « l'information du patient » en imagerie médicale avec un focus sur le patient et la *e.santé* paru dans la revue « *Imaging Management* » en 2013.
- Le guide HAS sur la démarche qualité en médecine nucléaire de 2013.

Au total, 16 publications d'intérêt pour l'élaboration de recommandations pour la qualité et la sécurité des actes de télémédecine ont été sélectionnées pour analyse.

3.2.2 Caractéristiques des recommandations sélectionnées

Les caractéristiques des recommandations sélectionnées sont listées dans le tableau suivant.

Tableau 5. Caractéristiques des recommandations sélectionnées : recommandations en imagerie médicale

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
American College of Radiology (ACR) États-Unis d'Amérique, 2013 (27)	<i>ACR white paper on teleradiology practice: a report from the Task Force on Teleradiology Practice</i>	<p>Contexte</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduction. Définitions - précédents commentaires de l'ACT et état actuel de la téléradiologie - Effets positifs et potentiellement négatifs de la téléradiologie - Utilisateurs finaux - 4 principes guidant, et cohérents avec les standards de pratique professionnelle. - Les recommandations de la Task force 	Non précisée
Agence nationale de l'appui à la performance, 2015 (29)	<i>La télémédecine en action : permanence de soins en imagerie médicale. Eléments de constats et d'analyse</i>	<p>Ce document a pour objectif de donner aux régions qui souhaitent recourir à la télémédecine pour organiser la permanence de soins en imagerie médicale, des éléments de constats et d'analyse sur les organisations retenues.</p> <p>3 chapitres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanence des soins en imagerie : contexte spécifique de l'imagerie à la permanence des soins en imagerie, et bénéfices de la télémédecine dans ce contexte - Retours d'expérience dans 3 régions : Lorraine, Pays de la Loire, Picardie - En vue d'un déploiement régional 	
Canadian Association of Radiologists (CAR) Canada, 2008 (30 880)	<i>CAR Standards for teleradiology</i>	<p><i>Guidelines</i>. Ce ne sont pas des règles. C'est à adapter aux ressources et au patient</p> <p>Définition, Qualifications et responsabilités des professionnels, standards relatifs aux équipements Spécificités pour la mammographie, la fluoroscopie, l'échographie. Standards sur :</p>	Non précisée

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
		<ul style="list-style-type: none"> - le management des images, - la transmission des images et des données patients - les capacités d'affichage - l'existence d'une base de données qui inclut des informations spécifiques - sur la sécurité - le stockage des enregistrements - la documentation <p>Le contrôle qualité L'amélioration continue de la qualité Aspects concernant l'enregistrement du radiologue, son « <i>credentialing</i> », assurance professionnelle (site où se trouve le patient)</p>	
<p>Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), France, 2014 (31)</p>	<p>Vademecum Télémedecine</p>	<p>Analyse du cadre réglementaire par le CNOM pour l'application pratique, afin de constituer une base de doctrine déontologique pour l'examen des contrats de Télémedecine prévus par le décret. (article R 6326-6 du CSP) Développement spécifique sur la téléradiologie et la médecine nucléaire et ses spécificités</p> <p>Position du CNOM sur des prestations médicales qui se situent aux confins du cadre réglementaire et que le CNOM estime nécessaire de réguler</p>	<p>Document réalisé par le CNOM et analysé par la Commission nationale des contrats préalablement à son adoption par le Conseil national en juin 2014</p>
<p>Conseil professionnel de la radiologie française (G4) – 2018 (32)</p>	<p>Charte de téléradiologie</p>	<p>Charte déclinée en 9 points : Elle remplace 2 documents antérieurs : la charte de téléradiologie de 2015 et le cahier des charges de 2014 Acte médical Justification Principes généraux d'organisation Rôles des différents intervenants Aspects techniques</p>	<p>Non précisée</p>

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
		Contractualisation Rémunération et frais de fonctionnement Sécurité des données Évolution de la charte	
Conseil professionnel de la radiologie française (G4) - Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) France, 2007 (33)	Organisation de la télé radiologie. Guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la téléradiologie	Ce document aborde <ul style="list-style-type: none"> - la définition de la télé radiologie (télédiagnostic et télé expertise) et la justification de la télé radiologie - la description des échanges médicaux par télé radiologie - le contenu de la convention de coopération - les modalités immédiates transitoires et à moyen terme, pérennes du financement de la télé radiologie 	Groupe de travail associant la sous-direction de l'organisation du système de soins de la DHOS, le Conseil national de l'ordre des médecins, et les représentants des professionnels. Étude commune lors d'une dernière réunion de concertation restreinte organisée par le CNOM le 15 novembre 2006 en présence des représentants mandatés de la DHOS et du Conseil professionnel de la radiologie (G4)
Conseil professionnel de la radiologie française (G4) France, 2012 (34)	Fonctions du manipulateur dans le cadre de la téléradiologie	Document précisant l'exercice du manipulateur intégré à la pratique de la téléradiologie et ses particularités. Il vient compléter le cahier des charges de la convention médicale de téléradiologie et la charte de téléradiologie publiés par le G4	Non précisée
Conseil professionnel de la radiologie française (G4) - Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)	Téléimagerie - Téléradiologie Recommandations du SNITEM et du Conseil professionnel de la radiologie. « La téléimagerie, une réalité croissante dans l'offre de soins »	Rédaction par le SNITEM et le G4 d'un document de synthèse sur la télé radiologie et la télé imagerie, destiné aux ARS et autres décideurs / financeurs de la santé. Il s'agit d'un document pédagogique comportant des recommandations pratiques pour la mise en œuvre d'un projet de téléradiologie.	Non précisée

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
France, 2011 (35)			
European Society of Radiology (ESR), Europe, 2013 (36)	<i>ESR statement on the European Commission Staff Working Document on the applicability of the existing EU legal framework to telemedicine services</i> (SWD 2012/413), mai 2013	Document sur l'applicabilité du cadre existant légal européen concernant l'activité de télémédecine. (SWD 2012/413) La licence, l'autorisation et l'enregistrement du téléradiologue La téléradiologie : un acte médical Les droits des patients Les services de téléradiologie et services d'information de la société Conclusion	Non précisée
European Society of Radiology (ESR), Europe, 2014 (37)	ESR white paper on teleradiology: an update from the teleradiology subgroup	<ul style="list-style-type: none"> - Mise au point sur l'organisation de la téléradiologie en Europe. - Définitions concernant la téléradiologie - État des lieux et commentaires sur la téléradiologie préalable à l'élaboration du document « <i>ESR statement on the European Commission Staff Working Document on the applicability of the existing EU legal framework to telemedicine services (SWD 2012/413)</i> », mai 2013 : <ul style="list-style-type: none"> - Actuelle situation de la téléradiologie en Europe - Cadre légal européen (licence et enregistrement, la télé radiologie un acte médical, les droits des patients, information et le consentement, responsabilités, diplôme européen - Sujets liés à la technologie : méthodes de transmission sécurisée, environnement de travail technologique et ergonomie. - Communication dans la téléradiologie : principes, information clinique et antécédents, langage (du patient) et structure du CR - Contrat et financement - Initiatives dans la formation à la téléradiologie 	Non précisée
HAS, 2013 - (38)	Démarche qualité « <i>in vivo</i> » en médecine nucléaire	L'objectif du guide est de préciser les éléments d'appréciation du déploiement de la démarche qualité énoncés dans le critère de certification des établissements de santé en vue d'une meilleure cohérence de l'évaluation par les professionnels et par les experts-visiteurs. Il a vocation à accompagner les experts-visiteurs de la HAS lors de leur visite sur site et l'équipe de médecine nucléaire <i>in vivo</i> , lors de son auto-évaluation.	Groupe de travail HAS

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
		Ce guide précise notamment la composition de l'équipe pluri professionnelle en médecine nucléaire, les grands axes de la démarche qualité en médecine nucléaire, la liste de dix points critiques au regard de la sécurité et de la qualité des soins. L'évaluation comporte quatre domaines thématiques, déclinés en 16 sections qui incluent au total 129 critères énonçant les objectifs à atteindre, qui sont souvent des exigences réglementaires. Lors de la réalisation des examens à visée diagnostique, un médecin est toujours présent dans le secteur pendant la réalisation des examens	
Société française de radiologie (39) <i>Imaging management ; édition française</i>	Dossier sur « l'information du patient »	Différents articles : <ul style="list-style-type: none"> · L'information du patient · La voix des patients · L'action du groupe SFR info patient · Information et communication en imagerie · Le patient au centre de l'e-santé · L'information lors de la prise de rendez-vous · Le rôle du manipulateur d'électroradiologie médicale dans l'information donnée au patient · L'information du patient face aux risques liés aux rayons X · · La relation médecin-patient · L'information en radiopédiatrie : et si on en jouait ? · La préparation à l'IRM pédiatrique par les objets pédagogiques · Information et consentement pour participer à une recherche clinique en imagerie · L'information du patient en radiologie interventionnelle 	Non précisée
Ministère des solidarités et de la santé France, 2018 (40)	Référentiel pour l'organisation des activités de télémedecine en imagerie au sein des GHT	Objectifs et périmètre Présente le modèle organisationnel pour la réalisation des actes de télémedecine (téléconsultation et téléexpertise) Financement des activités de télémedecine en imagerie	Pas de précisions sur la méthode d'élaboration
<i>The Royal College of radiologists,</i>	<i>Standards for the provision of teleradiology within the</i>	Standards pour la mise en place de la téléradiologie : <ul style="list-style-type: none"> – transfert des données : système transparent, pour le transfert 	Non précisée

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
Royaume-Uni, 2016 (41)	<i>United Kingdom. Second edition</i>	<p>rapide et sécurisé e revue des images, et quand nécessaire stockage des données du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> – compte-rendu : il doit obéir à des standards identiques indépendamment d'où et par qui les données sont rapportées. – communication des résultats, c'est la même personne qui interprète et adresse les résultats au médecin adresseur. Il doit être clairement identifié avec les résultats communiqués et intégrés dans la base du système d'information radiologique de l'hôpital, le PACS, et dans le dossier informatique du patient, dans un délai opportun. – assurance qualité téléradiologie fait partie du système intégré de la radiologie. Tous les radiologues participant travaillent au sein d'un cadre d'assurance qualité documenté en ligne avec le guide du <i>Royal College of radiologists</i> <p>Considérations médico-légales et exigences de régulation européenne Assurance professionnelle pour les téléradiologues, et les prestataires Conclusions</p>	
<i>Faculty of clinical Radiology, The Royal Australian and New Zealand College of Radiologists, Australie et Nouvelle-Zélande, 2017 (42)</i>	Teleradiology standards	<p>Ce guide fait référence aux standards de la pratique de la « <i>Royal Australian and New Zealand College of Radiologists</i> » (RANZCR) pour le diagnostic et la radiologie interventionnelle.</p> <p>Présentation de 13 principes clefs</p> <p>Recommandations organisées en 7 chapitres</p> <ul style="list-style-type: none"> – recommandations générales. – qualifications et enregistrements des radiologues – responsabilités cliniques – équipements – sécurité des enregistrements à conserver – service de téléradiologie/les structures demandeuses – assurance qualité pour la téléradiologie 	Groupe de travail et groupe consulté constitué de personnes et parties prenantes
<i>Parker, 2014 (28)</i>	<i>The SNMMI and EANM Practice Guideline for Tele-</i>	<u>Objectif du guide</u> : promouvoir la qualité et la pertinence dans la pratique de la médecine nucléaire.	Collaboration entre la Société de médecine

Origine (organisme promoteur, pays, année de publication)	Intitulé	Champ couvert par les recommandations	Méthode d'élaboration
	<i>Nuclear Medecine 2.0</i>	<p>Se réfère pour certains domaines au guide SNMMI sur l'imagerie générale http://snmmi.files.cms-plus.com/docs/General_Imaging_Version_6.0.pdf</p> <ul style="list-style-type: none"> - Définition : la télémédecine en médecine nucléaire se réfère à l'interprétation ou la consultation, à distance d'un lieu où sont acquises les images - indications cliniques communes - indications de routine, de garde, et la consultation - qualifications et responsabilités aux États-Unis - procédures. Spécificités de l'examen - complétude des données relatives au patient - considérations techniques sur la visualisation des images, le traitement des données - communications : transmission cryptée des données - compression des données - contrôle qualité du système - sécurité : données sécurisées, période de temps dédiée à la télémédecine - domaines nécessitant des clarifications - documentation. compte-rendu - équipement - contrôle qualité, amélioration, sécurité, contrôle du risque infectieux, - éducation du patient - radioprotection 	<p>nucléaire et d'imagerie moléculaire (SNMMI), organisation internationale, et l'Association européenne de médecine nucléaire (EANM) Approche par consensus</p>

3.2.3 Contenu des recommandations sélectionnées

À partir des recommandations en imagerie, nous avons identifié des points spécifiques à l'imagerie médicale ou des exigences fortement portées par la spécialité ;

Tableau 6. Définitions et Principaux critères et recommandations de bon usage listés dans les recommandations sélectionnées en imagerie médicale (radiologie et médecine nucléaire)

Définitions

Terme	Citation	Source
Téléradiologie	« <i>L'European Society of Radiology définit la téléradiologie</i> comme un échange d'images radiologiques et de données patient entre deux sites géographiquement différents pour l'interprétation, la consultation d'un expert ou une revue clinique par transmission numérique. »	<i>European Society of Radiology, 2014 (37)</i>
	« La téléradiologie permet ainsi au médecin en contact direct avec le patient ('praticien de proximité') de disposer de l'avis d'un médecin radiologue situé à distance du lieu de réalisation de l'examen radiologique (« téléradiologue »). Outre ce bénéfice immédiat pour le patient, la téléradiologie présente l'autre avantage de favoriser les échanges de connaissances et de savoir-faire entre les médecins radiologues qui l'utilisent (« Téléexpertise »)	Conseil professionnel de la radiologie, 2007 (33)
	« <i>Teleradiology can be defined as the electronic transmission of diagnostic radiological images in digital form between locations (Acquisition Site to Reporting Site) for diagnosis and reporting by a clinical radiologist or any other appropriately credentialed medical specialist using a bi-directional data communication link that keeps all patient data secure.</i> » La téléradiologie peut être définie comme la transmission sous format numérique d'examen d'imagerie radiologique entre 2 sites : le site d'acquisition des images et le site d'interprétation et compte-rendu en vue d'un diagnostic et d'un compte rendu réalisé par le radiologue ou tout autre spécialiste médical qualifié utilisant une liaison de communication des données bidirectionnelle qui permet de sécuriser toutes les données du patient	(42)
	« <i>Teleradiology is the electronic transmission of diagnostic imaging studies from one location to another for the purposes of interpretation and/or consultation</i> » La téléradiologie est la transmission électronique d'examens d'imagerie d'un lieu à un autre en vue d'une interprétation et/ou d'une consultation	<i>Canadian Association of Radiologists, 2008 (30 880)</i>
Téléimagerie	« la pratique médicale et à distance de la radiologie et de l'imagerie médicale »	SNITEM, 2011 (35)
Télédiagnostic	Le télédiagnostic, « permet à un praticien de proximité non radiologue d'obtenir un examen d'imagerie d'un téléradiologue »	Conseil professionnel de la radiologie, 2007

Terme	Citation	Source
	<p>« Le télédiagnostic se rattache à la téléconsultation médicale, au sens du décret d'application de la définition légale de la télémédecine (décret télémédecine n° 2010-1229 du 19 octobre 2010) : Il s'agit, pour le médecin radiologue, d'organiser la réalisation sous son contrôle distant, par un manipulateur, d'un examen d'imagerie médicale puis de l'interpréter et de rendre compte de son résultat, de la façon la plus similaire possible à ce qu'il aurait fait sur place »</p> <p>La charte de téléradiologie de 2018 distingue le télédiagnostic (assimilé à de la téléconsultation) et la téléexpertise</p>	<p>(33) SNITEM, 2011 SNITEM, 2011 (35)</p> <p>Conseil professionnel de la radiologie française, 2018 (32)</p>
Téléexpertise	<p>« La téléexpertise a pour objet, (selon le décret télémédecine précédemment cité), de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient »</p> <p>« Outre ce bénéfice immédiat pour le patient, la téléradiologie présente l'autre avantage de favoriser les échanges de connaissances et de savoir-faire entre les médecins radiologues qui l'utilisent («Téléexpertise »)</p> <p>« Un échange d'avis entre radiologues constitue la téléexpertise : un radiologue de proximité au contact du patient, souhaite obtenir l'avis d'un téléradiologue » expert » distant pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – guider la conduite de l'examen le plus adapté à la situation clinique ; – effectuer une seconde lecture des images, et affiner et/ou confirmer son diagnostic et le cas échéant, guider la conduite à tenir pour le patient. La téléexpertise peut se faire en direct ou en différé. » 	<p>SNITEM, 2011 (35)</p> <p>Conseil professionnel de la radiologie (33)</p>
Téléconsultation	<p>« La téléradiologie permet au médecin en contact direct avec le patient ('praticien de proximité') de disposer de l'avis d'un médecin radiologue situé à distance du lieu de réalisation de l'examen radiologique (« téléradiologue »)</p>	<p>Conseil professionnel de la radiologie, 2007 (33)</p>
Télémédecine nucléaire	<p>La télémédecine nucléaire se réfère à une interprétation ou une consultation à distance du site où sont acquises les images</p>	<p>Parker, 2014 (28)</p>
Mono lecture et double lecture (synchrone ou asynchrone)	<p>Le« guide réalisé par le Ministère des solidarités et de la santé en Mai 2018, distingue deux modèles organisationnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> – prise en charge des patients pour la réalisation à distance d'un examen d'imagerie en cas d'absence de radiologue sur place (mono-lecture) <u>lors d'une permanence des soins</u> – prise en charge des patients pour l'analyse à distance des données d'imagerie, par un radiologue spécialiste d'organe, à la suite d'une première lecture par un radiologue souhaitant à sa demande un 	<p>Ministère des solidarités et de la santé, 2018 (40)</p>

Terme	Citation	Source
	<p>avis complémentaire spécialisé dans le cadre de la télémédecine à double lecture, synchrone, lors d'une permanence des soins</p> <p>– prise en charge des patients pour l'analyse à distance des données d'imagerie, par un radiologue spécialiste d'organe, à la suite d'une première lecture par un radiologue (double lecture, asynchrone), <u>hors permanence des soins</u></p>	

Principales recommandations

Thème	Recommandation	Précisions	Référence
Acte de téléradiologie	L'acte de téléradiologie est un acte médical à part entière au sens défini par le CSP	Il comprend 2 volets : – le télédiagnostic assimilé à la téléconsultation au sens de la loi HPST. (malgré l'absence de définition juridique du télédiagnostic) – la téléexpertise (recours à un 2^{me} avis) – même obligation de moyens, de sécurité, et de qualité, encadré par les règles de déontologie médicale et de bonnes pratiques professionnelles – la télétransmission d'images sur le plan technique, ou la téléinterprétation sur le plan médical ne sont que des étapes dans la pratique de la téléradiologie	Conseil professionnel de la radiologie française, 2018 (32)
Le patient au centre de la prise en charge	La téléradiologie doit être justifiée et s'inscrire dans l'organisation des soins dans l'intérêt du patient	« Elle ne doit pas remplacer sans raison valable une prise en charge radiologique sur place par un radiologue local » « Son emploi doit être justifié par l'état de santé du patient, la continuité ou la permanence des soins » « Le recours à la téléradiologie doit s'exercer dans le respect d'un certain nombre de principes pour garantir le bon usage de la téléradiologie, sa valeur ajoutée dans l'accès aux soins et le parcours de soins de chaque patient et assurer la pratique raisonnée et maîtrisée des transmissions d'images médicales. » Un des treize principes clefs de la téléradiologie Un des 4 principes guidant : les relations en téléradiologie devraient être patient-centré.	Conseil professionnel de la radiologie française, 2018 (32) Conseil professionnel de la radiologie, 2007 (33) <i>Royal Australian and New Zealand College of Radiologists, 2017</i> (42) <i>American College of Radiology, 2013</i> (27)

Thème	Recommandation	Précisions	Référence
Modèle d'organisation	<p>L'activité de téléradiologie ne se substitue pas à l'activité de radiologie sur site</p> <p>Elle devrait être complémentaire et intégrée à une activité de radiologie complète sur site</p> <p>Elle doit permettre de conforter l'activité locale de radiologie et s'inscrit prioritairement dans le projet médical du/des sites demandeurs. Cette activité radiologique à distance repose sur la participation des radiologues du territoire publics et libéraux, qui connaissent les équipes médicales et paramédicales</p>	<p>Le modèle avec des radiologues sur site est le modèle préféré d'organisation de la radiologie; la téléradiologie est supplémentaire à une organisation complète sur site de la radiologie clinique</p> <p>L'assurance qualité en radiologie devrait être intégrée et obéir au même cadre que le reste du service : avec tous les radiologues qui participent dans un service (standard 4)</p> <p>La téléradiologie devrait faire part et être intégrée dans le large spectre des services de radiologie et non comme une marchandise négociable séparée</p> <p>Une « couverture » sur site est préférée. Les radiologues sont les experts reconnus et leur contribution à l'équipe médicale va au-delà de la seule interprétation des images. Les services de téléradiologie sont idéalement supplémentaires à une activité complète. L'avantage est que le médecin est lié à la communauté donnant de la motivation pour délivrer des soins de haute qualité</p> <p>Cette organisation doit clairement privilégier les radiologues de proximité aussi bien publics que libéraux</p> <p>Elle ne permet pas de justifier l'installation ou le renouvellement d'équipements d'imagerie sans radiologue. »</p> <p>Elle ne peut pallier des problèmes démographiques territoriaux qui doivent trouver une autre solution</p> <p>Elle ne peut être un palliatif permettant de justifier de l'autorisation d'une autorisation (ou d'un renouvellement) d'équipements d'imagerie par une ARS sans disposer d'une équipe de radiologues locaux réunis autour d'un projet médical défini.</p> <p>Elle doit s'inscrire prioritairement dans le projet médical d'organisation locale de la radiologie du site demandeur. »</p>	<p><i>Royal Australian and New Zealand College of Radiologists, 2017 (42)</i></p> <p><i>Royal College of Radiologists, 2016 (41),</i></p> <p><i>European Society of Radiology 2014 (37)</i></p> <p>American College of Radiology, 2013 (27)</p> <p>Conseil professionnel de la radiologie française, 2018</p> <p>(32)</p> <p>Conseil professionnel de la radiologie française, 2018</p> <p>(32)</p>

Thème	Recommandation	Précisions	Référence
		<p>Cette activité radiologique à distance est basée « sur la participation des radiologues du territoire (Région) publics et libéraux, qui connaissent les équipes médicales et paramédicales »</p>	<p>SNITEM, 2011 (35)</p>
<p>Contractualisation</p>	<p>Document écrit sous forme d'une convention ou d'un contrat médical</p> <p>Inscription de la téléradiologie dans le projet médical de l'établissement demandeur</p>	<p>- documents d'ordre médico-organisationnel signés entre le(s) site(s) demandeur(s) et ses médecins et le radiologue. Chaque radiologue, signe individuellement directement ou indirectement ce contrat/convention avec le site local et le fait approuver par le G4 régional et son Conseil départemental de l'Ordre des médecins.</p> <p>Ils décrivent comment le patient est pris en charge par téléradiologie (y compris en urgence) depuis l'amont (validation de la demande) à l'aval (parcours de soins), les rôles et responsabilités respectives des acteurs avec un responsable de l'organisation médicale sur chaque site, les obligations du radiologue, en termes d'urgence et de nécessité éventuelle d'un déplacement sur place</p> <p>Si une société de téléradiologie tierce contractualise pour son compte avec un site demandeur en mettant à disposition un réseau de radiologues, elle doit contracter à la fois avec le site demandeur et le radiologue, et s'assurer que les règles de priorisation de proximité sont respectées (voir charte)</p> <p>Cette organisation doit intégrer la téléexpertise et son recours en particulier lorsqu'une décision de radiologie interventionnelle ou de chirurgie doit être prise</p> <p>L'adhésion d'un établissement à une organisation de téléradiologie doit être validée par les instances locales (CME)</p> <p>- documents d'ordre technique signés entre le(s) site(s) demandeur(s), le(s) radiologue(s) et la structure assurant la logistique technologique de la téléradiologie</p> <p>- conditions matérielles de la fourniture des équipements et des réseaux, du transfert des données et de leur stockage-archivage,</p>	<p>Conseil professionnel de la radiologie française, 2018 (32)</p>

Thème	Recommandation	Précisions	Référence
		<p>en accord avec les diverses réglementations en vigueur, maintenance, dépannage</p> <ul style="list-style-type: none"> - documents concernant l'évaluation du dispositif : indicateurs médicaux et organisationnels de qualité, indicateurs techniques et de télétransmission d'autre part (suivi et mesures correctives). Définition d'audits périodiques - documents concernant les modes de rémunération 	

Thème	Recommandation	Précisions	Référence
Acte de téléradiologie : exigences	L'acte de téléradiologie doit suivre les mêmes exigences de qualité et les mêmes étapes que pour un acte présentiel	<ul style="list-style-type: none"> – examen clinique préalable par le médecin demandeur. – justification conjointe de l'examen (par le demandeur puis validation de l'indication par le radiologue) – radioprotection (en accord avec le CSP) du personnel et du patient (optimisation et attention particulière pour les enfants et les femmes en âge de procréer) par le radiologue en cas d'utilisation de techniques exposant aux radiations ionisantes, avec substitution si nécessaire vers des techniques alternatives – réalisation par le manipulateur sous la responsabilité du radiologue. – analyse et interprétation de l'examen par le radiologue et rendu au médecin demandeur – dialogue possible tout au long de la procédure avec le patient, le manipulateur et le médecin demandeur 	<p>Conseil professionnel de la radiologie française, 2018</p> <p>(32)</p>
Le téléradiologue Statut	<p>Le téléradiologue est une activité complémentaire du radiologue</p> <p>Cela permet au téléradiologue d'être dans l'équipe, et sa connaissance de l'environnement local est essentielle</p> <p>Des rencontres régulières doivent être organisées pour évaluer les la qualité de la prise en charge</p>	<p>Le radiologue doit garder une pratique au contact des patients, la téléradiologie ne venant que compléter son exercice local habituel. La téléradiologie ne peut en aucun cas constituer une pratique exclusive de la radiologie »</p> <p>« Elle nécessite aussi des rencontres régulières et suffisantes entre l'ensemble des professionnels concernés avec les équipes qui les pratiquent, pour s'assurer du respect, sur chaque site, des critères de qualité exigés pour l'usage de la téléradiologie, valider et mettre à niveau les procédures, actualiser leurs connaissances, évaluer et réajuster si besoin leurs modalités de coopération en vue d'optimiser la prise en charge du patient »</p>	<p>Conseil professionnel de la radiologie française, 2018</p> <p>(32)</p> <p>Conseil professionnel de la radiologie, 2007</p> <p>(33)</p>
	Autorisation à exercer la radiologie en France	« Le médecin radiologue doit être régulièrement autorisé à pratiquer la radiologie en France et notamment être inscrit au tableau de l'ordre des médecins comme radiologue qualifié (exception faite des médecins des hôpitaux des armées qui ne sont pas statutairement astreints à cette formalité)	Conseil professionnel de la radiologie,

Thème	Recommandation	Précisions	Référence
Echanges médicaux	Le radiologue à distance	<p>remet au patient (prise en charge ambulatoire) / dans les délais prévus Il doit télétransmettre son compte-rendu écrit dans des délais appropriés à l'état clinique du patient ou par téléphone au médecin demandeur si une urgence le nécessite Il s'engage à respecter les conditions de disponibilité et de délai de réponse prévus par la convention signée entre les partenaires de la téléradiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> des conseils délivrés au médecin demandeur si besoin est, il doit proposer une stratégie complémentaire en l'absence de certitude diagnostique. En cas de diagnostic affecté d'un pronostic péjoratif, une procédure d'annonce au patient doit être prévue avec le médecin demandeur <p>Le téléradiologue doit refuser d'interpréter des images lorsqu'il n'a pas la compétence et/ou les informations utiles sur le patient, ou lorsque leur qualité ou leur nombre ne lui permet pas une interprétation valable</p> <p>Il devra soit se déplacer pour assurer la prise en charge médicale radiologique, soit utiliser une procédure prévue dans la convention médicale qui le lie au service demandeur</p> <p>Il participe aux formations et réunions périodiques avec les praticiens demandeurs et autres professionnels impliqués en particulier les manipulateurs d'électroradiologie médicale</p> <p><u>Téléexpertise</u></p> <ul style="list-style-type: none"> vérifie la qualité des images transmises, et s'assure qu'il dispose de l'intégralité des informations nécessaires à son interprétation doit dire au radiologue de proximité s'il estime que des données manquent et/ou sont de qualité insuffisante, les raisons qui ne lui permettent pas de réaliser son expertise <p>réalise son compte-rendu qu'il transmet au radiologue de proximité qui l'intégrera dans le dossier médical, au médecin</p>	<p>Conseil professionnel de la radiologie, 2007</p> <p>(33).</p> <p>Conseil professionnel de la radiologie, 2018</p> <p>(32)</p>

Thème	Recommandation	Précisions	Référence
Échanges médicaux		demandeur de la télé-expertise et/ou l'adressera directement au patient avec l'accord du radiologue de proximité dans le respect des règles déontologiques	
	Le manipulateur d'électroradiologie médicale	<ul style="list-style-type: none"> · saisit (ou médecin demandeur) le radiologue disponible et volontaire dans le cadre de l'organisation médicale mise en place · Veille à la bonne identité du patient · Réalise les examens de radiologie conformément aux règles qui régissent sa pratique, et dans le cadre de protocoles écrits qui ont été établis pour l'usage de la téléradiologie. · responsable de la bonne réalisation de ces protocoles sous la responsabilité du radiologue avec lequel il doit être relié Le manipulateur d'électroradiologie médicale par téléphone ou visioconférence · informe le radiologue de toute difficulté technique rencontrée · adresse les images réalisées (ou celles-ci sont directement consultées par le radiologue sur un serveur ou une plateforme informatique où ces images sont rendues disponibles) 	<p>Conseil professionnel de la radiologie, 2012 (34)</p> <p>Conseil professionnel de la radiologie, 2007 (33)</p> <p>Conseil professionnel de la radiologie, 2018 (32)</p>
	Le manipulateur d'électroradiologie médicale		
	Le médecin demandeur	<p><u>En cas de télédiagnostic</u></p> <ul style="list-style-type: none"> · Réalise l'examen clinique du patient · Sollicite le téléradiologue soit en urgence soit en rendez-vous programmé · Participe aux formations et rencontres périodiques avec les 	<p>Conseil Professionnel de la Radiologie, 2007 (33).</p>

Thème	Recommandation	Précisions	Référence
	Le médecin demandeur	<p>radiologues signataires de la convention</p> <ul style="list-style-type: none"> · Informe le patient (ou son représentant), recueille son consentement · Réalise la demande d'examen d'imagerie, veille à la qualité des informations recueillies avant leur télétransmission, est responsable de la pertinence des données transmises recueillies auprès du patient <p>(doit recueillir l'ensemble des renseignements cliniques et paracliniques nécessaires à la bonne interprétation des images. Il doit informer le radiologue de tout élément pertinent utile à la bonne prise en charge du patient : antécédents médicaux et chirurgicaux, existence d'examen antérieurs radiologiques ou autres (comptes rendus d'endoscopie, d'anatomopathologie, d'ECG, d'EFR, etc.). Ceux-ci doivent être joints au fichier d'imagerie télétransmis et être obligatoirement formalisés par écrit et archivés)</p> <ul style="list-style-type: none"> · Vérifie l'identité du radiologue avant toute télétransmission · Joint à la transmission d'images les données cliniques nécessaires · S'assure de la sauvegarde et de l'archivage des données échangées par téléradiologie · Conserve le compte-rendu du radiologue dans le dossier du patient · A la responsabilité de l'utilisation qui sera faite de l'information contenue dans le compte-rendu transmis par le radiologue, et du contrôle de sa bonne intégration dans le dossier médical · Le médecin demandeur de proximité dans le cadre de l'EPP et de la démarche qualité doit à son confrère un retour d'information sur l'évolution du patient 	<p>Conseil Professionnel de la Radiologie, 2018</p> <p>(32)</p> <p>Conseil professionnel de la radiologie, 2007</p> <p>(33).</p> <p>Conseil professionnel de la radiologie, 2018</p> <p>(32)</p>

Thème	Recommandation	Précisions	Référence
		<ul style="list-style-type: none"> · Participe aux formations et rencontres périodiques avec les radiologues signataires de la convention <p><u>En cas de téléexpertise</u></p> <p>Le médecin demandeur de télé-expertise (radiologue de proximité ou autre médecin) doit informer le patient et recueillir son consentement pour l'avis d'un radiologue télé-expert distant clairement identifié. Il rend accessible au radiologue télé-expert les images générées par l'examen et les antériorités d'imagerie lorsqu'elles existent, et lui communique tous les éléments pertinents qui lui ont été transmis par le médecin initialement à l'origine de la demande d'examen. Le médecin demandeur a la responsabilité de l'utilisation qui sera faite de l'information contenue dans le compte- rendu transmis par le radiologue, et du contrôle de sa bonne intégration dans le dossier médical</p>	
	Le médecin de proximité	<p>Médecin au contact du patient pour la réalisation de l'acte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prépare le patient, son information et le recueil du consentement éclairé, sa surveillance médicale durant l'examen, prise en charge de toute complication intercurrente - pratique ou fait pratiquer par le manipulateur l'injection de produit de contraste - échange avec le téléradiologue sur l'interprétation des images par téléphone ou visioconférence et le cas échéant sur la prise en charge diagnostique ultérieure du patient 	
	Tout moyen d'échange direct doit être possible entre le radiologue le manipulateur radio, le patient et le médecin demandeur.		

4. Position du groupe de travail

De par son expertise et son expérience de la téléconsultation et de la téléexpertise sur le terrain, la HAS attend du groupe de travail qu'il contribue à l'élaboration du guide en proposant :

- À destination des patients : un ou plusieurs documents répondant aux besoins d'information des patients (ex. : fiche d'information, questionnaire de satisfaction, etc.)
- À destination des équipes participant à la prise en charge du patient : des recommandations sur la qualité et la sécurité, relatives à l'organisation, à la technique et à la mise en œuvre des actes de téléconsultation et de téléexpertise incluant un focus sur les spécificités liées à l'imagerie, et des outils afin que les équipes puissent évaluer leur pratique et l'améliorer.

Le groupe de travail s'est réuni deux journées complètes (10 septembre 2018 et 3 octobre 2018) dans les locaux de la HAS.

Les discussions du groupe de travail, pour contribuer à l'élaboration du guide et du document d'information aux patients, ont été les suivantes :

Préambule

Produire un guide « moderne » et attractif (sortir du format papier), clair (exemples de documents cités : ceux rédigés par la CNIL dans le cadre du RGPD: <https://www.cnil.fr/fr/principes-cles/rgpd-se-preparer-en-6-etapes>).

Les documents doivent être centrés sur les usagers/patients et favoriser la notion de parcours.

Faire des documents généraux pour s'adapter à toutes les spécialités et ne pas être trop contraignants : favoriser le déploiement et l'appropriation de la télémédecine.

La télémédecine est l'opportunité d'améliorer la pratique médicale classique (de par sa nécessité d'être organisée, anticipée, planifiée et de par la nécessité de collaborer et de communiquer entre professionnels).

Partie 1 : Recommandations à destination des équipes

Cible des recommandations

Les recommandations doivent être génériques, à la fois directives et personnalisables si besoin (chaque spécialité peut faire son propre focus : cardiologie, neurologie, imagerie médicale, etc.). Il n'est pas possible de faire une fiche pour chaque situation ; les acteurs de terrain pourront adapter les documents génériques selon leur besoin.

Pour l'imagerie, employer les termes génériques (téléconsultation et téléexpertise) ; éviter de parler de télédiagnostic, téléradiologie.

Le groupe de travail relève que le terme « imagerie » renvoie à toutes les spécialités amenées à transférer des « data » diverses (des radios pour l'imagerie et des électrocardiogrammes pour la cardio, des photos pour la dermatologie, etc.). Toutes ces « data » sont à traiter de la même façon quelle que soit la spécialité.

Faire des recommandations pour les professionnels de santé : médicaux et paramédicaux. Face aux déserts médicaux, les paramédicaux sont un relai sur le terrain pour les patients. Les professionnels de santé paramédicaux peuvent participer à un acte de télémédecine par le biais d'un protocole de coopération¹¹.

¹¹ [Art. L. 4011-1](#)

Le groupe de travail souhaite que les recommandations de la HAS s'appliquent aux téléconsultations réalisées par les mutuelles, assurances, entreprises, etc., et pas uniquement aux actes de télé médecine remboursés dans le cadre de l'avenant n° 6. Le groupe de travail insiste sur l'importance du parcours de soins et recommande que le compte-rendu à la suite d'une téléconsultation hors parcours de soins coordonné soit adressé au médecin traitant.

Concernant les conditions de remboursement de la téléconsultation dans l'avenant n° 6, le groupe de travail déplore que la condition exigée d'avoir consulté le médecin dans les 12 mois précédents exclue du remboursement une première consultation de spécialiste, même lorsque le patient est orienté par son médecin traitant.

Format du guide

Le groupe de travail souhaite :

- un format court pour le guide ; idéalement un recto-verso pour la téléconsultation et un recto-verso pour la téléexpertise.
- Un outil de type « *check-list* » pour les professionnels réalisant l'acte à distance (balayer les critères techniques, organisationnels, cliniques).
- Privilégier le renvoi vers les documents de référence, à chaque fois que possible.
- Préciser quand les exigences portent sur la téléconsultation ou la téléexpertise, quand il y a des spécificités à l'une ou l'autre.

Aspects cliniques

- Importance du volet de synthèse médicale qui devrait accompagner toute demande de téléconsultation ou téléexpertise pour fournir les informations médicales essentielles.
- Disposer d'un dossier patient partagé
- Nécessité de structurer les données en télé médecine (pour la transmission d'informations médicales)
- La consultation d'annonce ou l'annonce de mauvais résultats d'examen ne doivent pas être réalisés en télé médecine. Toute organisation réalisant de la télé médecine doit prévoir cette situation en amont dans ses procédures et mettre en place les actions nécessaires pour que le patient soit reçu par un médecin en présentiel en cas de consultation d'annonce ou de diagnostic péjoratif. Le compte-rendu ne pourra être accessible au patient qu'après l'accord du médecin qui lui aura annoncé le diagnostic.
- Le patient est bien informé de son suivi pour qu'il soit en mesure (lorsque cela est possible) d'être acteur de sa prise en charge.
- Mentionner le rôle et la place de la personne de confiance dans la téléconsultation.

Aspects organisationnels

Le groupe de travail considère que la nécessité de structuration/organisation est un point majeur dans la mise en place de l'activité de télé médecine et que cette organisation en amont peut avoir un effet positif sur l'organisation actuelle des offreurs de soins.

Importance du travail en équipe ou collaboratif avec le patient au centre de la prise en charge et dans le respect du parcours de soins.

Pour ce faire, une gouvernance avec un *leadership*/référént ou coordonnateur de cette activité qui doit s'investir pour porter le projet, que ce soit en médecine ambulatoire ou en médecine hospitalière (et pas seulement en établissement).

L'amélioration de la qualité relève d'un exercice pluridisciplinaire et pluri professionnel qui passe par la structuration du lien entre le 1^{er} et 2nd recours.

Importance d'utiliser des indicateurs simples (pour évaluer et améliorer les pratiques)

Formalisation de l'organisation et des rôles et responsabilités

- sous forme d'un contrat/convention.

Importance juridique. Mais pas de lourdeur administrative.

Malgré la fin du conventionnement obligatoire (modification du décret de 2010), il convient de savoir quels praticiens réalisent de la télémedecine et de les connaître (annuaire des spécialités ?). Il est important que les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient soient authentifiés par une signature (savoir qui fait quoi et à quel moment).

Une charte de fonctionnement permettrait notamment de s'assurer que le professionnel médical garde une activité sur le terrain (respect du ratio d'activité : pas d'activité exclusivement de télémedecine.)

- Une organisation qui privilégie le territoire
- Privilégier le recours en télémedecine à des médecins de proximité.
- Renforcer les structures locales.
- Éviter l'isolement intellectuel des professionnels (se connaître pour travailler ensemble).
- Éviter la rupture/ l'éparpillement de prise en charge pour les patients (risque d'atomisation dans la prise en charge liée à la télémedecine)
- des compétences « vérifiées » :
 - L'inscription à l'ordre obligatoire pour les professionnels médicaux qui réalisent l'acte de télémedecine
 - La « vérification » des diplômes relève des conseils de l'ordre (Ordre des chirurgiens-dentistes, Ordre des médecins, Ordre des sages-femmes). Pour simplifier le processus, la déclaration qui se fait actuellement à l'ordre départemental des médecins devrait pouvoir se faire auprès de l'ordre national des médecins (en effet l'acte de télémedecine peut-être réalisé au-delà du département).
 - Assurance professionnelle avertie de l'activité de télémedecine
- Une organisation qui garantisse la continuité des soins.
- Il est important que la télémedecine soit présentée comme une opportunité d'améliorer la prise en charge (c'est un complément à l'activité habituelle, à l'existant). Elle n'est pas réalisée « à défaut » d'un mode de prise en charge en présentiel
- Certains médecins retraités pourraient envisager de poursuivre une activité professionnelle à temps partiel, grâce à la télémedecine. Cette activité exclusive de télémedecine pourrait rendre service aux patients dans le contexte de la raréfaction des médecins. Le groupe souligne cependant l'importance de privilégier autant que faire se peut une activité mixte afin notamment d'éviter l'isolement du professionnel.
- Le professionnel médical doit intégrer dans son planning des plages exclusivement dédiées à la télémedecine.
- Définir les délais (notamment rendu des résultats en téléexpertise), la notion d'urgence.
- Formaliser la demande faite par le médecin requérant et le CR fait par le médecin requis. Il est possible pour le médecin requis de refuser la demande si le site requérant ne fournit les infos nécessaires à la téléexpertise (ex. : en radio, site requérant non organisé, risque sur la qualité de l'acte)
- Organisation à définir dans un cahier des charges, selon chaque parcours (ex : dermato selon l'urgence le délai de réponse peut varier). Définir l'organisation en mode dégradé et en cas d'urgence.
- Utilité du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) pour identifier les professionnels qui réalisent effectivement de la télémedecine.
- Concernant la présence du médecin sur site :

- Pour la médecine nucléaire, la télémedecine est possible à condition qu'au moins un médecin nucléaire soit présent sur site, sauf en cas de procédure de soins dégradés (carence complète et exceptionnelle en médecins entraînant la rupture de continuité des soins).
- Pour la radiologie, le téléradiologue doit être à portée de voix.

Évaluation de la qualité et de la sécurité

Mettre à disposition une liste de thèmes d'indicateurs pour évaluer à la fois l'activité et la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation/téléexpertise. Le groupe a évoqué également l'évaluation de la pertinence des actes.

Aspects techniques

Il est rappelé que l'ASIP santé élabore actuellement un référentiel technique pour accompagner le déploiement de la télémedecine sur le territoire. Le guide élaboré par la HAS ne traitera pas des aspects techniques, ou simplement dans les grandes lignes (grandes exigences à respecter).

Le groupe de travail décrit des freins techniques rencontrés sur le terrain :

- Absence d'interopérabilité,
- Difficultés à partager les données patient entre professionnels (point pourtant essentiel pour une prise en charge coordonnée du patient)

Il est nécessaire de disposer d'outils de télémedecine :

- Simples (certaines plateformes sont trop compliquées à utiliser et les professionnels préfèrent utiliser leur *smartphone*)
- Interopérables
- Génériques (qui répondent à plusieurs activités de télémedecine ; ne pas avoir un outil par tâche)
- Intégrés aux outils métiers.

Le *Smartphone* est l'outil le plus simple pour la télémedecine en ville (photo, *skype*, *web*, carnet d'adresses/contacts) : utilisé en pratique courante mais présente des risques (protection des données).

Le groupe de travail rappelle que la sécurité et la protection des données des patients sont des éléments cruciaux à respecter. Sont rappelées l'obligation d'identification du patient (NIR) et d'authentification du professionnel (+ habilitation).

Les systèmes de communication et de transmission/partage de données doivent être sécurisés pour les professionnels et les patients ; les données doivent être cryptées. Le groupe de travail, inquiet de l'utilisation des données de santé qui pourrait être faite par les outils grand public (ex. : ceux proposés par les GAFAM), juge qu'il ne faut pas les utiliser pour la télémedecine.

Le groupe souhaite donc l'utilisation d'un système dédié et non d'un système grand public pour communiquer et il recommande l'utilisation de messagerie sécurisée en santé pour transmettre les données.

Sur cette partie technique, il est proposé que le guide HAS se réfère aux recommandations de la [CNIL : « Télémedecine : comment protéger les données des patients ? »](#).

Partie 2 : Document d'information pour le patient

Le groupe de travail considère qu'il faut informer le patient et ses proches sur la télémedecine afin d'instaurer la confiance sur cette prise en charge à distance :

- Importance de la pédagogie : expliquer au patient (bénéfices de la télémedecine, ce n'est pas une médecine « au rabais », pourquoi lui proposer la télémedecine, lui exposer les alternatives de prise en charge, etc.).

- Le regard du patient et ses attentes par rapport à la télémédecine sont différents de ceux des professionnels ; insister sur la plus-value de la télémédecine pour le patient : transport, autonomie, écoute, délai, etc.
- Dire aux patients où sont localisés les médecins qui vont interpréter l'examen à distance (cela rassure le patient ; c'est plus concret pour lui) ; prévoir éventuellement un thrombinoscope pour que le patient « voit » avant qui est le professionnel qu'il va consulter
- Rassurer sur la confidentialité et la sécurité des données
- Rassurer sur les droits du patient qui sont les mêmes que lors d'un acte en présentiel (dire au patient que la loi s'applique de la même façon peut le rassurer)
- Informer sur le coût, le reste-à-charge
- Expliquer la suite de la prise en charge avec l'acte de télémédecine (suivi du patient)
- Prévenir le patient qu'une pièce d'identité avec photo peut lui être demandée en début de consultation (identitovigilance). La déclinaison du nom de naissance, du nom marital, du prénom et de la date de naissance est concordante avec la carte d'identité et a valeur d'identification confirmée.

L'information sur la télémédecine doit être fournie au patient à différents niveaux de sa prise en charge (et pas uniquement juste avant l'acte à distance) : par exemple, dans le livret d'accueil de l'établissement, au moment de la prise de rendez-vous, lors de l'arrivée dans l'établissement (radiologie).

Lorsque l'information/consentement n'ont pas pu être réalisés en amont (situation d'urgence ; patient inconscient), l'information du patient est à réaliser a posteriori.

Le consentement patient peut concerner différents aspects : consentement pour l'acte à distance, consentement pour l'examen de radiologie...

Les documents à destination des patients doivent être courts, illustrés (pictogrammes, photos), avec des mots simples (prendre en compte les patients fragiles ou âgés).

Les formats possibles pour informer le patient sont : fenêtre *pop-up* qui s'ouvre au début de la téléconsultation ; ou faire une vidéo ; affiche en salle d'attente, foire aux questions, si brochure papier : faire très court (type fiche à ranger dans son portefeuille), lisibilité du document très importante.

Le document patient pourrait être organisé selon 3 questions principales du point de vue patient :

1. Télémédecine : comment se passe ma consultation à distance ?
2. Qu'est ce qui change pour moi ?
3. Qu'est ce qui ne change pas ?

Le groupe de travail propose des éléments devant y figurer.

La rédaction de ces questions devrait être accompagnée d'une infographie réalisée avec le service Communication de la HAS.

Partie 3 : Outils pour la méthode « patient-traceur »

Parmi les méthodes d'évaluation des pratiques, la méthode du patient-traceur peut être utilisée pour analyser la prise en charge des patients et améliorer les pratiques.

Certains membres du groupe de travail ayant eu l'occasion d'utiliser la méthode du patient traceur rapportent que cette méthode est bien perçue par les équipes (évaluation interne à l'équipe ; regard bienveillant). Son intérêt est de confronter le ressenti du médecin (des soignants) avec celui du patient.

La fiche mémo « qualité et sécurité des actes de TLC et TLE » élaborée par la HAS et le déroulé du processus d'un acte de télémédecine présenté par l'ANAP dans son rapport « la télémédecine en action : construire un projet de télémédecine » constituent deux documents à partir desquels les grilles du patient-traceur peuvent être construites.

Différents parcours de prises en charge par télé médecine qui pourraient être évalués par la méthode du patient traceur sont cités : patient porteur d'une maladie chronique, prise en charge en urgence, prise en charge en EHPAD, patient bénéficiant d'un acte de téléconsultation en radiologie, patient en cancérologie, cas particulier du patient ayant refusé ou stoppé une téléconsultation, qui nécessite d'être analysé.

Concernant la grille d'entretien pour le patient, elle doit lui permettre d'exprimer son ressenti. Le questionnaire doit se terminer par une question ouverte.

Concernant la grille d'analyse pour les professionnels : attention à ne pas faire de la question du remboursement un critère d'éligibilité. Il faut centrer la réalisation de la téléconsultation et de la téléexpertise sur le parcours de soins coordonné par le médecin traitant. Par ailleurs, il est souhaitable de :

- Préciser que l'examen physique peut être réalisé par un professionnel de santé présent auprès du patient.
- Préciser le contenu de la demande de téléconsultation : les 8 points de la demande d'examen d'imagerie sont structurants pour toute demande de téléconsultation.
- Parler de l'accès au DPI (dossier patient informatisé) et DMP (dossier médical partagé).
- Renforcer la partie : organisation des suites de la prise en charge.

Le groupe de travail évoque aussi la possibilité d'un questionnaire de satisfaction en ligne pour le patient.

Messages-clés du groupe de travail

Les documents doivent être centrés sur les usagers/patients et favoriser la notion de parcours.

Le groupe souhaite que soient réalisés des documents génériques pour s'adapter à toutes les spécialités. Tout en proposant un cadre commun pour que les pratiques de télé médecine répondent à des objectifs de qualité et de sécurité du patient, les documents doivent être adaptables afin d'accompagner tous les professionnels et favoriser le déploiement et l'appropriation de la télé médecine.

Le groupe de travail souhaite que le guide soit court.

La télé médecine crée l'opportunité d'améliorer la pratique médicale, de par sa nécessité d'être organisée, anticipée, planifiée et de collaborer et communiquer entre professionnels.

Parmi les messages clés que le guide doit faire passer figurent :

- L'importance du travail collaboratif, avec le patient au centre de la prise en charge dans son parcours de soins
- La nécessité d'un coordonnateur référent, leader du projet de télé médecine
- La formalisation de l'organisation et des rôles et responsabilités, sous la forme d'un contrat ou d'une convention, d'une charte de fonctionnement
- Une organisation qui privilégie le territoire.
- Des compétences qui doivent être vérifiées, avec des professionnels médicaux clairement authentifiés.
- Des recommandations techniques en s'articulant avec les travaux de l'ASIP d'un référentiel pour la télé médecine en cours d'élaboration. La sécurité relative à la protection des données personnelles est un enjeu primordial.
- Une évaluation de l'activité et des pratiques, en suivant des indicateurs notamment.

Le groupe propose, pour les recommandations, une structure classique en 4 parties :

1. Management/pilotage (incluant l'approche collaborative/travail en équipe)
2. Parcours de soins du patient intégrant le respect des droits du patient et la place centrale du patient
3. Fonctionnement et sécurité technique
4. Évaluation de la qualité et de la sécurité (indicateurs pour évaluer à la fois l'activité et la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation/téléexpertise)

Le document pour le patient est un document d'information qui doit répondre aux questions pratiques que se pose un patient à qui est proposée une téléconsultation.

L'élaboration d'outils de type « *check-list* » seraient très utiles aux professionnels de même qu'un questionnaire de satisfaction pour les patients. Ces outils pourront être construits secondairement.

5. Commentaires suite à la relecture

Deux documents ont été rédigés à l'issue des réunions du groupe de travail :

1. Guide HAS comprenant les recommandations générales et l'outil d'évaluation des pratiques
2. Recommandations pour la télémédecine

Ces documents, accompagnés du rapport d'élaboration, ont été adressés par la HAS aux membres du groupe de lecture ainsi qu'aux parties prenantes.

Parmi les parties prenantes concertées, 27 nous ont adressés des commentaires suite à leur relecture. Elles sont listées ci-dessous :

- Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP santé)
- Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)
- ARS Grand Est
- ARS Occitanie
- Autorité de sûreté nucléaire (ASN)
- Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- Institut national du cancer (INCA)
- Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)
- Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF)
- Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD)
- Ordre national des pharmaciens (CNOP)
- Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire et Union française pour la santé bucco-dentaire
- Collège national des sages-femmes de France (CNSF)
- CNP de biologie médicale
- CNP de dermatologie (Conseil de coordination de la dermatologie) (Société française de dermatologie)
- CNP d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies métaboliques (Conseil national professionnel endocrinologie diabétologie maladies métaboliques)
- CNP d'Infectiologie (CNP-FFI) (Société de pathologie infectieuse de langue française)
- CNP de médecine nucléaire
- CNP de neurologie (Fédération française de neurologie)
- CNP des pathologistes (CNPath) (Société française de pathologie)
- CNP de radiologie (G4)
- CNP de radiothérapie oncologique (Société française de radiothérapie oncologique)
- Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (AFPPE)
- Fédération française des maisons et des pôles de santé (FFMPS)
- Fédération des soins primaires (FSP)
- Société française de télé-médecine (SFT)
- Fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire (FEIMA)

Les principaux commentaires sont exposés ci-après, par thème, pour le guide générique et pour les recommandations appliquées à l'imagerie médicale.

5.1 Commentaires reçus pour le guide pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et téléexpertise

Commentaires généraux

- Le projet de recommandations est trop complexe. Il risque de limiter l'appropriation des bonnes pratiques par les professionnels de santé voire de détourner certains professionnels d'une pratique de télémédecine. Parmi les commentaires reçus, on note que :
 - l'abondance de renvoi vers des notes juridiques donne l'impression que le recours à la télémédecine est très compliqué. Il serait préférable de mettre l'accent sur les seules obligations spécifiques à la télémédecine, principalement liées à la protection des données.
 - la richesse des informations contenues n'est pas mise en valeur par la forme actuelle du document : présentation des recommandations peu lisibles, synthèse qui ne fait pas émerger les points importants de façon pratique pour les professionnels, les précisions inscrites en NB sont importantes (elles devraient être formulées régulièrement dans le texte, pour rappel, et ne pas faire l'objet d'un simple NB).
- La pratique de la téléconsultation pour des patients situés à domicile n'est pas clairement traitée/identifiée, ni celle d'un médecin pratiquant seul la téléconsultation. Il semble important d'apporter/adapter les recommandations pour ces situations. Le document s'attache davantage aux professionnels pratiquant une téléconsultation dans le cadre d'organisation faisant intervenir plusieurs acteurs. Or, le passage de la téléconsultation dans le droit commun permet à présent à un médecin, en particulier le médecin traitant, de pratiquer des téléconsultations avec ses patients qui ne sont pas forcément en structures mais à domicile.
- Il manque dans le guide quelques exemples pratiques pour illustrer les bonnes pratiques du point de vue des professionnels.
- Il convient d'employer le terme « professionnel médical » dans les recommandations ; en effet la télémédecine concerne les trois professions médicales i.e. chirurgien-dentiste, médecin et sage-femme et pas seulement les médecins.
- Faire figurer dans les recommandations les professionnels de santé qui contribuent à la réalisation des actes de télémédecine (ex : professionnels de santé accompagnant les patient lors d'une téléconsultation : infirmiers, pharmaciens)
- Les recommandations devraient être élargies à d'autres professions médicales et spécialités médicales pour lesquelles la télémédecine peut apporter des bénéfices, par exemple :
 - la profession de sage-femme impliquée en téléconsultation et en téléexpertise (sage-femme requérante ou sage-femme requise)
 - l'anatomie et cytologie pathologiques qui se fonde sur l'interprétation diagnostiques d'images (préparation d'échantillons tissulaires et cellulaires)
 - l'infectiologie (ex : téléconsultation pour la prise en charge de pathologies complexes nécessitant l'expertise d'un infectiologue ; téléexpertise par des équipes d'infectiologie françaises organisées pour répondre aux besoins du territoire en matière de conseils en antibiothérapie)
 - la biologie médicale (ex : rôle de « Consultant en Biologie Médicale » impliqué dans les actes de téléexpertise en libéral au sein de l'équipe de soins pluriprofessionnelle).
- Préciser dans le guide que l'offre de télémédecine doit être inscrite dans le répertoire opérationnel des ressources¹² (ROR). De même, il serait judicieux que cette offre soit recensée d'une manière ou d'une autre sur le site des établissements de santé.

¹² Le répertoire opérationnel des ressources - ROR - est l'outil de description des ressources de l'offre de santé pour une région qui propose une information exhaustive de l'offre de santé régionale et extra régionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur le champ du sanitaire, du médico-social, et à terme du social.

Guide HAS et remboursement des actes (avenant 6 à la convention médicale)

- Ces recommandations génériques entretiennent une confusion entre la compétence légale et réglementaire pour l'acte de télémedecine d'une part et la prise en charge conventionnelle de cet acte d'autre part (dispositions de l'avenant 6). Par exemple, le guide HAS précise que « *la primo-consultation ne constitue pas un motif de refus d'une téléconsultation a priori* » alors que l'avenant 6 indique que « *pour pouvoir ouvrir droit à la facturation à l'Assurance maladie, les patients bénéficiant d'une téléconsultation doivent être connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire ayant bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents, avant toute facturation de téléconsultation, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité* ».
- Il convient de préciser que les recommandations de la HAS, qui ont pour objectif de contribuer à la qualité et à la sécurité des actes, doivent s'appliquer à l'ensemble des actes de téléconsultation et téléexpertise, qu'ils soient remboursés ou non, y compris les actes proposés par des « plateformes ».
- Ne pas limiter les recommandations HAS au cadre strict de l'avenant 6. En effet, la télémedecine peut répondre à des situations cliniques qui ne relèvent pas de l'avenant 6 et qui pourtant vont s'inscrire dans le parcours de soins du patient (ex : acte inter-hospitalier entre 2 établissements de santé appartenant au même GHT, entre une clinique ou un SSR et un GHT ayant contractualisé, entre un CHU et l'administration pénitentiaire, favoriser l'accès aux soins spécialisés à des patients âgés et fragiles etc.)
- Certains relecteurs ont fait part de la crainte de voir s'instaurer une télémedecine « à deux vitesses » avec la « télémedecine de la sécu » et « celle des assurances et autres plateformes fournissant l'accès à l'outil technologique et au médecin téléconsultant ».

Télémedecine : identification du besoin médical et insuffisance de l'offre de soins

- Ne pas limiter le développement de la télémedecine aux territoires insuffisamment couverts par l'offre de soins locale :
 - La télémedecine doit aussi permettre de s'organiser différemment (même si l'offre de soin locale est suffisante) ; par exemple pour éviter des déplacements aux patients.
 - L'avantage de la télémedecine est justement de dépasser le cadre local soit en téléconsultation, soit en téléexpertise (ex. : avoir accès au meilleur spécialiste d'une pathologie, même s'il est à l'autre bout de la France).
 - Le médecin (notamment traitant) peut choisir d'alterner consultation physique ou à distance, sans pour autant qu'il y ait un problème d'insuffisance de l'offre de soins locale. Ce peut être simplement un choix d'organisation de sa pratique avec le consentement du patient.
 - La télémedecine devrait/pourrait inclure les patients ayant une capacité de déplacement très limitée, voire absente et dont le médecin ne pourrait pas se déplacer dans la journée en raison de son planning déjà bien complet.
 - Si elle n'a certes pas vocation à se substituer à l'offre de soins locale, le développement de la télémedecine est de nature à permettre le développement de pratiques nouvelles, susceptibles d'améliorer la qualité du suivi de patients (ex : téléconsultation en présence d'un paramédical en coopération, pour s'assurer de la bonne observance d'un traitement, de la bonne évolution d'un soin, avec une fréquence plus pertinente que ne l'est celle imposée par la disponibilité du corps médical)
 - Néanmoins, on peut s'interroger sur la nature des offres de télémedecine proposées par certaines sociétés commerciales et, plus particulièrement, sur les besoins en termes de santé publique qu'elles sont censées pourvoir.

Contractualisation

- La notion de contrat préalable entre requérant et requis apparait dans ce document alors qu'elle n'existe plus dans la formalisation conventionnelle avec l'Assurance maladie. Cette contractualisation préalable parait lourde.

- La pratique de la téléconsultation peut se réaliser entre un médecin et un patient qui se connaissent dans le parcours de soins, de même que la téléexpertise peut s'effectuer entre deux médecins qui se connaissent également dans leur pratique quotidienne. Cela ne nécessite pas de contrat. Par contre, les médecins qui apportent leur concours à une plateforme proposant des offres de télé médecine doivent avoir un contrat soumis à l'avis ordinal.
- Inciter les acteurs à formaliser leurs engagements respectifs dans une démarche de qualité et de sécurité des pratiques.
- Distinguer les cas où il faut :
 - un contrat de service (par exemple un professionnel qui s'abonne une plateforme technique de télé médecine doit avoir un contrat avec les engagements du fournisseur comme c'est le cas tout fournisseur (téléphonie, gaz, électricité, etc.)
 - une convention : lorsqu'il y a plusieurs acteurs impliqués dans l'organisation
- Les recommandations indiquent qu'« un document partagé (convention, contrat, etc.) définit les engagements des structures et des acteurs, les rôles et responsabilités, et les règles de fonctionnement ». Il pourrait être rappelé que ces documents contractuels doivent être soumis par les professionnels de santé à leur ordre (voir les articles L. 4113-9 et R. 4127-279 du Code de la santé publique pour les chirurgiens-dentistes).

Construction du projet de télé médecine

- La notion préalable et « socle » de ce document d'un projet médico soignant fait référence à une époque désormais ancienne de l'expérimentation de la télé médecine. Depuis la nouvelle loi, et l'article 6 de l'actuelle convention, cette notion de projet a totalement disparu. La télé médecine est entrée dans le droit commun. L'ensemble de ce chapitre est donc hors sujet.
- La notion d'engagement est nécessaire à l'implication des professionnels dans la formation et l'évaluation des dispositifs/ c'est une plus-value qui évite l'approche consumériste de certains dispositifs proposées par des assurances et/ou des mutuelles.
- Concernant les compétences des acteurs, ne serait-il pas plus logique de poser comme principe que tout médecin téléconsultant est avant tout un médecin inscrit à l'Ordre des médecins et exerçant déjà dans une structure de soins (cabinet, MSPO, CDS, ES, etc.). Il ne devrait pas y avoir sur le territoire de médecins qui ne pratiquent que des actes de TLM.
- Décrire plus précisément les professionnels de santé autorisés à faire de la TLM dans le cadre des protocoles de coopération ou des pratiques avancées.
- La question de la promotion de la télé médecine pose difficulté car la limite entre la diffusion de l'information et la publicité est très mince et floue.

Information et consentement du patient

- Il nous semble important qu'un consentement signé soit intégré au dossier du patient toutefois la mention absence de consentement en cas d'urgence vitale doit également ne pas être un point bloquant, si la télé médecine est la seule alternative
- Il faut être plus précis, le patient doit consentir au fait que l'acte est réalisé à distance via les technologies de l'information et de la communication.
- Le choix d'une prise en charge alternative devra être laissé au patient dans l'hypothèse où il souhaite organiser lui-même sa prise en charge, mais consignée dans le dossier.

Téléconsultation

- La notion d'examen physique, comme facteur limitant a priori est jugée imprécise et faussement restrictive (ex. : pour un examen dermatologique, la vision de la peau – utilisant le principe physique de la lumière – permet un acte de qualité ; pour un psychiatre, la vision et l'échange verbal constituent l'essentiel d'une consultation de qualité). D'autant plus que certains matériels de téléconsultation sont équipés d'outils performants, permettant une consultation de qualité dans de nombreux champs disciplinaires de l'examen physique.

Réalisation de la téléconsultation

- Préciser que le compte-rendu est en langue française

Téléexpertise et parcours de soins coordonné

- Il n'y a pas d'application stricto sensu du respect du parcours de soins coordonné avec orientation initiale par le médecin traitant dans le cadre de la téléexpertise mais une condition de connaissance préalable du patient par le médecin requis dans les 12 mois précédents la téléexpertise.
- Ces recommandations semblent inadaptées à la télé expertise prévue par l'avenant n°6 car trop complexes

Documents demandés pour la téléexpertise

- En cas d'envoi d'images ou photographies, une notation peut permettre d'évaluer la qualité de ces dernières.
- La définition précise en amont des documents nécessaires à la formulation d'une conclusion utile permet d'éviter de conclure à un compte rendu impossible (ex. : disposer des prélèvements bactériologiques, des antibiogrammes, des examens radiologiques pour faire un acte de téléexpertise sur une infection ostéo-articulaire, etc.)
- La définition consensuelle d'actes de télé médecine génériques permettrait de définir au mieux ces éléments (ex. : acte de conseil en antibiothérapie = formuler un avis sur le meilleur régime thérapeutique, proposer en disposant des données du diagnostic clinique, des données microbiologiques minimales requises, etc.)
- Il nous semble ne pas devoir être recommandé de fournir des listes de documents car on complexifie les actes de téléexpertise entre médecins travaillant habituellement ensemble d'une part, et d'autre part on crée une insécurité juridique en l'absence d'un document non communiqué car estimé inutile. Il serait par contre utile de tenter de cerner les conditions qui feront que les informations fournies par le médecin requis permettent au médecin requis de donner un avis en particulier les cas où le partage d'images médicales ou de données de génomique sont nécessaires.

Planification de la téléexpertise

- La téléexpertise ne fait pas systématiquement l'objet d'une planification quand elle est asynchrone. Dans ce cas, il y a un délai maximal de réponse du requis.
- La téléexpertise peut être synchrone, dans ce cas il y a planification.

Échanges de données – prescription électronique

Préciser que l'avant-projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit que le gouvernement puisse encadrer par voie d'ordonnance la généralisation de la prescription électronique (art. 14), indispensable pour sécuriser la délivrance de médicaments dans le cadre de la télé médecine.

Rôles des acteurs dans la téléexpertise

- Mention de la possibilité de soumettre sous la forme sécurisée l'expertise à un autre réseau experts en cas de besoin d'avis « sur » spécialisé.
- Bien préciser les actions qui relèvent du professionnel médical requérant et celles qui relèvent du professionnel médical requis.
- Si la téléexpertise n'est pas réalisable à la suite de la décision du médecin requis on peut préciser que c'est le médecin requérant qui doit in fine proposer au patient une alternative adaptée.

- « L'enregistrement ou la transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé » : rajouter : « ou par d'autres professionnels apportant leur concours au patient. »

Recommandations techniques

- Informer sur la possibilité d'utiliser des outils de télécommunication grand public : exemple *Skype, Face time*
- Préciser qu'en France, l'opposabilité du RGPD a entraîné la modification de la loi information et liberté de 1978 par la loi n° 2018-1125 du 20 juin 2018 et son décret d'application n° 2018-687 et l'ordonnance de réécriture n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 (Dernières normes applicables en matière de protection des données personnelles)
- Préciser le cadre lié à l'utilisation des données dans le cadre de travaux de recherches ou de publications de photos des cas d'expertises
- Promouvoir une formation-information agréée DPC pour tous les professionnels leur permettant de maîtriser les tenants et aboutissants de ces actes avant de choisir une solution.
- La force des sociétés privées dispensant des services de télémedecine est de disposer de professionnels requis ; ce qui serait idéal c'est que le requérant puisse choisir son requis sans passer par ces sociétés à but lucratif donc payantes ; pour cela il nous manque la liste des requis potentiels sur les territoires. Cela nécessite d'avoir une cartographie ou un listing.
- faire en sorte que l'ordre se charge de mettre à la disposition des professionnels de santé un *data protection officer* (DPO) en mesure de garantir les professionnels du respect de leur obligation à l'égard du RGPD et faire établir une liste (par ce DPO ou par l'ordre) des logiciels qui sont certifiés RGPD.

Evaluation

- La définition d'indicateurs en amont permet d'identifier les potentielles améliorations à apporter au dispositif.
- Évaluer le projet : L'impact des programmes sur l'évolution de paramètres épidémiologiques, sanitaires peut être évalué.

Méthode du patient traceur

- L'utilisation de la méthode du patient traceur, bien validée dans les processus d'accréditation, est intéressante mais paraît difficile à mettre en place en télémedecine, alors qu'elle n'est pas appliquée pour la validation des procédures de consultation présenteielle (d'autant plus que la téléconsultation est entrée dans le domaine conventionnel).
- L'évaluation doit faire partie d'une procédure qualité, cette méthodologie semble difficile à mettre en pratique pour les médecins libéraux exerçant la téléconsultation ou la téléexpertise on peut alors envisager que certains dossiers soient tirés au sort et évaluer par des organismes indépendants soit HAS soit CNAM s'il s'agit d'actes rémunérés.
- Le principe d'une évaluation est de la bonne pratique à encourager et sans doute à accompagner particulièrement pour la méthode choisie dont le caractère chronophage peut constituer un frein à sa mise en place.

5.2 Commentaires reçus pour le guide appliqué à l'imagerie médicale

Commentaires généraux

- Sur la difficulté de qualification des actes de télémedecine en imagerie médicale en lien avec la définition des actes du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010.

Il existe plusieurs termes pour désigner

- la réalisation d'un acte avec interprétation à distance (télédiagnostic assimilable à de la téléconsultation, monolecture),

- la téléexpertise (2^{me} avis, bi-lecture)

Par ailleurs, deux cas d'usage sont identifiés par une partie prenante avec une terminologie et des conditions de réalisation spécifiques.

- L'acte réalisé en TLC/TLE aux conditions suivantes : hors service radio, l'appareil se déplace auprès du patient
- L'acte réalisé en téléassistance aux conditions suivantes : dans le service radio de la structure où se trouve le patient, l'appareil étant connecté (voire piloté) par un radiologue expérimenté dans un centre spécialisé

Sur la potentielle confusion entre la « réalisation de la téléconsultation » et la réalisation de l'examen d'imagerie demandé (facturation des téléconsultations en sus de l'acte de téléradiologie).

- **Sur le périmètre du guide** appliquée à l'imagerie médicale pour les disciplines fondées sur l'interprétation diagnostique d'images. (Anatomopathologie).
- Sur le fait que la téléexpertise soit réservée dans un premier temps à certaines situations alors que les CHU répondent depuis longtemps au besoin de téléexpertise (arrêté du 1^{er} août 2018).
- **Sur la prise en compte de la nouvelle charte élaborée par le G4 à disposition depuis décembre 2018**, qui n'était pas connue du groupe de travail et au moment de l'élaboration de la version pour relecture par les parties prenantes.

Il manque des illustrations et mises en situations pratique de l'activité de téléexpertise, téléconsultation

Télémédecine et offre de soins

- Un besoin de clarification est exprimé concernant le statut de téléinterprétation « exclusive »
- Une remarque suggère plus de précisions concernant les contextes et les indications pertinentes pour la pratique de la télémédecine appliquées à l'imagerie (cf. également remarque ci-dessus sur les cas d'usage).

Examens radiologiques visés par la téléimagerie

La mammographie ne peut en aucun cas être faite en téléradiologie, car le cahier des charges appliqué au dépistage organisé et qui s'impose aussi en dehors de ce cadre, impose un examen clinique de la patiente (dont la palpation)

Une partie prenante s'interroge sur la motivation ou l'oubli concernant l'échographie dans le périmètre des actes de radiologie réalisés en télémédecine

Un protocole de coopération est autorisé entre médecins radiologues ou nucléaires et manipulateurs d'électroradiologie médicale (ERM) formés à l'échographie, exerçant au minimum 50 % de leur temps de travail dans ce domaine. L'activité de télé-échographie est en cours d'expérimentation ; elle fait intervenir le manipulateur d'électroradiologie médicale habilité auprès du patient et le radiologue à distance.

Une clarification est demandée concernant le périmètre des actes de d'imagerie visé par le guide dans le domaine des échographies obstétricales, fœtales et gynécologiques : la télééchographie obstétricale et fœtale est réalisée par des médecins ou sages-femmes formés titulaires d'un DIU d'échographie en gynécologie-obstétrique ou d'un diplôme universitaire (DU) d'échographie en gynécologie-obstétrique auprès de la patiente et par un médecin expert à distance. Le transfert d'image par vidéo également en dynamique avec interprétation synchrone ou en différé nécessite un très bon réseau internet. L'organisation de cette activité est en cours de régulation.

Acteurs concernés

- Place des chirurgiens-dentistes, pleinement habilités à réaliser des actes de téléimagerie.
- Il manque la personne compétente en radioprotection et l'administrateur PACS.

Enjeux

- Le terme de « prescription » est à bannir au profit de « demande d'examen », le terme de prescription devant être limité à l'administration d'un éventuel produit de contraste ou autre médicament nécessaire à la bonne réalisation de l'examen.
- Parler des enjeux liés à la nécessité d'utilisation d'un équipement matériel lourd, contraignant.
- Mettre l'accent sur une organisation préférentiellement territoriale en faisant appel prioritairement aux radiologues locaux (charte de téléradiologie, G4, 2018).

Contractualisation

- Une remarque est faite sur l'importance d'un contrôle, maintenant qu'il n'y a plus d'obligation de contractualisation : les dispositions réglementaires ne reprennent plus formellement l'exigence d'une déficience de l'offre de soins. (Contrairement au dernier alinéa de l'article L. 6316-113 du CSP, mais qui renvoie aux nouvelles dispositions réglementaires). Dans ce contexte, l'article L. 4113-9 est rappelé¹⁴.

Préambule

- Pour les Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale : inscription au fichier ADELI et être titulaire du Diplôme DEMER ou DTSIMRT pour pouvoir exercer et Décret n° 2016-1672 du 5 décembre 2016 relatifs aux actes et activités par les manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Recommandations organisationnelles

- La notion de « complémentarité à une organisation de l'imagerie médicale sur site » est comprise comme pouvant comporter des risques majeurs de cumul d'actes et de prestations, à l'encontre de dispositions fondamentales de la Liste des actes et prestations.
- Les différentes étapes de la réalisation d'un acte sont à compléter avec les références réglementaires : Art. R. 1333-52 du CSP et R. 1333-53 du CSP et l'arrêté du 22 septembre 2006 qui fixe le contenu du compte-rendu d'acte.
- Compléter la réception de la demande par « assortie de tout renseignement utile à la bonne prise en charge du patient) » et avec les différents éléments issus de la nouvelle charte de téléradiologie.
- Concernant les différentes étapes de l'acte : **ajouter plusieurs étapes issues de la nouvelle charte de téléradiologie.**

¹³ « La définition des actes de télé médecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique » dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du CSP.

¹⁴ les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes en exercice, ainsi que les personnes qui demandent leur inscription au tableau de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes doivent communiquer au conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession ainsi que, s'ils ne sont pas propriétaires de leur matériel et du local dans lequel ils exercent ou exerceront leur profession, les contrats ou avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local.

« Après justification conjointe de l'examen par le demandeur puis validation par le radiologue, mise en œuvre des règles de radioprotection du personnel et du patient (optimisation et attention particulière pour les enfants et les femmes en âge de procréer) par le radiologue en cas d'utilisation de techniques exposant aux radiations ionisantes, avec substitution si nécessaire vers des techniques alternatives. »

« La prise en charge des effets indésirables éventuels à l'administration de produit de contraste, est du ressort de l'équipe requérante au contact du patient ».

« Si le radiologue estime ne pas avoir d'informations suffisantes ou que les images sont inappropriées ou de qualité insuffisante, il refusera de donner son avis, en motivant son refus. »

Et un 3^{me} à la fin :

« Le médecin demandeur a la responsabilité de l'utilisation qui sera faite de l'information contenue dans le compte-rendu transmis par le radiologue, et du contrôle de sa bonne intégration dans le dossier médical ».

Ajouter les références Art R. 1333-52 du et R.1333-53 du CSP et arrêté du 22 sept 2006 qui fixe le contenu du compte rendu d'acte pour l'avant dernière puce.

- Concernant les modalités de travail, ajout de la disponibilité des plannings des radiologues
- Concernant la formation et le maintien des compétences : l'activité du médecin à distance est en complément de celle en présentiel et non le contraire.
- Les professionnels médicaux doivent être inscrits au tableau départemental de l'ordre.
- Une remarque porte sur la prise en compte d'une autre éventualité qui pourrait ne pas être exceptionnelle par application de la Directive sur les soins transfrontaliers en téléconsultation comme en téléexpertise, ainsi que la libre prestation de services : ce point juridique sera traité par les services de l'état.
- Une remarque fait le constat que « les recommandations du présent guide visant à inciter les acteurs à formaliser leurs engagements respectifs dans une démarche de qualité et de sécurité des pratiques. ». La HAS souhaite maintenir la contractualisation ou la convention malgré l'abrogation de l'Art. R. 6313-8 du CSP entre acteurs car cette activité de téléimagerie ne se limite pas à un simple colloque singulier entre le professionnel médical et son médecin.
- Une remarque suggère qu'il pourrait être rappelé que ces documents contractuels doivent être soumis par les professionnels de santé à leur ordre (voir les articles L. 4113-9 et R. 4127-279 du Code de la santé publique pour les chirurgiens-dentistes :

Déroulement de l'acte

➤ Disponibilité des données

- Les critères dédiés à a situation clinique et les objectifs cliniques, de même qu'à la situation clinique participent à décider de l'éligibilité du patient à l'acte à distance.
- Ajouter une remarque sur les données relatives à l'identitovigilance.
- Disponibilité des données : préciser au dernier point : antécédents médico-chirurgicaux, terrain à risque et contre-indications éventuelles (allergie, insuffisance rénale, pacemaker etc.), biologie et imagerie antérieurement pratiquée.

➤ Recueil du consentement

- Il est rappelé que le consentement du patient et les contre-indications sont aussi recueillis par le Manipulateur d'imagerie Médicale lors de la prise en charge du patient
- **Demande de téléexpertise**
 - Une demande de téléexpertise peut se faire par un radiologue/médecin nucléaire ou par un médecin demandeur tiers.
 - Fournir des listes de documents complexifie les téléexpertises entre médecins travaillant habituellement ensemble d'une part, et d'autre part, on crée une insécurité juridique en l'absence d'un document non communiqué estimé inutile.
- **Décision de recourir à la téléconsultation**
 - Une remarque est émise par une partie prenante sur la confusion entre la « réalisation de la téléconsultation » et la réalisation de l'examen d'imagerie demandé, qui dissocie consultation de l'acte médical de réalisation de l'examen médical et de son interprétation. « Un échange entre le patient et le médecin radiologue/nucéaire à distance peut être pleinement réalisée et aboutir in fine à une décision médicale de ne pas réaliser l'examen d'imagerie. Ceci pose la question de l'assimilation de la téléconsultation à l'acte technique global d'imagerie médicale. La traçabilité de la décision médicale de ne pas réaliser l'examen d'imagerie est aussi nécessaire. » Il est également suggéré de rappeler les conditions de prise en charge par l'Assurance maladie, plus précisément pour l'imagerie important autour de la notion d'acte global et de son déroulé.
- **Précisions concernant le rôle des acteurs**
 - Manipulateur d'électroradiologie médicale (MERM). Le manipulateur peut exercer seul les actes sans injection Le MERM utilise les protocoles « préétablis ou dictés par le radiologue » Le Manipulateur d'Imagerie Médicale enregistre le compte – rendu, note les incidents éventuels, réalise les archivages. Les professionnels du service d'imagerie exécutant s'assurent de la sauvegarde et de l'archivage des données d'imagerie. Les professionnels du service d'imagerie exécutant enregistrent le compte rendu (...) les incidents éventuels
 - médecin de proximité :
 - « Il administre ou fait administrer par le MERM les médicaments requis pour l'examen, dont les produits de contraste » un MERM peut être amené à administrer d'autres médicaments (anti douleur, anti spasmodique digestifs, gaz médicaux pour insuffler, etc.).
 - « Le médecin de proximité est responsable de la prise en charge des effets indésirables éventuels secondaires à l'utilisation des produits de contraste dont l'indication relève du radiologue, la responsabilité de la recherche de contre-indications à ces produits étant partagée par le médecin demandeur et le radiologue ».
- **Expliciter la continuité temporelle des actions précisées pour les trois intervenants mentionnés**
 - auprès du patient, le médecin de proximité et le manipulateur
 - à distance, le médecin radiologue / nucléaire.
- **Compte-rendu de l'examen d'imagerie**
 - la dose reçue par le patient doit être notée dans le compte-rendu dans le cas d'un examen irradiant
 - l'utilisation de la langue française n'apparaît pas devoir être une spécificité à l'imagerie médicale
- **rendre applicable à l'imagerie les critères suivants :**
 - ▶ L'environnement physique du professionnel et du patient ;
 - ▶ L'interruption de la TLC en imagerie ;

- ▶ L'information du patient sur les conclusions de l'examen et la suite de la prise en charge ;
- ▶ Dans le cadre du suivi d'un patient sur le long terme, il convient de s'interroger sur l'opportunité d'organiser des consultations en présentiel, à échéance adaptée à la situation du patient.

Recommandations techniques

➤ **Recommander la vidéo transmission mais ne pas la rendre opposable**

La téléconsultation « peut être réalisée par vidéo transmission ou à défaut tout autre technique de communication directe (téléphone, chat etc.) ».

- **La messagerie sécurisée de santé** n'est pas la seule solution d'échange de données, cela peut aussi être fait via l'accès à un télédossier mis à disposition par **une plateforme de télé-médecine respectant tous les référentiels de sécurité**,
- Un point d'attention doit être signalé qui est celui de la prescription qui pourrait être effectuée à partir du domicile dans le cas d'astreinte, en l'attente de l'ordonnance prévue dans le projet de loi sur la prescription électronique.

Evaluation et amélioration des pratiques

- Les incidents et événements indésirables font l'objet d'une analyse périodique. Demande de précision quant à leur déclaration et enregistrement
- Les rencontres périodiques des professionnels concernés avec les radiologues ... »
Cette incitation est louable. Il est rapporté que l'expérience révèle la faible adhésion des médecins demandeurs d'examen d'imagerie à de telles rencontres, ceux-ci préférant des supports informatiques de communication et de formation.

Annexe 1. Recherche documentaire

1 - Bases de données bibliographiques

La recherche documentaire, limitée aux publications en langue anglaise et française, a été réalisée à partir des sources suivantes :

- La base de données *Medline* ;
- La *Cochrane Library* ;
- Les sites internet publiant des recommandations ;
- Les sites Internet compétents dans le domaine étudié.

La stratégie d'interrogation des bases de données précise, pour chaque question et / ou types d'étude, les termes de recherche utilisés, les opérateurs booléens et la période de recherche.

Les termes de recherche utilisés sont soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Le tableau 1 présente de façon synthétique les étapes successives de cette interrogation dans la base de données *Medline*. Le nombre total de références obtenues par interrogation de cette base de données bibliographiques est 224.

Tableau 1. Stratégie de recherche dans la base de données Medline

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période
Télémédecine, téléconsultation et téléexpertise : Recommandations & conférences de consensus		01/2007 – 12/2018
Etape 1	("Telemedicine"[Majr:NoExp] OR "Videoconferencing"[MAJR] OR telemedicine*[Title] OR tele-medicine*[Title] OR teleconsultation*[Title] OR tele consultation*[Title] OR videoconferenc*[Title] OR video conferenc*[Title] OR videoconsultation*[Title] OR video consultation*[Title] OR video consulting[Title] OR remote consultation*[Title] OR remote patient*[Title] OR remote monitoring[Title] OR remote diagnos*[Title] OR remote evaluation[Title] OR remote assessment[Title] OR remote supervision[Title] OR tele expert*[Title] OR telediagnos*[Title] OR tele diagnos*[Title])	
ET Etape 2	((Recommendation*[TI] OR guideline*[TI] OR statement*[TI] OR consensus[TI] OR position paper[TI] OR health planning guidelines[MH] OR practice guideline[PT] OR guideline[PT] OR Consensus Development Conference[PT] OR Consensus Development Conference, NIH[PT]))	
Télémédecine, téléconsultation et téléexpertise & imagerie : Recommandations & conférences de consensus		01/2007 – 12/2018
Etape 3	((Telemedicine OR Videoconferencing)/de OR telemedicine*[TIAB] OR tele-medicine*[TIAB] OR teleconsultation*[TIAB] OR tele consultation*[TIAB] OR videoconferenc*[TIAB] OR video conferenc*[TIAB] OR videoconsultation*[TIAB] OR video consultation*[TIAB] OR video consulting[TIAB] OR remote consultation*[TIAB] OR remote patient*[TIAB] OR remote monitoring[TIAB] OR remote diagnos*[TIAB] OR remote evaluation[TIAB] OR remote assessment[TIAB] OR remote supervision[TIAB] OR tele expert*[TIAB] OR telediagnos*[TIAB] OR tele diagnos*[TIAB]))	
ET Etape 4	("Diagnostic Imaging"[Mesh] OR imag*[TIAB] OR radiograph*[TIAB] OR radiolog*[TIAB] OR Molecular Imaging[Mesh] OR Nuclear Medicine[Mesh] OR nuclear[TIAB] OR molecular imaging[TIAB] OR "Radiology"[Mesh] OR "Radionuclide Imaging"[Mesh] OR Scintigraphy[TIAB] OR Single photon emission computed tomography[TIAB] OR SPECT[TIAB] OR positron emission tomography[TIAB] OR PET[TIAB] OR Radionuclide[TIAB] OR	

tomography[TIAB] OR Radioisotope[TIAB])

OU

Etape 5

(teleradiology[TIAB] OR "tele radiology"[TIAB] OR "Teleradiology"[Mesh] OR tele imaging[TIAB] OR teleimaging[TIAB] OR telediagnostic[TIAB] OR telediagnos*[TIAB] OR Tele-nuclear[TIAB] OR Telenuclear[TIAB])

ET

Etape 2

Télémédecine, téléconsultation et téléexpertise & imagerie : Méta-analyses et revues systématiques

01/2007 – 12/2018

(Etape 3 ET etape 4) OU Etape 5

ET

Etape 6

(metaanalys*[TI] OR meta-analys*[TI] OR meta analysis[TI] OR systematic review*[TI] OR systematic overview*[TI] OR systematic literature review*[TI] OR systematical review*[TI] OR systematical overview*[TI] OR systematical literature review*[TI] OR systematic literature search[TI] OR pooled analysis[TI] OR meta-analysis[PT] OR cochrane database syst rev[TA])

* : troncature

2 – Sites consultés

Académie de médecine

Académie suisse des sciences techniques - SATW

Agence de la santé publique du Canada

Agence nationale d’appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux - ANAP

Agence nationale des systèmes d’information partagés de santé - ASIP

Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ

American College of Physicians - ACP

American College of Radiologists - ACR

American Telemedicine Association - ATA

Australasian Telehealth Society

Australian College of Rural & remote medicine

Australian Health practitioner regulation agency - AHPRA

Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical - ASERNIP

BC Guideline - British Columbia Guidelines and Protocols Advisory Committee - GPAC/BC guidelines

Bibliothèque Interuniversitaire de santé - BIUS

Bibliothèque médicale Lemanissier

BMJ Clinical Evidence - BMJ CE

British Medical Association

California Telehealth Resource Center - CTRC

Canada’s Health Informatics Association

Canadian Task Force on Preventive Health Care - CTFPHC

Centers for Disease Control and Prevention - CDC

Centre fédéral d’expertise des soins de santé - KCE

Centre for Effective Practice - CEP

Centre of Research Excellence in Telehealth - CRE

CISMeF

Clinical Practice Guidelines database - CPG infobase

CMA Infobase

Cochrane Library

Collège des médecins du Québec - CMQ

College of Physicians and Surgeons of Alberta - CPSA

College of Physicians and Surgeons of British Columbia

College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador

College of Physicians and Surgeons of Ontario

College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan
Commission nationale de l'informatique et des libertés - CNIL
Conseil national de l'Ordre des médecins - CNOM
CRD databases
Danish health authority
Department of Health
European Association of Nuclear Medicine - EANM
Federation of Medical Authorities of Canada - FMRAC
Federation of State Medicinal Boards - FSMB
Guidelines - Summarising clinical guidelines for primary care
Guidelines and Audit Implementation Network / The Regulation and Quality Improvement Authority
Haute Autorité de santé - HAS
Health and Medicine Division - HMD
Institut national de santé publique du Québec
Institute for Clinical Systems Improvement - ICSI
Japanese Telemedicine and Telecare Association
Medical council of Canada
Medical council of New Zealand
Medicine and Healthcare Products Regulatory Agency - MHRA
Ministry of Health of New Zealand
Ministry of Health Singapore - Clinical Practice Guidelines
National board of eHealth (part of the Danish Ministry of Health)
National Guideline Clearinghouse - NGC
National Health and Medical Research Council - Australian Clinical Practice Guidelines Portal -NHMRC
National Health Services
National Health Services Scotland NHS-Scotland
National Institute for Health and Care Excellence - Evidence search
National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
Norwegian Centre for Integrated Care and Telemedicine - NST
NZ Telehealth Resource Centre
Public Health Agency of Canada - Diseases Prevention and Control Guidelines - PHAC
PubMed Health
RadiologyInfo.org
Réseau français de compétences en télésanté - CATEL
Royal College of Physicians and Surgeons of Canada - RCPSC
Scottish Centre for Telehealth and Telecare
Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN
Société française de médecine générale - SFMG
Société française de médecine nucléaire et d'imagerie moléculaire - SFMN
Société française de radiologie - SFR
Société française de télémedecine - SFT-ANTEL
Société internationale pour la télémedecine et l'e-santé - ISFTEH
Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging - SNMMI
Syndicat national de l'industrie des technologies de santé - SNITEM
Telehealth Ressource Centre
The Australian Medical Association - AMA
The Medical Board of Australia
The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists - RANZCP
The Royal Australian and New Zealand College of Radiologists - RANZCR
The Royal Australian College of General Practitioners - RACGP
The Royal College of radiologists - RCR
Toward Optimized Practice - TOP
Tripdatabase

U.S. Preventive Services Task Force - USPSTF

UK telemedicine and E-health information service

VA Telehealth Services

Veterans affairs, Dep. Of Defense Clinical practice guidelines - VA/DoD.

Annexe 2. Contenu des recommandations

Le contenu des recommandations sélectionnées est décrit dans le tableau ci-dessous. Les recommandations sont classées par ordre alphabétique des auteurs (puis par ordre chronologique pour un même auteur).

Tableau 6. Contenu des recommandations générales sélectionnées

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p><i>Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)</i> France, 2016 (3) - La télémédecine en action. Construire un projet en télémédecine</p>	<p>Introduction</p> <p>Afin de pouvoir répondre aux besoins des porteurs de projets de télémédecine, quelle que soit la pathologie ou la population dont ils cherchent à améliorer la prise en charge et quels que soient les actes de télémédecine mobilisés, l'ANAP propose une démarche centrée sur la définition d'un projet médical et un processus de prise en charge en 4 étapes qui soient adaptés à toutes les situations.</p> <p>1. Définir le projet médical</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'adéquation de l'offre actuelle avec les besoins <p>Identifier les besoins de la population et à évaluer la capacité des ressources présentes à répondre à ces besoins afin d'identifier les lacunes de prise en charge que la télémédecine pourrait contribuer à combler ou les améliorations qu'elle pourrait y apporter.</p> <ul style="list-style-type: none"> Définir la place de la télémédecine dans le projet médical <p>La télémédecine peut être une réponse à une carence dans la prise en charge d'un patient (manque de ressources localement, compétences rares, etc.), elle peut également représenter une opportunité d'améliorer la prise en charge existante : Réduction des délais de prise en charge par le renforcement de la gradation des soins ; Amélioration des conditions de vie des patients, par exemple en permettant le maintien sur le lieu de vie (non déplacement de la personne âgée, etc.) ; Prévention des hospitalisations évitables, soutien au développement de la chirurgie ambulatoire grâce à un suivi par télémédecine, entraînant également une réduction des coûts de prise en charge.</p> <p>2. Concevoir l'organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> S'inscrire dans un parcours de prise en charge <p>L'usage de la télémédecine nécessite de définir une organisation permettant la coordination de chacun des acteurs autour du patient. Cette organisation s'appuie sur un travail de convergence des pratiques professionnelles et la formalisation des modes opératoires entre les acteurs (description des rôles et responsabilités de chaque intervenant, définition des protocoles médicaux, formation des acteurs, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> Choisir le modèle d'organisation

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>Identifier les acteurs concernés par chaque acte réalisé par télémédecine, les lieux de réalisation de ces actes et à décrire comment ces liens sont organisés.</p> <p>3. Décliner les processus de réalisation des actes médicaux à distance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus générique de réalisation d'un acte médical à distance. Ce processus générique doit permettre au porteur d'un projet de télémédecine de s'assurer que l'ensemble de ces activités est bien couvert par l'organisation qu'il a définie. Sur la base du processus générique, le porteur du projet va pouvoir décliner pour chaque activité quels seront les acteurs concernés, les lieux de réalisation, les données nécessaires, etc. • Détail des activités du processus générique Quatre étapes : demande, préparation, réalisation de l'acte, conclusion. <p>4. Déployer, évaluer et pérenniser l'organisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déployer Une organisation de télémédecine impliquant un grand nombre d'acteurs – d'autant plus à distance – doit être pilotée au sein d'une gestion de projet rigoureuse. Cette gestion de projet doit s'appuyer au préalable sur la mise en place d'une gouvernance qui comporte : un lieu de portage médical et institutionnel de l'organisation, un lieu opérationnel qui anime la gestion du projet. La gouvernance identifie et priorise les chantiers à mener : ressources humaines, formation, système d'information, logistique/matériel, communication. • Évaluer Mesurer l'atteinte des objectifs formulés dans le projet médical : vérifier la cohérence entre les besoins et le modèle d'organisation et évaluer la performance de l'organisation. Toute évaluation nécessite la définition en amont d'indicateurs d'évaluation, le partage de leurs règles de calcul et de leur valeur initiale afin d'en suivre l'évolution dans le temps. • Pérenniser <p>Fiches pratiques de mise en œuvre de l'activité de télémédecine</p> <p>Fiche 1 : Gouvernance Fiche 2 : Pilotage et gestion de projet Fiche 3 : Ressources humaines Fiche 4 : Formation Fiche 5 : Communication Fiche 6 : Système d'information</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>Fiche 7 : Logistique et matériel Fiche 8 : Post-déploiement</p>
<p>Agency for Clinical Innovation Australie, 2015 (5) - Guidelines for the use of telehealth for clinical and non clinical settings in New South Wales</p>	<p>Contexte Objectifs du guide Messages clés (10 points) Étude de cas (histoire d'un patient)</p> <p>Recommandations pour l'utilisation de la télémédecine en vue d'une prise en charge clinique</p> <p>Remarque : le document propose également des recommandations pour un usage non-clinique de la télémédecine (par ex. : formation, prévention, recherche, etc.).</p> <p>1. Considérations organisationnelles</p> <p><u>Checklist du clinicien</u> avec les actions à réaliser avant la téléconsultation, le jour même, pendant et après la téléconsultation.</p> <p><u>Lieu de consultation</u> : privé, silencieux, sans risque d'interruptions/de dérangements</p> <p><u>Information du patient</u> : lui remettre une brochure ; obtenir son consentement</p> <p><u>Documentation</u> : le dossier médical du patient doit être correctement renseigné ; compte-rendu de téléconsultation rempli ; à adresser au médecin traitant et aux autres professionnels intervenant dans la prise en charge</p> <p><u>Confidentialité</u> : utiliser un lien de connexion sécurisé ; la téléconsultation NE SERA PAS enregistrée.</p> <p><u>Évaluation</u> : suivre et évaluer le service et son efficacité ; questionnaire de satisfaction du patient.</p> <p>2. Considérations financières : Medicare ; Financement de l'activité</p> <p>3. Considérations techniques</p> <p><u>Infrastructure</u> : assurer la transmission des données audio et vidéo en temps réel ; être formé à l'utilisation du matériel et à la résolution des problèmes techniques ; la bande passante utilisée doit être suffisante ; prévoir en amont les procédures de dépannage.</p> <p><u>Confidentialité et sécurité</u> : chaque site participant à la téléconsultation doit utiliser un système assurant la confidentialité (s'applique à la transmission et au stockage des données échangées, par exemple des photos).</p> <p>Glossaire des termes liés à la télémédecine (utiliser un langage commun)</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>Des modèles de document sont disponibles en annexe pour aider à la mise en place de la télémédecine :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Checklist</i> pour le clinicien (décrit les étapes pour mener à bien la téléconsultation) 2. Grilles d'évaluation pour déterminer si : <ul style="list-style-type: none"> - une organisation de santé est en mesure de mettre en place l'activité de télémédecine - si un patient est un bon candidat à la télémédecine - si un médecin est prêt à mettre en place l'activité de télémédecine 3. Brochure d'information à destination du patient participant à une téléconsultation 4. Modèle de consentement du patient 5. Modèle pour établir le dossier de téléconsultation (aider la prise de notes du médecin) 6. Questionnaire de satisfaction du patient
<p><i>Agency for Integrated Care (AIC), Academy of Medicine, Singapore (AMS), College of Family Physicians, Singapore (CFPS), Case Management Society of Singapore (CMSS), Health Sciences Authority (HSA), Pharmaceutical Society of Singapore (PSS), Singapore Nurses Association (SNA)</i></p> <p>Singapour, 2015 (6)</p> <p>-</p> <p><i>National Telemedicine Guidelines</i></p>	<p>I. Recommandations cliniques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Responsabilités : s'assurer que la prise en charge du patient est bien réalisée à chaque étape : clarifier et définir rôle et responsabilité de chacun ; collaboration des professionnels de santé ; informer clairement le patient sur la suite de sa prise en charge et la personne responsable. 2. Standards de soins : <ul style="list-style-type: none"> - acte de télémédecine prodigué par une organisation bien organisée et structurée. Le niveau de soins doit être au moins équivalent à une prise en charge en présentiel : si une consultation en présentiel n'est pas possible, une prise en charge par télémédecine seule est préférable à un renoncement de soins ; si une consultation en présentiel est possible ; la télémédecine est réalisée à condition que le niveau de qualité soit identique (pas de perte de chance pour le patient) - avant de prendre en charge un patient par télémédecine, s'assurer que le patient est éligible (selon le patient, son état clinique, ses traitements) - chaque intervenant dans la prise en charge du patient doit savoir qui fait quoi, éviter "fragmentation" des soins - respect des bonnes pratiques cliniques par les professionnels de santé - au sein des organisations, intégrer la télémédecine dans le processus de soins autant que possible, afin que cette activité soit menée comme les autres activités de soins de l'établissement (même niveau de qualité) 3. Communication avec le patient et son entourage : communication différente en télémédecine comparé à consultation en présentiel ; s'assurer que le patient est éligible et lui donner les informations nécessaires ; le médecin doit être formé et adapter sa communication. Si la communication passe mal avec le patient, il faut arrêter la TLC et prévoir une prise en charge plus adaptée. 4. Indicateurs cliniques à mettre en place pour évaluer la qualité des soins par télémédecine 5. Respect de la confidentialité et de la vie privée du patient 6. Consentement éclairé : informer le patient (particularités de la télémédecine, actes pratiqués, rôles et responsabilités des intervenants, documents nécessaires, risques et bénéfices, coûts, possibilité de refuser la

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>télé médecine) et recueillir son consentement</p> <p>II. Ressources humaines</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestion des ressources humaines : adaptée à l'activité de télé médecine (revoir heures de travail, etc.) 2. Rôles et responsabilités : revoir les fiches de poste ; anticiper de nouvelles relations de travail ; évaluer le personnel dans cette nouvelle activité 3. Autorisations d'exercer/agrément pour les organisations et le personnel : respect de la réglementation 4. Compétences et qualifications : le personnel doit être qualifié et compétent; les organisations doivent s'assurer de la qualification du personnel et prévoir les formations 5. Formation : pour le maintien des compétences à l'activité de télé médecine (qui est amenée à évoluer) <p>III. Organisation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Préparation/disponibilité organisationnelle <ul style="list-style-type: none"> - planifier l'activité de télé médecine - organiser l'environnement : respect de la législation ; disposer du personnel qualifié ; mettre en place les procédures ; organiser l'espace - préparer l'environnement technique (réseau, bande passante, etc.) 2. Responsabilité de l'organisation : définir cadre de gouvernance + confidentialité + archivage des données patient + plan de gestion des risques 3. Assurer la qualité et la sécurité : <ul style="list-style-type: none"> - chaque organisation de soins doit appliquer ses procédures et protocoles pour s'assurer que la télé médecine ne compromette pas la sécurité du patient - chaque organisation de soins doit mettre en place un système d'amélioration de la qualité et évaluer cette dernière continuellement - chaque organisation de soins doit connaître les bonnes pratiques liées à la télé médecine et adapter son processus à l'évolution de ces bonnes pratiques - proposition d'indicateurs : satisfaction du patient ; satisfaction du soignant ; qualité technique du service ; qualité de la communication ; indicateurs de performance ; coûts ; utilisation ; accès aux soins. 4. Continuité des soins : intégrer les services de télé médecine autant que possible dans les organisations actuelles ; établir des collaborations et faciliter la coordination des différents services (protocoles en amont : qui fait quoi, etc.). <p>IV. Équipement et technologie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Achat du matériel (cahier des charges, définir les besoins) 2. Sécurité (« safety ») : respect des lois et règlements relatifs au matériel + procédures de désinfection

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<ol style="list-style-type: none"> 3. Sécurité (« <i>security</i> ») : respect des normes en vigueur pour : authentifier les utilisateurs + assurer la confidentialité et l'intégrité des communications + l'archivage des données 4. Qualité du diagnostic : fournir images et son de qualité. Si un matériel utilisé n'est pas cité dans des recommandations : consulter la littérature pour étudier son efficacité 5. Fiabilité : respect des normes en vigueur pour l'équipement et les technologies utilisés : achat d'un équipement approprié + <i>check-list</i> pour tester équipement après installation + maintenance préventive programmée + étalonnage + formation des utilisateurs + accord de service avec le vendeur de l'équipement + tracer le fonctionnement du matériel (heures de début et fin d'utilisation ; noter problèmes techniques, résolution des problèmes) + s'assurer que la connectivité nécessaire est mise en place (lignes supplémentaires, qualité de service, fonctionnement en mode dégradé) 6. Acceptabilité : acquérir un matériel facile à utiliser, former les utilisateurs, écrire les procédures, évaluer l'acceptabilité 7. Interopérabilité : respecter les normes existantes, acheter du matériel interopérable, tester l'interopérabilité 8. Adaptabilité : matériel compatible avec une augmentation de l'activité de télémedecine 9. maintenance : maintenance préventive (y compris des logiciels), mise en place d'un système d'assurance qualité 10. Durabilité de l'équipement : recyclage à prévoir 11. Étalonnage : pour équipement effectuant des mesures 12. Standards et recommandations : quand ils existent dans certains domaines, les standards et recommandations spécifiques doivent être suivis (ex. : téléradiologie, applications pour diagnostic, etc.)
<p><i>American College of Physicians (ACP)</i> États-Unis d'Amérique 2015 (1) - <i>Policy recommendations to guide the use of telemedicine in primary care setting: an American College of Physicians position paper</i></p>	<p>Les recommandations émises par l'ACP sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le développement de la télémedecine doit être soutenu : la télémedecine peut favoriser les liens entre patients et médecins, améliorer l'état de santé, faciliter l'accès aux soins et diminuer les coûts médicaux <ol style="list-style-type: none"> a. la télémedecine est plus efficace et bénéfique dans le cadre d'une relation continue et établie entre le patient et le médecin b. la télémedecine est une alternative pour les patients qui n'ont pas accès à une expertise médicale sur leur territoire c. le recours des patients aux services de télémedecine et de façon directe (hors parcours) et épisodique (non régulière) doit être utilisé de façon occasionnelle comme une alternative au médecin traitant en cas d'urgence 2. Le patient et le médecin doivent se connaître pour une prise en charge adéquate et professionnelle par télémedecine. Un médecin, qui n'a pas vu le patient lors d'une précédente consultation (consultation en présentiel ou téléconsultation synchrone de longueur adaptée), doit : <ol style="list-style-type: none"> a. soit prendre le temps nécessaire lors de la téléconsultation pour établir une relation avec le patient, en accord avec les standards de soins qui s'appliquent lors d'une visite en personne b. soit prendre contact avec un médecin qui connaît le patient et qui supervise ses soins 3. L'ACP recommande que la télémedecine soit adaptée aux besoins de tous les patients. Les populations

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>désavantagées financièrement ou avec un niveau d'éducation faible ou ayant une connaissance limitée des nouvelles technologies doivent se voir proposer une prise en charge par télémédecine (langage simple, accessibilité financière, accès à internet)</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. L'ACP soutient l'investissement de fonds fédéraux pour développer l'infrastructure nécessaire aux activités de télémédecine 5. L'ACP considère que les médecins doivent émettre un jugement professionnel pour décider si la télémédecine est adaptée à un patient. Ils ne doivent pas être forcés d'utiliser cette nouvelle technologie, si cela va à l'encontre de l'obligation éthique de délivrer les soins appropriés au patient. Si un examen clinique ou un entretien en présentiel sont essentiels pour maintenir la continuité des soins ou la confidentialité alors la télémédecine n'est pas appropriée 6. L'ACP recommande que les médecins s'assurent que l'utilisation de la télémédecine se fasse dans des conditions de sécurité et en accord avec les lois relatives à la sécurité (au niveau de l'état et au niveau fédéral) et à la confidentialité. 7. L'exercice de la télémédecine doit se faire selon les mêmes standards de pratique qu'en présentiel <ol style="list-style-type: none"> a. Il faut développer des guides cliniques et des recommandations de bonne pratique basées sur les preuves pour favoriser le bon usage de la télémédecine 8. Les médecins doivent s'assurer qu'ils sont couverts par leur assurance de responsabilité médicale pour l'activité de télémédecine 9. L'ACP soutient l'investissement de fonds fédéraux pour établir l'évidence basée sur les preuves concernant la sécurité, l'efficacité et le coût de la télémédecine 10. Il faut favoriser la mise en place d'une procédure simplifiée pour l'obtention de licences médicales permettant aux médecins d'exercer la télémédecine dans différents états 11. Favoriser les collaborations entre hôpitaux (ceux proposant la télémédecine et ceux la requérant) 12. Lever les restrictions liées aux zones géographiques pour le remboursement de la télémédecine par <i>Medicare</i> (notamment pour patients hors des zones urbaines ou dans des zones sous dotées en services de santé) 13. Encourager le remboursement de la télémédecine sous différentes formes (texte, audio, vidéo) synchrone ou asynchrone car cette prise en charge peut apporter un bénéfice similaire à la pratique en présentiel dans les situations cliniques appropriées
<p><i>American Telemedicine Association</i> États-Unis d'Amérique 2014 (7) -</p>	<p>Recommandations organisationnelles</p> <p><u>À l'attention des établissements</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - suivre les procédures de l'établissement sur tous les sujets administratifs tels que : ressources humaines, confidentialité, respect des règlements et lois, stockage des données, constitution du dossier patient, droits et responsabilités des patients et médecins, réseau et transmission des données, utilisation des équipements et logiciels, protocoles de recherche (le cas échéant), formation et compétences des professionnels, évaluation - disposer d'un système de management de la qualité

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p><i>Core operational guidelines for telehealth services involving provider-patient interaction</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - respecter les règlements et lois locaux et nationaux - s'assurer que patients et soignants connaissent leurs droits et devoirs et leur exposer la procédure pour déposer une réclamation éventuelle - respecter la préférence du patient pour une consultation en présentiel - information complète du patient (confidentialité, risques potentiels, protocole d'urgence, suivi hors télémédecine, coûts, etc.) - contractualisation de l'activité ; définir les responsabilités (respect des règlements cliniques, techniques et administratifs) <p><u>À l'attention des professionnels de santé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - respect des lois et règlements en vigueur sur le lieu d'exercice et sur le lieu où se trouve le patient ; prendre les assurances nécessaires - respect des recommandations de bonnes pratiques cliniques (médecine basée sur les preuves) et de la relation médecin-patient - être formé pour dispenser des soins de qualité - lieu d'exercice adapté (sécurisé, privé, isolé du bruit, verrouillé pour éviter les intrusions) <p>Recommandations cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - les professionnels de santé exercent selon les recommandations professionnelles générales s'appliquant à leur spécialité et selon les recommandations spécifiques liées à la pratique de la télémédecine - identification du professionnel de santé (qualification, numéro de licence, etc.) et du patient (nom complet, date de naissance, et coordonnées ; le patient doit pouvoir présenter sa carte d'identité avec photo à la demande du professionnel de santé) sauf si le patient est déjà connu - bien noter la localisation du patient (pour pouvoir, notamment, agir en cas de nécessité de prise en charge en urgence) et celle du professionnel de santé - discuter des attentes du patient par rapport à la télémédecine (par ex. : besoin de contacter un professionnel de santé entre deux téléconsultations) et lui préciser la procédure en cas d'urgence - professionnels de santé formés à l'utilisation du matériel - le médecin doit proposer une prise en charge adaptée à l'environnement du patient (connaître l'offre de soins près du patient, possibilités de transport) et à sa prise en charge financière (<i>i.e.</i> le remboursement dont il bénéficie) - désignation éventuelle par le patient d'un contact à informer en cas d'urgence - connaître le traitement médicamenteux du patient ; en cas de prescription, s'assurer que le patient pourra se procurer les médicaments - prise en compte de l'environnement socio-culturel du patient <p>Recommandations techniques</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p><u>Matériel et équipement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - utiliser un matériel audio et vidéo de qualité permettant de réaliser la vidéo-consultation selon les standards de bonne pratique. - dernière version logicielle mise à jour - prévoir l'organisation en mode dégradé (alternative pour communiquer en cas de panne) ; en informer le patient - tester le matériel régulièrement - respect des lois et règlements liés aux aspects techniques et informatiques - mettre en place une procédure de désinfection du matériel - appliquer les standards spécifiques pour certains dispositifs médicaux utilisés auprès du patient <p><u>Connexion pour consultations synchrones</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. exigences minimales de bande passante et de résolution selon type de consultations 2. recommander au patient le logiciel/équipement à utiliser le plus adapté 3. fournir au patient un lien-test avant vidéo-consultation pour tester la qualité (bande-passante) 4. connexion internet à faire selon le mode le plus fiable 5. le logiciel de vidéo-consultation doit pouvoir changer de bande passante sans perdre la connexion <p><u>Confidentialité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - données transmises sécurisées (cryptées) - formation et veille technique sur la technologie utilisée par les personnes en charge de l'équipement - être vigilant sur la confidentialité des données échangées lors de l'utilisation d'un dispositif mobile - mettre en place les restrictions d'accès aux données patient (gestion des utilisateurs et mot de passe, mise en veille et verrouillage après une période donnée sans activité, possibilité de verrouiller à distance un matériel perdu ou volé) - le logiciel de vidéo-consultation ne doit permettre l'ouverture que d'une session à la fois sur chaque site participant - stockage des données sur des serveurs sécurisés - les professionnels de santé doivent expliquer aux patients la façon dont sont protégées et stockées ses données de santé et les risques éventuels qui subsistent - si les consultations sont enregistrées, elles doivent être cryptées et le patient doit en être expressément averti
<p><i>American Telemedicine Association</i></p>	<p>Recommandations cliniques</p> <p>Dans diverses situations cliniques chroniques ou aiguës (diabète, asthme, insuffisance cardiaque, hypertension), les études montrent l'intérêt de la télémédecine. Pour ces pathologies, établir un diagnostic et établir un plan de soins est</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p>États-Unis d'Amérique, 2014 (8)</p> <p>-</p> <p><i>Practice guidelines for live, on demand primary and urgent care</i></p>	<p>possible par télémédecine si l'accès aux données médicales du patient (y compris les examens complémentaires réalisés) est possible.</p> <p>Situations non éligibles pour la télémédecine : nécessité de voir le patient en présentiel pour évaluer son état, à cause de la sévérité des symptômes ; nécessité de palpation, essais cliniques en cours, nécessité de geste technique, patients avec désordres cognitifs, intoxication, barrières liées au langage, situation d'urgence relevant du 911 ou patients n'ayant pas l'équipement adapté à la télémédecine.</p> <p>Dans ces recommandations on considère que la prise en charge par télémédecine est généralement adaptée aux prises en charge en soins primaires et en soins d'urgence (sauf urgence vitale définie plus bas), néanmoins, il revient au médecin, dans tous les cas, de décider si la télémédecine est adaptée ou pas.</p> <p>I. Préambule</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autorisations et licences : le médecin doit disposer d'une licence lui permettant d'exercer dans la localisation où se trouve le patient • Information du patient : sur particularités de télémédecine vs présentiel, enregistrement des données, confidentialité, risques potentiels, coûts, procédure d'urgence, procédure en cas de problème technique, collaborations avec autres professionnels de santé, possibilité de prescription • Environnement physique : privé, calme, silencieux, non dérangé par intrusions dans la pièce. Conditions de confort et d'éclairage correctes pour le patient • Procédure d'urgence : plan d'urgence à communiquer au patient en avance ; connaître réseau de soins disponible pour le patient sur le lieu de vie du patient (si nécessité de transférer prise en charge du patient) • Compétence culturelle : s'adapter aux patients (indépendamment de leur statut social, culture, religion, lieu de vie, etc.). Le langage utilisé pendant la téléconsultation doit être clair et compréhensible des deux parties (médecin et patient). Un interprète peut être sollicité. <p>II. Prise en charge du patient par télémédecine</p> <p>À chaque fois, évaluer la pertinence de la téléconsultation. Appliquer les standards de prise en charge. Établir une relation médecin-patient. Assurer la continuité des soins.</p> <p>La téléconsultation peut donner lieu à poser un diagnostic ou prescrire un traitement ou à demander une évaluation complémentaire avant de poser le diagnostic ou de proposer un traitement.</p> <p>Des protocoles cliniques doivent être établis ; consulter les recommandations de prise en charge existantes pour les différentes spécialités.</p> <p>- Examen du patient : historique médical, accès au dossier patient, diagnostic, données de suivi.</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>La consultation par téléphone doit se limiter aux situations où le diagnostic et le traitement sont connus de façon fiable.</p> <p>Le médecin doit obtenir toutes les informations nécessaires au diagnostic et au traitement (questionnaire en 11 items détaillé), à mettre à jour à chaque téléconsultation et à transmettre au médecin traitant, aux autres soignants impliqués et au patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen clinique : le médecin doit procéder à un examen visuel, en accord avec symptômes et histoire médicale du patient. Le médecin peut guider le patient pour un auto-examen clinique, éventuellement à l'aide de dispositifs <p>III. Qualité</p> <p>Évaluer régulièrement la qualité de l'activité de télémédecine (nombre de problèmes techniques, satisfaction du patient, nombre de consultations réalisées, etc.)</p> <p>Ne pas enregistrer la téléconsultation sauf nécessité absolue médicale</p> <p>Formation du médecin à la pratique médicale par télémédecine, avec les différentes technologies utilisées</p> <p>IV. Éthique : mêmes exigences que pour l'exercice traditionnel</p> <p>V. Urgences</p> <p>Définition de la situation d'urgence : maladie ou blessure qui constitue une menace immédiate pour la vie du patient ou pour sa santé sur le long terme. (Ces situations sont hors champ de ces recommandations qui concernent la prise en charge par télémédecine en soins primaires ou en soins d'urgence).</p> <p>Le médecin doit évaluer la sévérité/criticité de l'état du patient. Il est responsable du triage de patient et doit l'orienter vers la prise en charge adaptée. Les médecins doivent intégrer les procédures standards de triage dans leur pratique de télémédecine.</p> <p>Documenter les prises en charge en urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Renseigner un éventuel coup de téléphone pour organiser prise en charge du patient dans une autre structure avant son arrivée • Renseigner un éventuel coup de téléphone au 911 pour expliquer le problème du patient • Documenter la localisation du patient • Documenter toute circonstance ou événement indésirable (technique ou clinique) survenu pendant la téléconsultation • Le dossier doit respecter toutes les exigences médicales et légales, y compris assurances, en vue d'un audit éventuel.

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>VI. Suivi : Indispensable à la continuité et à la sécurité des soins</p> <p>Connaître le réseau de santé autour du patient ; transférer le compte-rendu médical aux soignants impliqués ; mettre en place une surveillance à domicile, si elle est possible ; expliquer au patient comment il peut obtenir une copie de son dossier.</p> <p>VII. Populations spéciales</p> <p>Un accompagnant peut être nécessaire pour des populations fragiles.</p> <p>Pédiatrie : consentement du parent ou représentant légal.</p> <p>Gériatrie : difficulté de vue et d'audition. Si le patient est anxieux ou confus, le médecin peut décider d'interrompre la téléconsultation. Consentement du patient pour la participation de l'accompagnant. Si la personne âgée vit en établissement, un personnel technique peut assister en relevant des informations cliniques (données médicales, résultats d'analyses).</p> <p>Recommandations techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sécurité et confidentialité : respecter les lois et règlements en vigueur ; obtenir consentement du patient ; archivage des données médicales du patient ; accès aux données réservés aux personnes autorisées ; cryptage des données ; si des dispositifs mobiles sont utilisés, ils doivent être protégés par mot de passe et doivent être désactivables à distance en cas de perte - Communications entre établissements : selon standards en vigueur - Dispositifs de suivi à distance : télésurveillance : intégrer les données de suivi au dossier du patient - Établissements : doivent mettre en place l'équipement adéquat à la télémédecine (logiciel, matériel, installation, maintenance, procédure de réparation) - Connectivité : bande passante et résolution adéquates ; un lien-test avant vidéoconsultation pour tester la qualité (bande-passante), connexion internet à faire selon le mode le plus fiable ; le logiciel de vidéo-consultation doit pouvoir changer de bande passante sans perdre la connexion ; prévoir une procédure en mode dégradé en cas de problème technique (rappeler patient au téléphone ou l'orienter vers un autre médecin). <p>Recommandations organisationnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vérifier éligibilité du patient et obtenir ses informations médicales : antécédents médicaux, symptômes, prise en charge financière, médecin traitant - Vérification de l'identité du médecin et du patient : le médecin se présente ainsi que le personnel l'accompagnant, le cas échéant ; le patient énonce nom complet, date de naissance, adresse et statut de son assurance - Renseigner la localisation du médecin et du patient : afin de déterminer le mode de prise en charge du patient (qui

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>dépend de sa localisation) et pour l'informer des procédures d'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informations de contact du médecin et du patient : adresse, téléphone, email - Autorisations et licences : les mêmes autorisations exigées dans la région que pour exercer la médecine « traditionnelle » en présentiel sont requises - Politique organisationnelle et procédures : à mettre en place - Documentation et codage : Dossier médical électronique : pour chaque patient, documenter toutes les communications ayant eu lieu avec lui (téléphone, vidéo, courrier) ; Accès aux informations cliniques : les dossiers médicaux doivent être accessibles pour la consultation ; Paiement et facturation : informer le patient des coûts et reste à charge avec la prise en charge par télémedecine.
<p><i>Australian College of Rural and Remote Medicine</i> Australie, 2016 (9) - <i>ACRRM telehealth advisory committee standards framework</i></p>	<p>Proposer un cadre commun pour la rédaction de recommandations de télémedecine par les sociétés savantes, établissements de soins, autres organisations prenant en charge des patients.</p> <p>Cadre commun à adapter à différentes spécialités qui ont recours à la téléconsultation dans les conditions suivantes : vidéotransmission, de façon synchrone, en présence d'un accompagnant professionnel auprès du patient.</p> <p>Critères cliniques</p> <p><u>1. Informer le patient</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - information claire sur la télémedecine et les prises en charge alternatives - informer sur le rôle de chaque personne impliquée dans la télémedecine - informer sur les mesures prises pour assurer la sécurité des données et la protection de la vie privée et les risques associés à la technologie - information sur les coûts (reste à charge) - informer le patient de ses possibilités de porter une réclamation ultérieure <p><u>2. Obtenir le consentement du patient</u></p> <p><u>3. Sélectionner les patients éligibles à la télémedecine</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'organisation de soins a défini ses propres critères de sélection des patients - le patient doit être en capacité et doit exprimer son accord pour participer - la décision d'utiliser la télémedecine tient compte de facteurs cliniques (continuité des soins, meilleure prise en charge pour le patient), de facteurs organisationnels (disponibilité des spécialistes, du personnel de l'établissement de soins et de la technologie) et de facteurs liés au patient (possibilité à se déplacer, situation familiale, culturelle et professionnelle) <p><u>4. Prise en charge médicale par télémedecine</u></p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>a. téléconsultation</p> <ul style="list-style-type: none"> - déterminer la place de la télémédecine dans la prise en charge du patient (consultation unique ou régulière) - si des contraintes/inconvénients existent pour la télémédecine, les réduire autant que possible - identification du patient et du spécialiste (ainsi que ses qualifications) - déterminer la durée prévisionnelle de la TLC et en informer le patient - un personnel accompagnant (de l'établissement/organisation de soins) est présent auprès du patient - prise en charge par télémédecine respecte les recommandations habituelles (médecine fondée sur les preuves) - mesures mises en œuvre pour protéger vie privée/intimité du patient <p>b. relation avec autres soignants</p> <p>Des procédures sont établies pour décrire les collaborations mises en place (rôle, responsabilité de chacun).</p> <p><u>5. Compétences des professionnels</u></p> <p>Être formé à la télémédecine</p> <p><u>6. Évaluer la télémédecine</u></p> <p>Au niveau individuel (satisfaction du patient) et organisationnel (par l'équipe de soins ayant mis en place l'activité; ex. : volume d'activité)</p> <p>Critères techniques</p> <p><u>1. Performance adéquate des technologies de l'information et de la communication</u></p> <p>Équipement fiable, interopérable, aux normes de sécurité pour transmission et stockage</p> <p><u>2. Mise en service de l'équipement</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - installation conforme aux recommandations de l'industriel fabricant - équipement et connectique testés conjointement par les différents sites utilisant le système de télémédecine <p><u>3. Gestion des risques</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - faire une analyse des risques techniques - prévoir les procédures pour détecter, identifier et résoudre les problèmes techniques - les services de support techniques sont joignables aux heures d'utilisation de l'équipement - il existe une procédure en mode dégradé en cas de défaillance de l'équipement (matériel ou connectivité) à adapté à la situation (ex. : reprogrammer une consultation non urgente ; prévoir groupe électrogène dans

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>certain cas).</p> <p>Critères organisationnels</p> <p><u>1. Gestion de l'environnement physique</u></p> <p><u>2. Gestion entrepreneuriale</u></p> <p>L'activité de télémédecine a été planifiée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - coûts, bénéfices et soutenabilité de l'activité - évaluer auprès de l'équipe les changements induits par l'activité - prendre une décision formelle d'implémenter l'activité et assurer les changements nécessaires - évaluer les besoins de formation de l'équipe - inclure l'activité de télémédecine dans son programme d'assurance qualité et d'amélioration de la qualité - s'assurer que la télémédecine est couverte par les assurances et système d'indemnisation professionnelle <p><u>3. Gestion logistique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - mise en place d'un système pour coordonner et gérer les rendez-vous + équipement et espace nécessaire à l'activité de télémédecine - l'équipement de télémédecine est accessible autant que de besoin pour assurer la continuité des soins
<p><i>Australian College of Rural and Remote Medicine (ACCRM)</i> <i>Australie, 2013 (11)</i> - <i>ACRRM telehealth guidelines</i></p>	<p>Mise en application du cadre commun pour développer des recommandations spécifiques en médecine générale et soins primaires, avec un focus sur la médecine en zones rurales et isolées en Australie pour la vidéoconsultation (synchrone) entre un spécialiste et un patient, accompagné d'un professionnel de santé.</p> <p>Les recommandations sont celles du cadre commun (<i>ACRRM telehealth advisory committee standards framework</i>) (9) développé par l'<i>Australian College of Rural and Remote Medicine</i> (cf. ligne du tableau ci-dessus); elles sont complétées de lien vers des références bibliographiques ou des outils complémentaires (ex : foire aux questions destinée aux patients ; modèle de formulaire de consentement).</p>
<p><i>Australian College of Rural and Remote Medicine (ACCRM)</i> <i>Australie, 2013 (11)</i> -</p>	<p>Module de formation, développé en ligne en 2012 par l'ACCRM, réuni sous forme de rapport</p> <p>Introduction : position de l'ACCRM sur la télémédecine</p> <p>Éditorial du président de l'ACCRM</p> <p>Étude de cas</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p><i>Handbook for the TeleHealth online education module</i></p>	<p>Rappels sur la télémédecine (définitions et historique de son développement en Australie)</p> <p>Résumé des études cliniques ayant évalué l'efficacité de la télémédecine</p> <p>Présentation des recommandations de l'ACCRM (cadre commun) illustrées par des exemples et renvois vers des outils ou des références bibliographiques. Les recommandations sont organisées selon 3 catégories :</p> <p>1. aspects cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> · patients · fournisseurs de soins · réaliser la vidéo-consultation · documents · aspects éthiques et légaux · vie privée, sécurité et confidentialité · évaluation <p>2. aspects techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> · connectivité et bande passante · équipement · réseau · étude de risques · problèmes techniques <p>3. aspects organisationnels</p> <ul style="list-style-type: none"> · locaux · financement · accompagnement au changement · stratégies pour une implémentation réussie · logistique <p>Annexes</p> <ul style="list-style-type: none"> · cadre commun des recommandations de l'ACRRM · modèle de fiche d'information à destination du patient · modèle de consentement patient · modèle de lettre du généraliste au spécialiste · modèle de questionnaire d'évaluation pour le patient · modèle d'évaluation de la structure (audit)

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> · outil pour évaluation financière
<p><i>Australian Nursing Federation</i> Australie, 2013 (12) - <i>Guidelines for telehealth on-line video consultation funded through medicare. For registered nurses, enrolled nurses, nurse practitioners, registered midwives and eligible midwives</i></p>	<p>Introduction</p> <p>Contexte</p> <p>1. Éligibilité du patient (« <i>right person</i> »)</p> <p>Infirmiers et sages-femmes doivent déterminer au mieux et dans le cadre de leur champ de compétences s'il est approprié de proposer des soins au patient via une vidéoconsultation.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Éligibilité à la TLM <ol style="list-style-type: none"> 1. Aspects cliniques <p><u>État clinique</u></p> <p>Une vidéoconsultation peut être appropriée dans les situations suivantes : personne immunodéprimée ou nouveau-né (éviter les salles d'attente) ; personne se déplaçant difficilement ; personnes en soins palliatifs ou en fin de vie (souhaitant rester au domicile) ; personnes souhaitant garder une certaine autonomie et « se gérer » par rapport à sa maladie (ex. : maladies chroniques) ; personnes ayant des maladies mentales et nécessitant des soins pour permettre de vivre en indépendance.</p> <p><u>État physique</u></p> <p>La nécessité d'examen clinique exclut le patient de la possibilité de recourir à la vidéo-consultation.</p> <p>Les facteurs suivants doivent être également pris en compte (n'excluent pas nécessairement le recours à la vidéoconsultation) : état cognitif, problème de vue ou d'audition, dextérité, capacité à suivre des instructions, capacité à donner son consentement, capacité à utiliser les moyens technologiques.</p> <p><u>Capacités de communication</u></p> <p>La vidéo consultation requiert les capacités de communiquer à distance via des technologies, il faut donc prendre en compte tout facteur physique, psychosocial, mental, émotionnel ou culturel qui pourrait impacter sur l'efficacité de la vidéo consultation.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Aspects psycho-sociaux <p><u>Anxiété</u></p> <p>Se rendre en consultation peut être une source d'anxiété pour le patient, qui préférera une vidéo consultation pour rester dans son environnement habituel.</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p><u>Connaissance des technologies</u> Déterminer si le patient est à l'aise avec l'utilisation du matériel de vidéo consultation.</p> <p><u>Situation socioéconomique</u> Prendre en compte la situation personnelle du patient : la télémédecine peut lui éviter des dépenses (déplacement, garde d'enfant, perte de salaire, etc..)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eligibilité au remboursement Critères Medicare décrits dans le document <p>2. Sécurité et qualité (« right safety and quality ») Respecter un cadre pour assurer la qualité des vidéo consultations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gouvernance Les structures proposant la vidéo consultation doivent : disposer d'un plan stratégique, établir des règlements et procédures en lien avec le plan stratégique, établir des partenariats collaboratifs, proposer une formation aux techniques de communication pour les professionnels de santé avant leur première vidéo consultation, prévoir une procédure en mode dégradé pour prendre en charge le patient en cas de problème technique, - Sécurité Avant de débiter la vidéo consultation, l'infirmier ou la sage-femme doit vérifier que la prise en charge par vidéo consultation est au moins équivalente à une prise en charge en présentiel (pas de perte de chance pour le patient) ; dans le cas contraire, une prise en charge adaptée doit être proposée au patient. - Respect de la culture Respecter l'héritage culturel du patient, ses croyances et ses préférences de soins. - Responsabilité Les professionnels de santé doivent avoir une assurance professionnelle qui couvre l'activité de vidéoconsultation. - Vie privée et confidentialité - Consentement - Documentation - Évaluation <p>Compétences (« right skills »)</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p>Australian Nursing Federation Australie, 2013 (13) - Telehealth standards: registered midwives</p>	<p>Équipement (« right equipment »)</p> <p>Préambule (décrit la méthode de travail) Contexte (projet national de développement de la TLM en Australie) Glossaire (définir les termes utilisés, notamment « <i>telehealth nursing and Midwifery</i> » qui correspond aux cibles des travaux menés : infirmières et sages-femmes = pratique de ces professionnels à distance grâce aux TIC, par ex. : téléphone, ordinateur, vidéotransmission, connexion directe à des instruments, transmission d'images) Réglementation (autorisations d'exercice pour ces professionnels) Différents types de pratiques liées à la e-santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - « teletriage » : par téléphone (algorithmes pour aider à la réponse) - « telenursing » : soins à distance - « on-line video consultation » : 2 cas : l'infirmier peut être auprès du patient qui consulte un médecin à distance ; l'infirmier assure un suivi à distance du patient (plaies, maladies chroniques, par ex. : diabète, asthme, etc.) <p>Communication</p> <p>Des compétences d'écoute active du patient sont essentielles pour obtenir et analyser l'information pertinente afin d'assister au mieux le patient et de répondre à ses besoins. Il est nécessaire d'utiliser son jugement professionnel et de continuer à interroger le patient jusqu'à obtenir l'information nécessaire (au-delà des algorithmes qui pourraient être proposés en support de décision au professionnel).</p> <p>Au téléphone, être attentif aux intonations de la voix du patient qui peuvent traduire le stress ou l'incompréhension (comportement et non-verbal non visibles au téléphone)</p> <p>Utiliser une voix calme et douce au téléphone + contact visuel en vidéo</p> <p>Technologie</p> <p>Être formé à l'utilisation de l'équipement utilisé en TLM, y compris matériel de surveillance du patient à distance Former les patients à l'utilisation du matériel</p> <p>Consentement</p> <p>Consentement (oral ou écrit) aux soins et à la transmission d'informations doit être obtenu de la part du patient avant tout acte de TLM. L'obtention du consentement est un processus qui permet de s'assurer que le patient a été informé de ses droits quant aux informations qu'il donnera et qui seront partagées avec d'autres professionnels ou organisations.</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>Respect de la vie privée et de la confidentialité</p> <p>Respect de la réglementation en vigueur (textes australiens cités). Un système protégeant la vie privée et la confidentialité de la personne soignée doit être mis en place</p> <p>Tableau en fin de document, listant toutes les recommandations (à chaque fois des points de vigilance sont mentionnées)</p> <p>A) Pratique professionnelle</p> <p>3. Pratique en accord avec la législation s'appliquant aux sages-femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 respect de la législation et du droit commun 1.2 respect des standards de soins 1.3 documentation en accord avec les standards légaux et les recommandations professionnelles 1.4 répondre à l'obligation de soins <p>Points de vigilance : évaluer éligibilité de la patiente pour TLM + connaître les bonnes pratiques et la réglementation, etc.</p> <p>4. Accepter responsabilité dans sa pratique de sage-femme</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 agir dans son champ de compétences 2.2 identifier les situations à risque et agir en conséquence 2.3 échanger et éventuellement référer auprès d'autres sages-femmes ou professionnels de santé quand la situation de la femme et/ou de son bébé le nécessite <p>Etc.</p> <p>Points de vigilance : identifier situations où la TLM n'est pas adaptée + faciliter la collaboration avec les autres professionnels de santé.</p> <p>B) Connaissance et pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> 5. Communiquer avec les patientes et leur donner les informations afin de faciliter leur prise de décision 6. Promouvoir des soins sûrs et efficaces 7. Évaluer, planifier, fournir des soins sûrs et efficaces ; évaluer ses pratiques 8. Évaluer, planifier, fournir des soins sûrs et efficaces ; évaluer ses pratiques dans des situations complexes (notamment reconnaître situations urgentes) <p>C) Sages-femmes et soins primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> 9. Protéger les droits des femmes, de leur famille 10. Implémenter les pratiques collaboratives 11. Promouvoir la maïeutique comme une stratégie de santé publique

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>12. Dispenser des soins respectueux de la culture de chaque patiente</p> <p>D) Ethique et amélioration des pratiques</p> <p>13. Baser la pratique sur des décisions conformes à l'éthique</p> <p>14. Identifier ses croyances et les gérer de façon à améliorer sa pratique</p> <p>15. Améliorer les pratiques (individuel et collectif)</p> <p>16. Utiliser la recherche pour mieux connaître la pratique</p>
<p>Collège des médecins du Québec Canada, 2015 (14)</p> <p>-</p> <p>Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication. Guide d'exercice</p>	<p>Chapitre 1 : Exercice de la médecine à distance</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Définitions</u> : il est précisé notamment que la télémédecine inclut l'utilisation de la téléphonie mobile et d'internet (mais pas la télécopie) - <u>Lieu où s'exerce l'acte de télémédecine</u> = lieu où se trouve le patient. Ainsi un médecin en dehors du Québec qui exerce la télémédecine au bénéfice d'un patient sur le territoire québécois doit être inscrit au tableau de l'ordre, ou détenir une autorisation d'exercice du Collège des médecins du Québec <p>Si un patient se situe en dehors du Québec, le médecin détenant un permis d'exercice au Québec doit s'informer des conditions et modalités s'appliquant au territoire où se situe le patient</p> <p>Règle également à respecter entre médecin requérant et médecin requis (s'assurer de son inscription auprès du Collège des médecins du Québec)</p> <p>Chapitre 2 : Téléconsultation auprès d'un patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Lieux physiques de la TLC</u> <p>Patient dans un environnement propice : confidentialité, environnement physique adapté à une consultation médicale (bruit, public, etc.), sécurité (ex. : certains patients à risque, psychiatrie), accompagnement nécessaire ou non par un proche ou un professionnel de santé</p> <p>Médecin consultant dans un environnement professionnel (confidentialité respectée et environnement physique adapté)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Identification du médecin et du patient</u> <p>Médecin s'identifie auprès du patient (nom + spécialité) et précise le contexte de la TLC (ex. : à la demande d'un médecin requérant). Possibilité de montrer son permis d'exercice à l'écran à la demande du patient. Rappel des limites technologiques (exposer risques pour confidentialité) et recueil du consentement du patient</p> <p>Le médecin demande au patient de s'identifier : nom, date de naissance, adresse et lieu où se déroule la TLC. Si le</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>patient n'est pas connu, lui demander d'afficher sa carte d'assurance maladie à l'écran ou sa carte d'identité avec photo</p> <p>Si la personne n'est pas autonome pour la TLC, les mêmes règles s'appliquent à son accompagnant (vérification d'identité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Consentement</u> <p>Le médecin doit s'assurer que le patient accepte la TLC et en comprend les limites</p> <p>Informé sur les moyens de télécommunication utilisés (limites de l'exercice médical dans ce cadre, risque de violation de la confidentialité avec le numérique, conservation des données sur support numérique)</p> <p>Ces éléments sont documentés dans le dossier (préciser canaux de communication utilisés et éventuels destinataires des informations)</p> <p>En cas d'interventions ou de traitements, comme en consultation en présentiel, il convient d'informer le patient sur : nature de la maladie, nature de l'intervention ou du traitement, risques, résultats escomptés, alternative possible, conséquences d'un refus</p> <p>Un consentement spécifique est nécessaire pour des interventions à distance (ex. : chirurgie robotisée)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Confidentialité</u> <p>Obligation du médecin de protéger la confidentialité des informations obtenues dans l'exercice de sa profession. Il lui appartient d'évaluer si les technologies utilisées permettent de préserver la confidentialité</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Responsabilité médicale et recours du patient</u> <p>La responsabilité du médecin lorsqu'il a recours à la télémédecine est la même que dans ses autres activités professionnelles. Il est le seul responsable de son jugement professionnel et engage pleinement sa responsabilité civile</p> <p>Le médecin requérant doit s'assurer que le médecin requis est autorisé à exercer sur le territoire</p> <p>Le patient qui initie de lui-même la TLC peut s'adresser au Collège des médecins du Québec pour s'assurer que ce médecin est autorisé à exercer la médecine sur le territoire québécois</p> <p>Chapitre 3 : Utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Règles générales</u> <p>Le médecin doit toujours évaluer les risques liés à la technologie utilisée (ex. : SMS, courriel, transmission d'un dossier par clé USB, etc.)</p> <p>Le médecin doit convenir avec son patient des modes de communication et des moyens de protection utilisés selon</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>l'information visée. Cette convention doit être documentée</p> <p>Même avec le consentement du patient, le médecin doit adapter éventuellement le mode de communication avec son patient aux circonstances du moment. Il demeure responsable d'assurer la protection du secret professionnel et la confidentialité des informations qu'il transmet</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Échanges avec les patients et les collègues de courriels, de SMS ou de textos</u> <p>Respecter la confidentialité des données échangées</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Applications de visioconférence</u> <p>L'application utilisée doit être sécuritaire (tant du côté du médecin que du patient)</p> <p>Chapitre 4 : Tenue des dossiers</p> <p>Avec l'arrivée des TIC le dossier est "éclaté" sur différents lieux</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Règles générales</u> : Obligation du médecin de tenir et de conserver intégralement un dossier unique par patient pour chaque lieu d'exercice. Mêmes exigences pour la télémédecine que pour la consultation en présentiel. Mesures prises afin d'assurer l'intégrité et la confidentialité - <u>Contenu du dossier</u> : Renseignements suffisants pour décrire l'identité du patient, date de consultation (et heure si situation d'urgence), demandes et CR des consultations avec un autre médecin, diagnostic (et diagnostics différentiels), médicaments pris par le patient <p>En cas de demande de TLC entre deux médecins : le médecin traitant doit conserver la copie de tous les documents, numériques ou non, fournis au médecin consultant et une copie de tous ceux qu'il a reçus à la suite de la consultation. De même le médecin consultant doit constituer un dossier et conserver une copie de tous les documents reçus pour la consultation, numériques ou non</p>
<p><i>College of Physicians and Surgeons of Alberta</i></p> <p>Canada, 2014 (15)</p> <p>-</p> <p><i>Telemedicine - standards of practice</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Définition de télémédecine 2. Le médecin doit posséder un permis pour la province d'Alberta et respecter les règles de déontologie 3. Un médecin ne possédant pas un permis pour la province d'Alberta peut pratiquer la télémédecine au bénéfice d'un patient dans la province d'Alberta (conditions : 5 actes par an au total ; pour des situations d'urgence) 4. Un médecin possédant un permis pour la province d'Alberta et pratiquant la télémédecine au bénéfice d'un patient en dehors de la province d'Alberta doit respecter les exigences s'appliquant dans la juridiction où se situe le patient 5. Une prescription (électronique ou autre) ne doit pas être faite sans : <p>Vérifier l'historique du patient + examen approprié du patient</p> <p>S'assurer de l'absence de contre-indication</p> <p>Informé le patient des bénéfices et des risques</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Circonstances exceptionnelles donnant lieu à une prescription en dehors du cadre défini au point 5 :

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> • Situation d'urgence • Accord avec médecin traitant du patient • Le médecin prescripteur a accès au dossier médical du patient
<p><i>Department of Health & Human Services - State Government of Victoria</i></p> <p><i>Australie, 2015</i></p> <p><i>(16)</i></p> <p><i>Critical success factors : how to establish a successful telehealth service</i></p>	<p>Introduction</p> <p>Objectif : identifier les facteurs de succès dans la mise en place d'une offre de e-santé</p> <p>Comprendre la e-santé</p> <p>Qu'est-ce que la e-santé ? (définition e-santé, télémédecine + autres termes)</p> <p>Pourquoi la e-santé ? (avantages attendus pour les patients (accès aux soins) ; les professionnels de santé (amélioration de l'exercice et des pratiques) ; les pouvoirs publics) => passer d'une pratique centrée sur le médecin à un soin centré sur le patient (« <i>shift from traditional physician-centred practice to consumer-centred care</i> »)</p> <p>Exemples d'utilisation de e-santé : accès direct à des consultations spécialistes pour les patients ; travail en collaboration pour les médecins ; discussions multidisciplinaires ; formation des médecins ; télésurveillance, etc.)</p> <p>Par où commencer ? Des agences et structures locales à contacter sont citées pour bénéficier de conseils et assistance.</p> <p>Facteurs clés pour la réussite de la e-santé</p> <p>1. Un objectif clair a été défini. Quel service apporter par rapport à la situation actuelle. Pouvoir évaluer ensuite. Passer par une phase pilote pour tester faisabilité.</p> <p>Liste de questions à se poser (en encadré) : Pourquoi envisager un service de e-santé et quel est l'objectif recherché ? ; Quel est le problème que je veux résoudre avec la e-santé ? ; Quel bénéfice j'en attends et comment le mesurer ?</p> <p>Un exemple est donné (en encadré) avec un contact (responsable du projet) pour en savoir plus (encadré) : améliorer la prise en charge de l'AVC.</p> <p>2. Il y a un porteur de projet (<i>leader</i>) et une organisation adaptée en support</p> <p>Liste de questions à se poser (encadré) : le projet est-il soutenu par le direction ? les soignants sont-ils ouverts au changement ?</p> <p>3. Les acteurs du projet de e-santé et les patients (« <i>consumers</i> ») y voient-ils des avantages et sont-ils impliqués ? confiance des soignants dans la technologie, ne pas penser que la charge de travail sera accrue par la e-santé, comprendre que la téléconsultation apporte la même voire une meilleure prise en charge au patient.</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>Informier +++ . Expliquer comment la e-santé va s'intégrer dans la pratique actuelle. Impliquer les équipes dans le choix de la technologie, la mise en place du processus, la rédaction des modes opératoires, le choix des critères d'évaluation de l'activité. Impliquer et informer les patients et leurs représentants (associations). Identifier et informer sur les freins éventuels. Interroger les équipes et les patients (boite de suggestions, enquêtes de satisfaction).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Planification du projet et évaluation des capacités à mettre en œuvre la e-santé. Ecrire un projet détaillé (objectifs, délais, identifier les risques). Utiliser les informations disponibles (guides, outils, réseaux, etc.) 5. La technologie est corrélée aux besoins cliniques. S'assurer que la technologie choisie répond aux objectifs cliniques (+ évolution prévue + interopérabilité + supports techniques pour maintenance). 6. Les ressources humaines sont adaptées au projet. Ne pas sous-estimer le besoin de personnel (cause fréquente d'échec des projets de e-santé). Plusieurs profils nécessaires (cliniques, administratifs et techniques). personnel nécessaire également côté patient. Nouvelles missions pour le personnel + mobilité + flexibilité (prévoir, former). 7. Management d'accompagnement au changement. Accompagner et former les équipes (mise en place de nouvelles compétences, nouveaux protocoles et nouvelles pratiques). Désigner correspondant e-santé au niveau local. Utiliser des indicateurs de performance pour ancrer e-santé dans la pratique quotidienne. 8. Disposer de protocoles qui décrivent la gouvernance et les responsabilités de chaque acteur. Identifier rôles et responsabilités de chacun et interactions entre les différents sites. Procédures d'utilisation du matériel et de protection des données. 9. Mettre en place un financement pérenne. Analyse coûts-bénéfices de l'activité e-santé à mettre en place. 10. Les services sont patients-centrés et les patients sont incités à adopter la e-santé. Proposer des services utiles, efficaces, fiables, abordables et utilisables. Le succès est lié à l'acceptation par les patients (qui attendent une amélioration dans l'accessibilité et la qualité des services). Equiper les patients et les former à l'utilisation des technologies. Programmes de formation, fiches d'information et guide de dépannage à proposer aux patients. Prendre en compte différents profils patients (+ ou – capables et enclins à utiliser les nouvelles technologies) 11. Examen et évaluation mises en place tout au long du processus. Protocole d'évaluation à mettre en place dès le début. Disposer de données de référence avant mise en place du projet de e-santé. Distinguer objectifs à court et long terme. Mesurer l'efficacité du projet pour démontrer les bénéfices de la e-santé. Il est important de publier, enseigner et partager la connaissance et l'expertise autour des projets de e-santé. Les équipes qui communiquent autour de leurs projets obtiennent de meilleurs résultats. 12. Implication et collaboration des différents intervenants. Travailler ensemble sur les freins (ex. : peur de perdre son activité) ; mettre en commun ses connaissances.
<p>HAS, 2013 (17) Grille de pilotage et</p>	<p>La grille de pilotage comporte 15 « points de pilotage et de sécurité » (PPS) déclinés en 55 points critiques</p> <p>A – Phase de conception du projet</p> <p>PPS 1. Identification du besoin médical</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p><i>de sécurité d'un projet de télémédecine</i></p>	<p>PPS 2. Description détaillée du projet médical (et du projet de soins) PPS 3. Portage du projet de TLM PPS 4. Cahier des charges métier PPS 5. Cahier des charges technico-fonctionnel PPS 6. Conservation des données de santé PPS 7. Responsabilité professionnelle et activité de TLM PPS 8. Formation-Mutualisation</p> <p>B – Phase de déploiement</p> <p>PPS 9. Calendrier de déploiement PPS 10. Gestion des risques a priori et mesures préventives PPS 11. Coordination (animation) de l'action de télémédecine</p> <p>C – Phase de réalisation de l'activité (ou mise en production de la TLM)</p> <p>PPS 12. Organisation de la TLM dans la structure PPS 13. Procédures en cas de survenue de pannes techniques PPS 14. Organisation d'une session de télémédecine</p> <p>D – Retours d'expérience et évaluation du projet</p> <p>PPS 15. Retours d'expérience et évaluation du projet</p>
<p><i>Japanese Telemedicine and Telecare Association</i> Japon, 2011 (18)</p> <p>-</p> <p><i>Guideline for the practice of home telemedicine (2011</i></p>	<p>Recommandations pour la mise en place de la télémédecine à domicile</p> <p><u>Chapitre 1 : introduction</u></p> <p><u>Chapitre 2 : objectifs et structure des recommandations</u></p> <p><u>Chapitre 3 : définitions</u></p> <p><u>Chapitre 4 : avantages et inconvénients de la télémédecine à domicile</u></p> <p>Parmi les inconvénients, on retrouve l'absence d'examen clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - palpation impossible (pour détecter œdème léger; masse tumorale; hypertrophie du foie, rate, reins; ascite,

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p><i>edition)</i></p>	<p>sensibilité, ou pour examen rectal)</p> <ul style="list-style-type: none"> - percussion impossible (pour détecter épanchement pleural, tumeurs des poumons, hypertrophie cardiaque, ascite) - auscultation impossible (pour écouter respiration, râles, murmures cardiaques, bruits intestinaux) <p><u>Chapitre 5 : initiation de la télémédecine à domicile (diagnostic et traitement)</u></p> <p>Éléments à prendre en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - volonté du patient et de sa famille de bénéficier de soins médicaux sur le lieu de vie (domicile ou établissement de long séjour) - le médecin traitant connaît la situation clinique du patient, grâce à un examen clinique préalable - consultation en présentiel nécessaire en amont ou dès que possible après initiation de la télémédecine à domicile) - la situation clinique du patient est stable ; ses soins peuvent être planifiés (les éventuels problèmes liés à l'état de santé du patient doivent être étudiés en amont avec la procédure à suivre s'ils adviennent ; néanmoins, le patient peut formuler des demandes de soins en urgence) - le patient a des difficultés à se rendre aux consultations externes hospitalières - le patient est capable de communiquer avec le médecin à distance via les technologies utilisées pour la télémédecine (éventuellement avec l'aide de son entourage) - le patient retire un bénéfice de la télémédecine à domicile (diminution des transports ; prise en charge améliorée avec le suivi à distance) - le patient et son entourage comprennent la prise en charge par télémédecine à domicile (consentement éclairé) - prise en charge par télémédecine à domicile est planifiée et programmée - l'association de télémédecine à domicile et de visites à domicile prend en compte l'état du patient - le retour à une prise en charge médicale en présentiel doit être possible si la condition clinique du patient se détériore (à prévoir dès la mise en place de la télémédecine à domicile) - l'intervention d'un personnel non médical est possible si elle facilite la prise en charge (dans la limite de ses compétences et sous la supervision d'un médecin). <p>Schéma résumant le processus pour la télémédecine à domicile.</p> <p><u>Chapitre 6 : aléa moral et consentement</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Éviter l'aléa moral pour le patient (perte de chance ou prise en charge trop lourde) 2. Information du patient et consentement <ul style="list-style-type: none"> - dispositifs utilisés montrés au patient (et/ou à son entourage), ainsi que procédures à mettre en œuvre (ex. : pour échanger les données et images) et information sur les données mesurées (et ce qui doit être fait en cas de mesures anormales) - informer le patient sur la télémédecine à domicile et en quoi elle convient à son état clinique

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> - informer le patient du stockage de ses données de santé par l'établissement - expliquer comment procéder en cas de dysfonctionnement du matériel qui conduirait à annuler ou interrompre une intervention de télémédecine programmée (échanger numéro de téléphone du patient et du service au sein de l'établissement de santé en charge de la télémédecine à domicile) - expliquer au patient comment seront gérées ses demandes en urgence et qui contacter auprès de l'établissement de soins (notamment informer sur les prises en charge en urgence le jour, la nuit et lors des vacances) - informer sur les coûts - informer le patient et sa famille de la possibilité de cesser la télémédecine à domicile à tout moment, sans que cela n'entraîne une prise en charge dégradée pour le patient. - par écrit, résumer les explications fournies au patient et à son entourage (noms) et noter leur niveau de compréhension et mentionner leur accord ou non. Archiver ce document. <p>3. Pratique médicale quotidienne</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si un tiers est présent auprès du patient même de façon temporaire; il doit être informé de la prise en charge du patient par télémédecine à domicile et son consentement doit être recueilli (pour éviter une intrusion dans la vie privée du patient) - Même si le patient a donné son consentement à la mise en place de la télémédecine à domicile, son souhait d'arrêter la prise en charge par télémédecine à domicile à tout moment doit être pris en compte. <p><u>Chapitre 7 : enregistrements</u></p> <p>L'enregistrement des données médicales en précisant la date et l'heure est identique à ce qui est requis dans la pratique médicale "traditionnelle". L'archivage des données médicales détaillées va de pair avec la qualité de la prise en charge.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Données enregistrées au moment de démarrer la télémédecine à domicile : consentement éclairé, équipement utilisé, dispositifs de suivi utilisés (ponctuellement ou de façon permanente), environnement technique (télécommunication) 2. Programme de soins mensuel enregistré <p>Programme de télémédecine à domicile (même modèle que planning de visite à domicile)</p> <p>Liste des changements ou notification de l'absence de changements dans la prise en charge du patient pour le mois à venir par rapport au mois précédent</p> <p>Indiquer les collaborations avec services médicaux, infirmiers et d'aide à domicile</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Enregistrements quotidiens <p>Points essentiels à enregistrer :</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>Enregistrer immédiatement et de façon complète toutes les données médicales nécessaires à la prise en charge (comme dans la prise en charge "traditionnelle")</p> <p>Noter la date d'une session de télémedecine à domicile ainsi que l'heure de début et l'heure de fin (préciser heure et minutes). Noter si la session s'est terminée de façon anormale ou non</p> <p>Nom du médecin (si il est assisté, noter son nom et fonction)</p> <p>Si le patient est accompagné (noter son nom et fonction)</p> <p>Noter si la consultation était planifiée ou non</p> <p>Si des images sont capturées pendant la TLC, elles doivent comportées la date et l'heure et facilement identifiable (rattachées au patient). (les données médicales sur papier doivent être imprimées, annexées et archivées)</p> <p>Si des images, des enregistrements audio ou vidéo sont plus appropriées pour certaines données cliniques, ce format doit être utilisé</p> <p>En cas de suivi à distance (TLM), une synthèse des données doit être renseignée (les données à distance doivent être enregistrées et accessibles à tout moment)</p> <p>Date de la prochaine session de TLM à domicile qui a été planifiée (ou si le patient décide d'arrêter la TLM, la raison doit être notée)</p> <p><u>Chapitre 8 : assurer la qualité de la télémedecine à domicile</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - formation des équipes <p><u>Chapitre 9 : responsabilités</u></p> <p>a. Responsabilités des organisations/établissements de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - vérification et maintenance de l'équipement (fréquence régulière, calendrier fixé en amont, définir la personne en charge) - définir en amont la procédure de gestion des dysfonctionnements - stockage des données pour une durée conforme à la loi - protection des données personnelles conforme à la loi et aux recommandations <p>b. Responsabilité médicale</p> <p>Le médecin est responsable de la prise en charge médicale du patient</p>
<p>Jung <i>et al.</i>, Corée, 2015 (2) - <i>Proposal on the</i></p>	<p>Synthèse des items figurant dans les recommandations de différents pays (US, Japon, Australie)</p> <p>1. Critères généraux</p> <ul style="list-style-type: none"> - les organisations pratiquant la télémedecine doivent mettre en place un système de gestion de la qualité et de la performance (indicateurs, évaluations régulières) - consentement documenté des patients (et de ses aidants)

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p><i>establishment of telemedicine guidelines for Korea</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - respecter le souhait du patient qui préfère une prise en charge à l'hôpital - information du patient avant tout acte de télémedecine : organisation de l'activité, stockage des données, prise de RV, protection des données et sécurité, risques potentiels, confidentialité et respect de la vie privée, transmission du CR, coût, toute autre information spécifique liée à la nature de la vidéo transmission - salle de consultation privée pour médecin et pour patient (pas de bruit de l'extérieur ; ne pas être dérangé) <p>2. Critères cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - moyens de vérifier identité du patient et du soignant - informer le patient des possibilités de contacter les équipes soignantes entre deux téléconsultations, préciser notamment la procédure en cas d'urgence - le professionnel doit avoir les contacts nécessaires pour adresser le patient à l'hôpital ou à d'autres professionnels si nécessaire - le professionnel doit connaître la prise en charge financière dont peut bénéficier le patient pour lui éviter des coûts inutiles - le professionnel peut demander les coordonnées d'un membre de la famille ou autre aidant (quand il n'y a pas de professionnel de santé auprès du patient) - document permettant de tracer le parcours du patient en télémedecine <p>3. Critères techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - protocole d'utilisation du matériel et protocole de gestion en cas d'urgence - équipement permettant le transfert audio et visuel de qualité en temps réel - vérifier bande passante sur les deux sites (patient ; médecin) - lors de l'implémentation de la télémedecine, faire une analyse des risques liés aux problèmes techniques (dysfonctionnement éventuel du réseau et des équipements) <p>4. Critères liés à la confidentialité</p> <ul style="list-style-type: none"> - transmission de données audio, vidéo ou autres doit être sécurisée avec l'utilisation d'un cryptage (au minimum du côté du professionnel de santé) qui respecte les standards reconnus - porter attention aux limites de confidentialité lors de l'utilisation de téléphone portable - les professionnels doivent fournir les informations sur le stockage des données, et la politique de protection et avertir les patients du risque d'un stockage inapproprié des données - bonne connaissance des technologies (sécurité) - prendre mesure de sécurité appropriées en cas d'envoi de photos (ex. : suivi des plaies)
<p><i>Medical Board of Australia</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - définition de TLC : utilise la vidéo transmission, internet et le téléphone, alternative aux consultations en présentiel - standards de prise en charge : mêmes obligations éthiques, déontologiques et professionnelles pour TLC que

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p>Australie, 2012 (19)</p> <p>-</p> <p><i>Technology-based patient consultations. Guidelines</i></p>	<p>pour consultations en présentiel</p> <ul style="list-style-type: none"> - recommandations pour TLC : 4. Recueil du consentement du patient ; respect de vie privée et confidentialité 5. Vérifier si TLC est appropriée (notamment au regard de l'absence d'examen clinique) 6. Se présenter au patient 7. Vérifier l'identité du patient (il peut être difficile de vérifier l'identité de façon univoque) 8. Expliquer au patient les particularités liées à la TLC 9. Evaluer situation du patient (historique, signes cliniques, examen approprié) 10. Communiquer avec le patient (antécédents, diagnostic, proposition de traitement) 11. Le médecin est responsable de toutes les informations utilisées lors de la TLC (quelle que soit leur source) 12. Mettre en place les actions nécessaires pour le suivi du patient et informer son médecin traitant et autres professionnels de santé impliqués 13. Archiver les données relatives à la TLC 14. Informer les collègues participant à la prise en charge du patient <ul style="list-style-type: none"> - situation d'urgence <p>En cas d'urgence, les recommandations précédentes ne pourront pas toujours être respectées. En l'absence d'alternative, une TLC minutieuse doit être menée afin d'organiser une prise en charge adaptée du patient</p>
<p><i>Medical Council of New Zealand</i></p> <p>Nouvelle-Zélande, 2016 (20)</p> <p>-</p> <p><i>Statement on telehealth</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Préambule</u> <ul style="list-style-type: none"> - obligation des médecins (respect des règles déontologiques, inscription à l'ordre) - avantages de la télémédecine (zones isolées, plage horaire étendue, efficacité, utilité ++ quand intégrée dans une organisation de soins existante) - limites de la télémédecine (absence d'examen clinique, s'assurer qu'il n'y a pas de perte de chance pour le patient) - droit des patients (information, consentement) 2. <u>Définitions</u> (consultation en présentiel ; télémédecine, vidéoconsultation) 3. <u>Recommandations</u> <ul style="list-style-type: none"> - qualité et fonctionnalité des matériels, logiciels, services utilisés - qualité des informations et de l'image transmises - le médecin requis s'assure qu'il dispose de toutes les informations nécessaires ou en fait la demande. - le médecin requérant, traitant le patient, est responsable de toutes les informations dont il dispose et qu'il a transmises (quelle que soit la source) - la prise en charge du patient en TLC doit respecter les mêmes critères de qualité que la consultation en présentiel, si la consultation ne peut pas respecter les mêmes standards à cause des limites technologiques, en informer le patient

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> - si l'examen clinique est indispensable, ne pas procéder à la TLC ou à la TLE - suivre les recommandations cliniques spécifiques qui s'appliquent à sa spécialité (ex. : recommandations spécifiques pour la téléradiologie) - tout intervenant dans la prise en charge d'un patient par télémédecine doit s'assurer que les règles de bonne pratique sont respectées ; en cas de doute sur la sécurité, il doit en informer qui de droit. <p>4. Règles de prescription</p> <ul style="list-style-type: none"> - prescription électronique seule non légale en Nouvelle-Zélande (prescription obligatoirement imprimée et signée par le prescripteur) - pour toute première prescription d'un médicament, une consultation en présentiel est nécessaire (sauf circonstances exceptionnelles, à régulariser dès que possible) <p>5. Patient hors Nouvelle-Zélande</p> <ul style="list-style-type: none"> - respect de la réglementation du pays où se situe le patient
<p><i>Province of British Columbia Health Authorities</i></p> <p>Canada, 2014 (21)</p> <p>-</p> <p><i>Telehealth clinical guidelines</i></p>	<p><u>Introduction</u></p> <p>Intérêt de la télémédecine dans les zones éloignées (pour les patients : diminuer transports et délais, accès aux spécialistes, efficience ; pour les soignants : s'installer dans zones isolées, lien entre les équipes, promotion de la santé).</p> <p><u>Définitions</u></p> <p><u>Recommandations</u></p> <p>1. Pratique clinique et télémédecine</p> <p>Appliquer les standards cliniques existants.</p> <p>Tenir compte de l'impossibilité de l'examen clinique (un examen peut être réalisé par un personnel accompagnant le patient).</p> <p>2. Responsabilité médicale (« duty of care »)</p> <p>Les mêmes obligations s'appliquent en télémédecine qu'en présentiel, par ex. : information du patient ; prévoir la présence d'un accompagnant/interprète/aidant ; préciser les responsabilités et rôles respectifs (ex. : médecin requérant et médecin requis).</p> <p>3. Points à considérer avant mise en place de la télémédecine</p> <p>Disposer des technologies, équipements et locaux adaptés.</p> <p>Être formé.</p> <p>Disposer de procédures, protocoles, recommandations cliniques pour la télémédecine.</p> <p>4. Éthique</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>Les professionnels de santé doivent s'assurer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du maintien de la relation patient-soignant - du respect des standards de soins - d'une qualité et sécurité des soins au moins équivalente à des soins en présentiel <p>5. Vérifier l'éligibilité des patients à la télémédecine</p> <p>Tenir compte des facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nécessité d'un examen clinique - présence d'un accompagnant auprès du patient - capacité du patient à bénéficier de la télémédecine (limites physiques, mentales, cognitives) - distance entre patient et professionnel de santé - possibilité de disposer d'examens complémentaires (radio, laboratoire) - volonté du patient à participer à une téléconsultation - possibilité de programmer la téléconsultation dans un délai raisonnable au regard des recommandations cliniques de prise en charge <p>6. Consentement éclairé</p> <p>Informé le patient : déroulement de l'acte de télémédecine, mesures mises en œuvre pour le respect de la vie privée et confidentialité, droit de refuser la télémédecine, délivrer une brochure explicative</p> <p>Consentement éclairé à faire signer dans certains cas (non systématique)</p> <p>7. Confidentialité et protection de la vie privée du patient</p> <p>Confidentialité et respect de la vie privée (informations personnelles, échanges et communications, lieu de consultation)</p> <p>Les professionnels de santé utilisant la télémédecine doivent s'assurer du respect des règlements et législation en vigueur relatifs à la protection des données</p> <p>Réaliser une analyse de risques lors du développement de l'activité de télémédecine</p> <p>La téléconsultation a lieu via une connexion sécurisée d'un point de vue technique + confidentialité et limitée aux personnes autorisées participant à la prise en charge du patient</p> <p>Un support technique doit être prévu en cas de difficultés. Les intervenants du support technique doivent se plier aux exigences de confidentialité (signature d'un engagement)</p> <p>Prévoir une procédure alternative en cas de problème technique (ex. : poursuite de l'entretien par téléphone, nouvelle consultation planifiée, etc.)</p> <p>8. Identification du patient</p> <p>Au moins trois identifiants à utiliser parmi : numéro d'identification personnel ; nom ; date de naissance ; étiquette</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>code barre ; double « témoignage » de l'entourage ; bracelet du patient ; ne pas utiliser le numéro de lit ou de chambre du patient</p> <p>9. Enregistrement des données</p> <ul style="list-style-type: none"> - information requise par le médecin en vue de la téléconsultation (habituellement identique à celle requise pour une consultation en présentiel, à fournir en amont de la téléconsultation) - compte-rendu de téléconsultation (à archiver dans dossier du patient) - information requise auprès du patient (à préparer en amont : images, analyses biologiques, etc.) - éventuelles notes de l'accompagnant du patient à archiver - le compte rendu de la téléconsultation + données annexes sont archivées par le médecin ayant réalisé la téléconsultation (de sa responsabilité). Ces données sont partagées avec le médecin traitant <p>10. Indicateurs de qualité</p> <p>Évaluer sa pratique de télé médecine par des indicateurs (accès aux soins : nombre de patients vus, notamment ceux qui n'avaient pas précédemment accès aux soins ; qualité : satisfaction du patient ; organisation : réunion d'équipe multidisciplinaire, productivité de l'équipe)</p> <p>Les indicateurs permettent d'objectiver les succès de l'organisation de télé médecine et d'identifier les axes d'amélioration)</p>
<p><i>Royal Australian College of General Practitioners</i> Australie, 2014 (22) - <i>Guidelines for interprofessional collaboration between general practitioners and other medical specialists providing video consultations</i></p>	<p>Recommandations sur les collaborations entre professionnels (vidéoconsultation entre généraliste requérant auprès du patient et spécialiste requis)</p> <p>Schéma résumant les actions à mener avant la vidéoconsultation, pendant la vidéoconsultation et après la vidéoconsultation.</p> <p>Aspects cliniques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relations interprofessionnelles : les généralistes doivent construire leur réseau de spécialistes. Si le spécialiste n'est pas connu, le généraliste s'assure qu'il est inscrit au registre australien 2. Consultation en présentiel vs vidéoconsultation : dans la décision de procéder par vidéoconsultation, le généraliste et le spécialiste prennent en compte : contre-indications (non citées dans le document), préférences du patient, milieu culturel du patient, nécessité d'un examen clinique par le spécialiste ; si doute : préférer une consultation en présentiel ; si situation d'urgence : en l'absence d'alternative, une vidéoconsultation avec un spécialiste peut constituer une première étape pour organiser une prise en charge en aval du patient plus appropriée 3. Préparation et support clinique du côté du patient : le spécialiste doit faire part des besoins en amont au

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>généraliste (préparation du patient, données cliniques supplémentaires : analyses biologiques, images radio, consommable ou équipement médical). Si le généraliste fait intervenir un autre professionnel de santé auprès du patient, il doit désigner un collègue compétent, il partage avec lui la responsabilité.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Responsabilité médicale : responsabilités à la fois pour généraliste et spécialiste. Si le spécialiste demande une intervention au professionnel de santé près du patient en dehors de ses compétences : obligation de refuser l'acte 5. Transfert clinique : l'envoi de données cliniques entre généraliste et spécialiste doit se faire selon des protocoles préétablis (gestion des risques) : <ul style="list-style-type: none"> – en amont de la vidéoconsultation : lettre du médecin requérant vers le médecin requis (justification de vidéoconsultation + proposition d'accompagnant auprès du patient) ; le spécialiste transmet les éléments devant être fournis ou prévus en vue de la vidéoconsultation ; le patient est informé ; le généraliste transmet les informations au professionnel de santé qui sera auprès du patient pendant la vidéoconsultation, le cas échéant. – après la vidéoconsultation : CR du spécialiste pour confirmer diagnostic + traitement éventuel + suivi du patient ; le généraliste transmet les informations au professionnel de santé qui était auprès du patient pendant la vidéoconsultation, le cas échéant 6. enregistrement des données de santé du patient : généraliste et spécialiste doivent enregistrer leurs propres notes dans leur dossier patient ; ils doivent documenter la tenue de la vidéoconsultation (personnes présentes, durée, éventuels problèmes techniques) 7. consentement éclairé du patient : à obtenir avant la vidéoconsultation et à conserver dans le dossier ; si la présence d'un accompagnant est nécessaire, le patient doit donner son consentement ; si la consultation est enregistrée, idem 8. pratique basée sur les preuves : généraliste et spécialiste doivent respecter les règles de bonnes pratiques habituelles et les recommandations cliniques 9. audits cliniques : généraliste et spécialiste doivent évaluer régulièrement l'activité de télémédecine et partager leur expérience (gestion des risques et amélioration de la qualité) 10. plan d'urgence pour la sécurité clinique : généraliste et spécialiste doivent prévoir les protocoles pour gérer des événements indésirables ou des urgences cliniques pendant la vidéoconsultation. Le médecin doit disposer de sa trousse si la vidéoconsultation n'a pas lieu dans son cabinet + vérifier présence d'un chariot de réanimation 11. indemnité professionnelle : généraliste et spécialiste + autre professionnel de santé présent auprès du patient, le cas échéant, doivent être assurées pour l'activité de télémédecine 12. enregistrement des vidéoconsultations : seules les informations absolument nécessaires au dossier patient doivent être enregistrées <p>Aspects organisationnels</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Registre des spécialistes participants : mettre à jour leurs informations sur l'annuaire des professionnels de santé

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>qui pratiquent la télémédecine.</p> <p>2. Coordinateur de vidéoconsultation : désigner personne en charge de la coordination (vérifier les agendas, prendre le RV, s'assurer de la disponibilité de l'équipement).</p> <p>3. Information du patient : elle doit être complète :</p> <ul style="list-style-type: none"> - personne ayant décidé de l'opportunité d'une vidéoconsultation - préférences du patient - bénéfices et risques - coûts éventuels - quand et où aura lieu la vidéoconsultation - consentement du patient pour vidéoconsultation et présence éventuelle d'un tiers - préciser si un professionnel de santé accompagnant sera présent (par ex pour un examen clinique ou une biopsie) - confidentialité, y compris possibilité pour le patient d'avoir un échange privé avec le spécialiste - expliquer pourquoi la vidéoconsultation n'est habituellement pas enregistrée - expliquer les cas où des images pourraient être enregistrées (ex. : plaie ou lésion cutanée) - expliquer les cas où des vidéos pourraient être enregistrées (ex. : tremblement, mouvement anormal) - comment sont gérés les enregistrements (image, vidéo) le cas échéant (archivage et droit d'accès) - exposer le processus habituel d'une vidéoconsultation (cf. point suivant). <p>4. Processus standard pour la vidéoconsultation</p> <p>Les étapes à respecter avant, pendant et après la vidéoconsultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - courrier de demande de vidéoconsultation du généraliste pour le spécialiste - planification de la vidéoconsultation - vérification de l'interopérabilité des équipements - le spécialiste informe des données cliniques qui seront nécessaires (préparation du patient, données cliniques supplémentaires, consommable ou équipement médical) - le patient doit arriver 15 min avant le RV <p>Étapes à respecter pendant la vidéoconsultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - présentation des intervenants - identification du patient et rappel du consentement - le généraliste rappelle la raison justifiant le recours au spécialiste

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> - le généraliste fournit les informations cliniques nécessaires au spécialiste - le patient peut avoir un entretien privé avec le spécialiste - éventuellement entretien privé entre généraliste et spécialiste (avant que le patient n'arrive ou après la consultation) <p>Étapes à respecter après la vidéoconsultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - synthèse à l'oral par le spécialiste pour confirmer diagnostic et proposer suivi du patient - spécialiste propose les professionnels de santé impliqués dans le suivi - généraliste et spécialiste confirment le plan de soins du patient et les actions pour lesquelles ils sont responsables - généraliste et spécialiste tiennent chacun à jour le dossier du patient (chacun a ses propres notes de la vidéoconsultation) - courrier du spécialiste au généraliste pour acter les décisions prises lors de la vidéoconsultation. <p>5. Présence d'un tiers : seuls sont présents patient, spécialiste et généraliste et éventuellement une personne désignée par le patient</p> <p>6. <i>Feedback</i> du patient : l'interroger</p> <p>7. Formation du personnel</p> <p>8. Facturation</p> <p>9. Procédures d'urgence à prévoir par généraliste et par spécialiste pour les problèmes organisationnels qui pourraient survenir pendant vidéoconsultation</p> <p>Aspects techniques</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Systèmes techniques et support : équipement fiable, sûr et en bon état de maintenance ; support technique prévu ; image et son de qualité adapté à une consultation + respect de l'intimité, confidentialité et sécurité 2. Interopérabilité 3. Confidentialité et sécurité des enregistrements vidéo : l'enregistrement de la vidéoconsultation n'est pas indiqué Si un enregistrement est nécessaire pour des raisons médicales, s'assurer du respect des conditions de sécurité

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>et confidentialité</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Salles de consultation : adaptées à la vidéoconsultation 5. Protocole de vidéoconsultation : afin de maintenir une qualité d'échange et de communication entre les intervenants (audio, vidéo) et le respect du patient 6. Plan d'urgence à prévoir par généraliste et par spécialiste pour les problèmes techniques qui pourraient survenir pendant la vidéoconsultation
<p><i>Royal Australian College of General Practitioners</i> Australie, 2014 (23)</p> <p>-</p> <p><i>Guidelines for interprofessional collaboration between general practitioners and other medical specialists providing video consultations - Emergency Medicine Appendix</i></p>	<p>Recommandations sur les collaborations entre professionnels (vidéoconsultation entre généraliste requérant, auprès du patient, et spécialiste requis) en situation d'urgence</p> <p><u>Introduction</u></p> <p>La vidéoconsultation en situation d'urgence (nécessitant le conseil d'un urgentiste pour réanimation et/ou une stabilisation en vue d'un transfert) se distingue d'une vidéoconsultation classique : acte non planifié, difficulté à obtenir le consentement éclairé, interventions de nombreux professionnels de santé autour du patient, besoins techniques différents)</p> <p><u>Prérequis cliniques</u></p> <p>Avant de débiter la vidéoconsultation, il faut l'accord commun du généraliste et de l'urgentiste (indications pour une vidéoconsultation en urgence indiquée ; données médicales du patient accessible, accord sur procédure en mode dégradé...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Situations pour lesquelles une vidéoconsultation entre un généraliste et un médecin d'urgence peut intervenir : assistance en cas d'urgence vitale (arrêt cardiaque, insuffisance respiratoire aiguë), triage de patients en situation traumatique, assistance à la prise de décision en situation critique ou soins de fin de vie 2. Consentement éclairé du patient : difficile à obtenir en situation d'urgence 3. Transfert des données cliniques : le médecin requérant et l'urgentiste mettent à jour le dossier patient <p>Prérequis organisationnels : particularités liées au caractère non planifié de la vidéoconsultation ; désigner un leader auprès du patient ; présence de nombreuses personnes autour du patient (staff de l'ambulance, proches) à gérer</p> <p>Un schéma organisationnel est proposé dans l'article</p> <p><u>Prérequis techniques</u> : système vidéo de qualité de deux côtes (requérant et requis) avec accès à rayons X, ECG, échographie de qualité ; possibilité de prise de photo ; connexion possible au système de monitoring du patient</p>
<p><i>Royal Australian College of General Practitioners</i> Australie, 2018 (43)</p>	<p>1. Introduction</p> <p>Définition de TLC. N'a pas vocation à remplacer consultation en présentiel. Objectif du guide : fournir conseils pratiques pour que TLC soit réalisée avec un niveau de qualité identique au présentiel. Le document traite de la vidéoconsultation avec un spécialiste, en présence ou non du généraliste auprès du patient.</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p>-</p> <p><i>Telehealth : guidelines and practical tips</i></p>	<p>2. Aspects cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sélection du patient : décision de proposer TLC sur critères cliniques (prise en charge la plus adaptée), pratiques (technologie disponible) et liés aux besoins du patient (mode de vie, possibilité de se déplacer, handicap visuel ou auditif). - Dans quelle zone proposer la TLC. Ne pas détruire tissu de soins local. Ne pas proposer TLC quand un spécialiste peut proposer une consultation en présentiel. Respect du parcours de soins. Connaissance de l'offre de soins dans région du patient. - Fournisseur technique : favoriser acteurs qui connaissent le patient et acteurs locaux. - Informer le patient. Information en langage clair sur TLC + citer l'alternative de prise en charge + donner les coûts qui restent à charge + longueur de TLC. - Obtenir le consentement du patient (ou d'un représentant légal) <p>3. Conduire la consultation</p> <p>Orientation pour conduire la TLC : la TLC est réalisée selon le même déroulé qu'une consultation en présentiel. Un professionnel de santé peut accompagner le patient. Les participants se présentent.</p> <p>Confidentialité et respect de la vie privée : à respecter à tout moment de la TLC (lieu de consultation, choix du matériel, stockage des données)</p> <p>4. Aspects techniques</p> <p>Exigences de base : transfert de données audio et vidéo en temps réel entre patient et spécialiste. Choix de la technologie adaptée selon contexte.</p> <p>Performance adéquate de l'équipement : fiable et adapté au réseau + bande passante locale ; compatible avec celui du patient ; sécurisé (respect de confidentialité) ; permettant d'échanger des données de qualité suffisante pour la prise en charge clinique.</p> <p>Gestion de risques : conduire une analyse des risques en amont (anticiper problèmes techniques) ; mettre en place procédures ; prise en compte des qualités du service-support ; avoir un plan de secours en cas de problème technique (si TLC non urgent, il suffira de reprogrammer un RV) ; si des TLC en situation d'urgence sont envisagées, adapter la technique (groupe électrogène + second accès internet) et l'organisation (présence d'un professionnel de santé auprès du patient capable de le ranimer et de gérer son transfert en urgence).</p> <p>Glossaire</p> <p>Annexe : Conseils pratiques</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>1. Débuter la TLC</p> <p>Déterminer la pertinence de la TLC (notamment déterminer si un examen physique est nécessaire)</p> <p>Relations avec autres acteurs de soins : définir rôles et responsabilités de chacun. Chaque médecin enregistre son propre CR de TLC. Le spécialiste peut décider de figurer sur des annuaires.</p> <p>Compétences : les médecins téléconsultants doivent se former spécifiquement à la e-santé.</p> <p>2. Conduire la TLC</p> <p>Contrôler le lieu de TLC (calme, respect de confidentialité, bonne lumière)</p> <p>Evaluer la TLC : questionner le patient après la TLC (a-t-il bien vu et entendu ? ; y-a-t-il eu des problèmes techniques ? ; le patient a-t-il reçu les soins et conseils médicaux adaptés ? ; est-il prêt à consulter de nouveau par TLC dans l'avenir ?) + évaluer plus largement l'utilité de la TLC au sein de l'organisation.</p> <p>3. Considérations techniques</p> <p>Matériel nécessaire va dépendre de la TLC (et des besoins du patient). Tester la connectivité avant arrivée du patient.</p> <p>Normes de sécurité pour transmission de données encryptées</p> <p>4. Viabilité de la TLC dans le temps</p> <p>Organiser la pratique sur le long terme (évaluation économique, personnel et charge de travail, portage du projet, besoins de formation du personnel, intégrer TLC au système d'assurance qualité, couverture de l'activité par les assurances)</p> <p>Organiser la pratique au quotidien (système de prise de RV, équipement et salle de TLC disponible aux horaires de TLC, assurer le suivi du patient post-TLC)</p>
<p><i>Royal Australian College of General Practitioners</i></p> <p>Australie, 2011</p> <p>(24)</p> <p><i>Standards for general practices</i></p>	<p>Document proposant des standards et critères pour la mise en œuvre de la téléconsultation avec des indicateurs correspondant à chaque standard (référentiel).</p> <p>Préambule</p> <p>Section 1 : Organisation</p> <p>Standard 1.1 accès aux soins</p> <p>Standard 1.2 Information sur le service de vidéoconsultation</p>

Auteur, pays, année - Intitulé	Contenu des recommandations
<i>offering videoconsultations</i>	<p>Standard 1.4 Diagnostic et suivi des patients</p> <p>Standard 1.5 Continuité des soins</p> <p>Standard 1.6 coordination des soins</p> <p>Standard 1.7 Contenu du dossier patient enregistré</p> <p>Section 2 : Droits et besoins des patients</p> <p>Standard 2.1 Communiquer avec les patients</p> <p>Section 3 : Sécurité, amélioration de la qualité et éducation</p> <p>Standard 3.1 Sécurité et Qualité</p> <p>Standard 3.2 Education et formation</p> <p>Section 4 : Gestion</p> <p>Standard 4.2 Gestion des informations de santé</p> <p>Section 5 : Locaux</p> <p>Standard 5.1 Accès</p> <p>Standard 5.2 Equipement</p>

Tableau 5. Contenu des recommandations sélectionnées en imagerie médicale

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
<i>American College of Radiology (ACR) États-Unis d'Amérique, 2013</i>	<p>Recommandations pour la pratique de la téléradiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduction et définitions : téléradiologie « nationale », téléradiologue, compagnie de téléradiologie, site de transmission, (des images), site de réception (des images) - considérations antérieures de l'ACR sur la téléradiologie - état actuel de la téléradiologie

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p>(27) <i>ACR white paper on teleradiology practice: a report from the Task Force on Teleradiology Practice</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - les effets positifs (accès aux soins, renforcement de l'accès à des radiologues qualifiés, renforcement de l'expertise), et potentiellement négatifs de la téléradiologie (lorsque la téléradiologie se limite à l'interprétation et au compte-rendu des images) - les utilisateurs finaux : hôpitaux, groupes de radiologie, médecins référents, et patient. (hôpitaux-contrat avec des services de téléradiologie, relations contractuelles entre des groupes de radiologues et des services de téléradiologie, des groupes de radiologie qui participent à rendre des services de téléradiologie, des groupes de patients qui ont accès directement aux radiologues qui interprètent ou à un 2^{me} avis sur leurs images radiologiques) - la variété de modes d'utilisateurs finaux de télé radiologie et leurs complexes relations nécessitent des principes guidant <p>La <i>Task Force</i> définit les 4 principes guidant, et compatibles avec les standards de pratique professionnelle.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les patients sont au centre de la prise en charge 2. Une « couverture » sur site est préférée. Les radiologues sont les experts reconnus et leur contribution à l'équipe médicale va au-delà de la seule interprétation des images. Les services de téléradiologie sont idéalement supplémentaires à une activité complète. L'avantage est que le médecin est lié à la communauté donnant de la motivation pour délivrer des soins de haute qualité. 3. Il ne devrait y avoir qu'un seul standard pour l'activité de téléradiologie qu'elle soit sur site ou en « téléradiologie » 4. L'activité de téléradiologie devrait être intégrée aux interventions locales en lien avec la qualité et la sécurité de la pratique en radiologie et entrer dans le processus de « credentialing-priviledging » habituel. <p>Les recommandations de la Task force : Le téléradiologue doit avoir et maintenir les qualifications professionnelles appropriées.</p> <ul style="list-style-type: none"> - licence, - appartenance à une équipe médicale, « scope » de la pratique appropriée, - assurance professionnelle couvrant les états qui transmettent et reçoivent les images - certification par un Collège - participation aux initiatives d'amélioration continue de la qualité qui inclut la formation et l'expérience continue nécessaires à la licence d'état et l'accréditation des structures. - participation à des programmes d'assurance qualité, incluant des revues par les pairs, pour assurer la sécurité du patient. <p>Environnement de travail du téléradiologue : Facteurs ergonomiques Caractéristiques des écrans Respect des règles de confidentialité et de sécurité</p> <p>Interprétation des images : 3 principes :</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> - Primauté du patient, - interprétations accessibles, sûres, précises, et dans les délais - engagement du téléradiologue vis-à-vis de la qualité des images, et responsable du continuum (directement ou en tant que superviseur) qui va de la sélection de l'examen d'imagerie pertinent à réaliser, la supervision des protocoles et de de la préparation du patient, la décision relative à l'injection de produits de contraste, la sécurité en matière de radioprotection. La communication des résultats. Le téléradiologue doit être également engagé dans la communication des résultats, en particulier lors de découvertes critiques et disponible pour le médecin référent, même si la demande vient après plusieurs jours. <p>Problématique des lectures frauduleuses (lecture fantômes) : radiologues signant des compte-rendis sans lire les images.</p> <p>Si absence des images antérieures ou informations pertinentes du dossier et de l'histoire clinique, le médecin référent et le patient doivent être prévenus : un CR initial est fait expliquant les limitations, suivi d'un CR définitif.</p> <p>Enjeu important en termes de communication entre téléradiologue et médecin demandeur en fonction de différents niveaux de criticités. La communication doit être bidirectionnelle. Les résultats doivent être donnés parfois de manière synchrone.</p> <p>Délai d'interprétation Communication du téléradiologue avec le manipulateur radio. Particulièrement important «dans le cas de réalisation d'échographie. Des critères sont essentiels pour assurer la qualité et la sécurité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le contrôle qualité - la transmission d'information pertinente - des demandes d'examens pertinentes <p>Des réflexions sur le paiement et la régulation Des considérations techniques Des considérations pratiques pour les pratiques radiologiques : liste de considérations relatives au contrat : définition des examens et des interprétations, heures de couverture, minimum et maximum de volume d'examens, délai de réponse, interprétations de spécialités, processus de « credentialing », assurance qualité, assurance en cas d'erreur, accréditation, enregistrements, exigences en matière de d'informatique</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>La compétition du marché Des recommandations à l'ACR</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'ACR doit continuer à définir les guides et standards pour la pratique de la téléradiologie, développer des protocoles - attention aux risques en termes d'erreurs de communication, de CR incomplet ou qui ne permet pas la prise de décision, aux dangers pour le patient allant d'une augmentation de l'irradiation à des erreurs majeures dans le traitement - la <i>Task Force</i> comprend et apprécie les bénéfices de la télé radiologie, mais elle croit également que le modèle de pratiques traditionnel qui consiste à avoir sur place un groupe de radiologues sert mieux les intérêts de la plupart des communautés <p>Elle rappelle l'importance que le radiologue participe aux activités qui permettent les meilleurs soins aux patients</p>
<p>ANAP, 2015 (29) <i>La télémédecine en action : permanence de soins en imagerie médicale. Eléments de constats et d'analyse</i></p>	<p>Ce document a pour objectif de donner aux régions qui souhaitent recourir à la télémédecine pour organiser la permanence de soins en imagerie médicale, des éléments de constats et d'analyse sur les organisations retenues. 3 chapitres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permanence des soins en imagerie : <p><u>Contexte spécifique de l'imagerie à la permanence des soins en imagerie</u> Se limite à l'activité d'urgence qui représente un volume d'actes assez limité. Il en résulte que les établissements de santé doivent organiser la présence d'un radiologue, sous la forme d'une astreinte ou d'une garde, pendant la période de PDS alors même que la ressource médicale est rare. Parallèlement, la radiologie est une discipline qui se prête bien à un exercice à distance</p> <p><u>bénéfices de la télémédecine dans ce contexte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Accessibilité aux soins <p>Permet aux radiologues de garde ou d'astreinte d'assurer la garde pour l'ensemble des établissements du dispositif Mutualisation permet un accès aux soins qui n'est plus lié aux seules ressources de l'établissement</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualité et sécurité des soins - Conditions de travail des professionnels - Attractivité pour les jeunes professionnels - Gains économiques - Retours d'expérience dans 3 régions : Lorraine, Pays de la Loire, Picardie - En vue d'un déploiement régional
<p>Canadian Association of Radiologists (CAR) Canada, 2008 (30)</p>	<p>Guidelines. Ce ne sont pas des règles. Recommandations à adapter aux ressources et au patient. Définition : La téléradiologie est la transmission électronique d'un diagnostic d'imagerie d'un lieu à un autre dans le but d'une interprétation et/ou d'une consultation. Elle nécessite des réseaux dans les systèmes d'informations santé en imagerie médicale entre les structures et avec</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>la téléradiologie à distance.</p> <p>Un radiologue sur site permet un environnement clinique optimal pour les patients et avec les médecins demandeurs, permettant une interaction quotidienne. Quand il y a des difficultés pour combler les besoins en radiologues, la téléradiologie permet d'apporter une aide pour la nuit, les week-ends et les périodes de congés, en cas de charge de travail importante, et pour l'interprétation des cas complexes. La téléradiologie est une méthode qui permet d'augmenter les services, centrée sur la qualité et le patient. Elle ne doit jamais compromettre la responsabilité du radiologue dans la délivrance de services de qualité. Elle permet également une interprétation dans les délais et plus efficiente, donnant un plus grand accès aux consultations secondaires, et améliorant la formation continue. Pour parvenir à cela, une technologie appropriée doit être utilisée en accord avec les standards CAR.</p> <p>Il est recommandé que la télé radiologie soit dirigée par les radiologues locaux si présents, et délivrée dans toutes les circonstances préférentiellement par les centres locaux, régionaux ou provinciaux, avant de les envoyer au niveau national.</p> <p>Qualification et responsabilités</p> <p>Les radiologues doivent avoir les qualifications nécessaires (fellowship ou certification).. Sont acceptées également les qualifications étrangères, si le radiologue est certifié par une structure certifiée, s'il a une licence provinciale et s'il a validé son « credentialing » dans la structure où sont acquises les images.</p> <p>En cas de nouvelles modalités d'imagerie, ou de techniques interventionnelles, le radiologue doit être formé avant d'interpréter ou réaliser de manière indépendante de telles examens ou procédures. Ceci en accord avec les réglementations provinciales/régionales. Le développement professionnel continu doit répondre aux exigences du programme de maintenance de la certification du Royal Collège des médecins et des chirurgiens du Canada.</p> <p>Des dispositions doivent être prises pour que le téléradiologue fasse des consultations. Rôle pivot du téléradiologue: dépistage, supervision des standards techniques et procédures, interprétation des images et consultation. Cette garantie permet au téléradiologue d'être équivalent à un radiologue sur site dans certaines instances. . La téléradiologie ne doit pas compromettre la qualité des soins et de l'interprétation. Le radiologue local ou si indisponible le téléradiologue (reporting radiologist) doit être impliqué dans les décisions qui impliquent la téléradiologie. S'il n'y a pas de radiologue local, alors le téléradiologue (reporting radiologist) ou un autre radiologue doit régulièrement visiter le département pour le contrôle qualité.</p> <p>Manipulateurs radio : doivent être certifiés dans la province où ils exercent. Responsable de l'évaluation, de l'opérationnalité de l'équipement et du programme d'assurance de la qualité. Sur les sites distants ils doivent être supervisés et suivis par le radiologue responsable du programme d'assurance qualité de la téléradiologie.</p> <p>Télé-échographistes : expérience pratique, guidé par radiologue qui supervise l'établissement qui réalise</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>l'échographie. Autres : physiciens médicaux, ingénieur biomédical, spécialiste dans la communication des images,</p> <p>Standards sur l'équipement : Standards spécifiques Acquisition ou digitisation Spécificités pour la mammographie, la fluoroscopie, l'échographie Standards Généraux sur</p> <ul style="list-style-type: none"> – Capacité de sélectionner une séquence d'image pour la transmission, l'affichage à tous les sites qui réalisent – Identification du patient sûre et sans ambiguïté (nom, numéro d'identification, date et heure de l'examen, film markers, institution d'origine, type d'examen, degré de compression, et brève histoire médicale. Cette information peut être adressée avec les images ou par tout autre moyen : ex FAX – Capacité à obtenir des examens précédents et comptes rendus précédents – Le résultat de la compression – L'archivage sur le site d'acquisition ou sur le site d'interprétation, de même que la transmission sont réalisées de manière à garantir la confidentialité du patient et la sécurité du système – La qualité de l'image doit être la même sur le site d'acquisition que sur le site d'interprétation <p>Transmission des images et des données patients Capacités d'affichage Existence d'une base de données qui inclut des informations spécifiques nom du patient, numéro d'identification, type d'examen, modalité, nombre d'images, site d'acquisition des images, date et heure d'acquisition, et disponibilité pour la revue Sécurité : confidentialité Fiabilité et redondance Archivage Documentation Contrôle qualité</p> <p>Le téléradiologue qui interprète doit s'assurer de la qualité des images. La qualité des images sur le site d'acquisition doit être la même que sur le site où est réalisée l'interprétation</p> <p>Le téléradiologue doit régulièrement visiter le site d'acquisition des images pour vérifier que l'équipement fonctionne correctement et que les techniciens sont supervisés et formés. Les 2 sites doivent avoir documenté les politiques et procédures pour le monitoring et l'évaluation du management, de la sécurité, de la performance propre de l'imagerie,</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>de la transmission, de la réception et de l'affichage. Le programme de contrôle de la qualité doit permettre de minimiser les risques pour les patients, les personnel et public. , et rendre maximale la qualité du diagnostic. La performance de l'équipement doit être monitorée de façon régulière</p> <p>Amélioration continue de la qualité L'utilisation de la téléradiologie ne doit pas diminuer les responsabilités pour le management et la supervision du diagnostic par l'image. Les procédures doivent être systématiquement monitorées et évaluées en tant que partie du programme d'amélioration continue de la qualité. Le monitoring doit inclure l'évaluation de la précision de l'interprétation aussi bien que la pertinence de l'examen. Une revue des complications et des événements indésirables permet d'identifier les opportunités d'améliorer la prise en charge. Formation des PACS administrateurs. Leurs responsabilités devraient inclure le monitoring de la qualité et de la confidentialité des images transmises et du maintien du système viable. L'augmentation de l'utilisation du réseau autorise l'audit à distance et une revue par les pairs si nécessaire</p> <p>License, credentialing, responsabilité Aspects concernant l'enregistrement du radiologue (province du patient), son « <i>credentialing</i> » si demandé par le site d'acquisition des images, assurance professionnelle (site où se trouve le patient)</p>
<p>Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), France, 2014 (31) Vademecum CNOM</p>	<p>Analyse du cadre réglementaire par le CNOM pour l'application pratique, afin de constituer une base de doctrine déontologique pour l'examen des contrats de Télémedecine prévus par le décret. (article R 6326-6 du CSP) Développement spécifique sur la téléradiologie et la médecine nucléaire et ses spécificités</p> <p>Position du CNOM sur des prestations médicales qui se situent aux confins du cadre réglementaire et que le CNOM estime nécessaire de réguler</p>
<p>Conseil professionnel de la radiologie française, 2018 (32 913) Charte de téléradiologie</p>	<p>Charte déclinée en 9 points : Elle remplace 2 documents antérieurs : la charte de téléradiologie de 2015 et le cahier des charges de 2014</p> <p>1. <u>Acte médical à part entière au sens défini par le CSP.</u> Il comprend 2 volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le télédiagnostic assimilé à la téléconsultation au sens de la loi HPST (malgré l'absence de définition juridique du télédiagnostic) • La téléexpertise (recours à un 2^{me} avis) <p>Même obligation de moyens, de sécurité, et de qualité, encadré par les règles de déontologie médicale et de bonnes</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>pratiques professionnelles. La télétransmission d'images sur le plan technique, ou la téléinterprétation ne sont que des étapes dans la pratique de la téléradiologie</p> <p>2. <u>Justification</u> Elle doit être justifiée et s'inscrire dans l'organisation des soins dans l'intérêt du patient Elle ne doit pas remplacer une prise en charge sur place par un radiologue local Elle ne peut pallier des problèmes démographiques territoriaux qui doivent trouver une autre solution Elle ne peut être un palliatif permettant de justifier de l'autorisation d'une autorisation (ou d'un renouvellement) d'équipements d'imagerie par une ARS sans disposer d'une équipe de radiologues locaux réunis autour d'un projet médical défini</p> <p>3. <u>Principes généraux d'organisation</u> <u>Tous</u> les intervenants doivent disposer des autorisations d'exercice sur le territoire Français. Elle doit s'inscrire prioritairement dans le projet médical d'organisation locale de la radiologie du site demandeur. <u>Le développement du télédiagnostic</u> doit reposer : développement prioritairement <u>territoriale</u>, ou si nécessaire régional permettant la mise en réseau des médecins demandeurs et radiologues disponibles Le développement de la téléexpertise : recherche pour le patient des meilleures ressources humaines radiologiques disponibles prioritairement régionales. Organisation territoriale de la téléradiologie : clef du parcours patient, du maintien d'un service de proximité et de l'enjeu démographique. Organisation privilégiant les radiologues de proximité aussi bien publics que libéraux. Subsidiarité de proche en proche anticipée. et techniquement prévue, avant d'envisager toute externalisation à une société commerciale à portée nationale. Organisation qui intègre la téléexpertise et son recours en particulier en cas de décision possible de radiologie interventionnelle ou de chirurgie, dans un contexte de multidisciplinarité afin de servir le meilleur parcours patient et d'assurer l'égalité de l'accès aux soins en fonction des ressources et des compétences dans les territoires. Organisation soumise pour validation aux G4R puis soumission réglementaire au conseil de l'ordre territorialement compétent et ARS. Validation par les instances locales (CME) en cas d'adhésion à une organisation de téléradiologie. Assurance civile professionnelle de tous les professionnels (médecins demandeurs et radiologues) incluant cette activité.</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>4. <u>Rôles des différents intervenants</u></p> <p><u>Pour le télédiagnostic</u></p> <p>L'ensemble des exigences de qualité et des étapes de prise en charge médicale radiologie d'un patient :</p> <p>Examen clinique préalable par un médecin demandeur</p> <p>Justification conjointe de l'examen (par le demandeur puis validation de l'indication par le radiologue)</p> <p>Radioprotection (en accord avec le CSP) du personnel et du patient (optimisation et attention particulière pour les enfants et les femmes en âge de procréer par le radiologue en cas d'utilisation de techniques exposant aux radiations ionisantes, avec substitution si nécessaire vers les techniques alternatives)</p> <p>Réalisation par le manipulateur sous la responsabilité du radiologue</p> <p>Analyse et interprétation de l'examen par le radiologue et rendu au médecin demandeur</p> <p>Dialogue possible tout au long de la procédure avec le patient, le manipulateur et le médecin demandeur</p> <p>Le médecin demandeur ou le manipulateur doit vérifier l'identité du patient. Information et recherche consentement (sauf cas de force majeure). Acte par un radiologue distant, nommément identifié</p> <p><i>Médecin demandeur :</i></p> <p>En pratique, le médecin demandeur dont l'identité doit être précisée, ou le manipulateur de radiologie informé d'une demande d'imagerie par le demandeur, doit veiller à la bonne identité du patient (identitovigilance), à ce que le patient reçoive une information claire et complète notamment en l'informant spécifiquement que l'acte sera réalisé par un radiologue distant nommément identifié, et recueillir le consentement éclairé du patient, sauf cas de force majeure qu'il conviendra de préciser lors de la demande d'examen. Le demandeur ou le manipulateur saisit le radiologue disponible et volontaire dans le cadre de l'organisation médicale mise en place. Le demandeur, qui aura au préalable procédé à l'examen clinique du patient, doit exposer la situation clinique du patient, et exprimer la ou le(s) question(s) posée(s) par écrit (ou demande électronique). Il doit recueillir l'ensemble des renseignements cliniques et paracliniques nécessaires à la bonne interprétation des images, rechercher des contre-indications à l'examen (injection de produit de contraste, etc.). Il doit informer le radiologue de tout élément pertinent utile à la bonne prise en charge du patient : antécédents médicaux et chirurgicaux, existence d'examen antérieurs radiologiques ou autres (comptes rendus d'endoscopie, d'anatomopathologie, d'ECG, d'EFR, etc.). Ceux-ci doivent être joints au fichier d'imagerie télétransmis et être obligatoirement formalisés par écrit et archivés</p> <p>Possibilité d'une vidéo-transmission ou à défaut tout moyen d'échange direct entre le patient, le manipulateur, et le demandeur</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>Le médecin demandeur a la responsabilité de l'utilisation qui sera faite de l'information contenue dans le compte-rendu transmis par le radiologue, et du contrôle de sa bonne intégration dans le dossier médical</p> <p><i>Manipulateur radio :</i> Responsable de la bonne réalisation des protocoles préétablis et informe le radiologue de toute difficulté technique rencontrée adresse au radiologue par le manipulateur responsable de la transmission des images Médecin au côté du manipulateur : en cas d'utilisation de produit de contraste pour assurer la sécurité du patient lors de l'injection et assumer les conséquences d'un éventuel effet indésirable</p> <p><i>Radiologue à distance</i> Valide la demande d'imagerie En cas d'utilisation de produit de contraste, dont l'indication relève du radiologue, la recherche de contre-indication à l'examen est sous la responsabilité conjointe du médecin demandeur et du radiologue. Peut consulter sur un serveur ou une plateforme informatique les images, rendues disponibles ou réceptionne les images adressés par le manipulateur Le radiologue interprète l'examen, en utilisant tous les outils disponibles à sa bonne interprétation. Il doit télétransmettre son compte-rendu écrit dans des délais appropriés à l'état clinique du patient ou par téléphone au médecin demandeur si une urgence le nécessite. Si besoin est, il doit proposer une stratégie complémentaire en l'absence de certitude diagnostique. En cas de diagnostic affecté d'un pronostic péjoratif, une procédure d'annonce au patient doit être prévue avec le médecin demandeur Pour le cas où le radiologue estime ne pas avoir d'informations suffisantes, ou s'il estime que les images sont inappropriées ou de qualité insuffisante, il refusera de donner son avis, en motivant son refus, et devra soit se déplacer pour assurer la prise en charge médicale radiologique, soit utiliser une procédure prévue dans la convention médicale qui le lie au service demandeur</p> <p><u>Pour la téléexpertise</u> La demande émane d'un radiologue de proximité qui a validé et réalisé l'examen ou d'un médecin demandeur : il doit informer le patient et recueillir son consentement Le radiologue expert à distance est clairement identifié. Rend disponible au radiologue téléexpert les images</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>générées par l'examen et les images antérieures lorsqu'elles existent et tous les éléments pertinents qui lui ont été transmis initialement par le médecin demandeur de l'examen</p> <p><i>Le radiologue téléexpert :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - vérifie la qualité des images transmises et la mise à disposition de l'intégralité des informations nécessaires à son interprétation. Il doit dire si des données manquantes et/ou de qualité insuffisantes. Il réalise son compte rendu qu'il remet au radiologue de proximité qui l'intégrera dans le dossier du patient ou l'adresse directement au patient avec l'accord du radiologue de proximité dans le respect des règles déontologiques. <p>5. <u>Aspects techniques</u> Images au format DICOM. Télétransmission respectant les normes HL7, console de visualisation et interprétation adaptée (cf recommandations minimales de la SFR) Authentification forte pour permettre le respect secret professionnel et des règles du stockage archivage des images et des échanges des informations médicales nécessaires à la réalisation de l'examen Contrat de maintenance. Réseau sécurisé, débit suffisant garanti Procédure d'urgence. Prestataire technique de la télétransmission</p> <p>6. <u>Contractualisation</u> : validation par les radiologues et médecins du site demandeur, les radiologues impliqués dans le projet, le CDOM, et le comité régional d'imagerie. Cette contractualisation inclut les aspects techniques adaptés à la pratique médicale, juridiques en termes de responsabilités respectives et de qualité (technique et médicale). Cette organisation doit faire l'objet d'un modèle économique Si une société de téléradiologie tierce contractualise, elle contractualise à la fois avec le service demandeur et le radiologue. Et s'assure que les règles de priorisation de proximité sont bien mises en œuvre</p> <p>7. <u>Rémunération et frais de fonctionnement</u> : rémunération du téléradiologue en télédiagnostic, imagerie en coupe (TDM ou IRM, Radiologie en conventionnelle, rémunération du radiologue en téléexpertise, permanence des soins, télétransmission</p> <p>8. <u>Sécurité des données</u> : identification du patient et de tous les intervenants, confidentialité et intégrité des échanges d'information, respect des règles en matière d'hébergement des données de santé, du RGPD, des recommandations de la CNIL, y compris en cas de travaux de recherche scientifique</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>9. <u>Evolution de la charte</u></p>
<p>Conseil professionnel de la radiologie française (G4) - Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) France, 2007 (33)</p> <p>-</p> <p>Organisation de la télé radiologie. Guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la télé radiologie</p>	<p>Introduction La télé radiologie, acte médical encadré par les règles de déontologie ; Réalisée dans l'intérêt du patient et justifiée. Nécessite la réalisation d'un examen clinique par le médecin de proximité. Prise en charge par un radiologue local favorisée Son organisation doit répondre aux besoins de la population ; Son emploi ne justifie pas l'installation ou le renouvellement d'équipement d'imagerie lorsque le site ne dispose pas des radiologues nécessaires pour faire fonctionner ces équipements.</p> <p>Ce document aborde</p> <ul style="list-style-type: none"> - la définition de la télé radiologie (télé diagnostique et télé expertise) et les conditions de la pratique de la télé radiologie : <p>La télé radiologie ne doit pas justifier l'omission ou la dégradation qualitative d'une des étapes de prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'examen clinique préalable réalisé par le praticien de proximité • La justification et la validation de l'examen. La justification prend en compte, en fonction des hypothèses diagnostiques, la possibilité de prise en charge thérapeutique sur place. • Le suivi de la réalisation technique de l'examen par un technicien manipulateur travaillant sous la responsabilité du médecin radiologue responsable de l'examen • Le médecin de proximité qui assure l'information, le recueil du consentement du patient, et assure la sécurité du patient • L'analyse et l'interprétation des images, formalisée par la fourniture d'un compte-rendu d'imagerie par le télé radiologue (télé diagnostique) ou le compte-rendu de relecture et de consultation sur la prise en charge ultérieure du patient (télé expertise) • Un dialogue avec le patient ou son médecin demandeur de l'examen, chaque fois que nécessaire <ul style="list-style-type: none"> - la description des échanges médicaux par télé radiologie : voir tableau 4 - le contenu de la convention de coopération <ul style="list-style-type: none"> • Aspects organisationnels et médicaux (identification des besoins, description du processus des échanges médicaux assortis d'images médicales, suivi d'activité et évaluation médicale) • Aspects techniques : « cahier des charge technique » (annexe 2) • Aspects juridiques

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<ul style="list-style-type: none"> • Aspects financiers (annexe 1) • les modalités immédiates transitoires et à moyen terme, pérennes du financement de la téléradiologie
<p><i>Conseil professionnel de la radiologie française (G4) France, 2012 (34)</i></p> <p>-</p> <p>Fonctions du manipulateur dans le cadre de la téléradiologie</p>	<p>Document précisant l'exercice du manipulateur intégré à la pratique de la téléradiologie et ses particularités. Il vient compléter le cahier des charges de la convention médicale de téléradiologie et la charte de téléradiologie publiés par le G4</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Les principes des textes réglementaires s'appliquent : <ul style="list-style-type: none"> - le manipulateur doit toujours disposer d'une prescription médicale avant de réaliser son acte (art. L. 4351-1 du Code de la santé publique (CSP)) - la prescription peut faire référence à un protocole (art. R. 4351-4 CSP) - un médecin (pas nécessairement radiologue) doit être « en mesure d'en contrôler l'exécution et intervenir immédiatement » (art. L. 4351-1 CSP) - l'environnement de l'acte (matériel et personnel) doit être, en permanence, compatible avec le maintien de la sécurité du patient et, s'il y a lieu, les règles de radioprotection ➤ Les particularités liées à la téléradiologie nécessitent que : <ul style="list-style-type: none"> - la signature d'une convention entre le service demandeur et le ou les radiologues et les modalités d'organisation soient connues du manipulateur radio - les protocoles de réalisation des examens, rédigés par les médecins radiologues soient connus des manipulateurs et appliqués avec une rigueur particulière du fait de l'éloignement physique du téléradiologue - le protocole de prise en charge médicale précise le rôle du manipulateur lors de la réalisation de l'examen : participation éventuelle au recueil du consentement du patient, information du patient sur le déroulement de l'examen, information du téléradiologue et du médecin sur place d'éventuels effets indésirables - une formation concernant l'utilisation des systèmes de communication et la connaissance des protocoles soit mise en place et régulièrement contrôlée par les radiologues du service et/ou les télé-radiologues
<p><i>Conseil professionnel de la radiologie française (G4) - Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM) France, 2011</i></p>	<p>Rédaction par le SNITEM et le G4 d'un document de synthèse sur la télé radiologie et la télé imagerie, destiné aux ARS et autres décideurs/financeurs de la santé</p> <p>Rappel de l'historique et des enjeux de la téléimagerie et de la téléradiologie</p> <p>Exemples de bénéfices apportés par la téléimagerie</p> <p>« La téléimagerie peut donc être considérée comme une pratique médicale coopérative d'aide à la décision clinique basée sur l'image »</p> <p>Les deux grandes utilisations des outils de transfert et de partage d'images que sont d'une part</p> <ul style="list-style-type: none"> - la téléimagerie, c'est-à-dire la pratique médicale et à distance de la radiologie et de l'imagerie médicale, et d'autre part

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p>(35) - Téléimagerie - Téléradiologie Recommandations du SNITEM et du Conseil professionnel de la radiologie. « La téléimagerie, une réalité croissante dans l'offre de soins »</p>	<p>- divers autres usages des outils de distribution et de partage des données iconographiques</p> <p>La téléradiologie - téléimagerie médicale comprend principalement le télédiagnostic et la téléexpertise</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le télédiagnostic : « Définition : Le télédiagnostic se rattache à la téléconsultation médicale, au sens du décret d'application de la définition légale de la télémédecine (décret télémédecine n° 2010-1229 du 19 octobre 2010) : il s'agit, pour le médecin radiologue, d'organiser la réalisation sous son contrôle distant, par un manipulateur, d'un examen d'imagerie médicale puis de l'interpréter et de rendre compte de son résultat, de la façon la plus similaire possible à ce qu'il aurait fait sur place. » <p>Une solution complète de téléradiologie comprend une composante technologique, une composante organisationnelle pour la mise en place, la formation, le suivi et l'évaluation permanente du programme de téléradiologie et une composante strictement médicale</p> <p>Des modèles étrangers de firmes qui ne proposent que ce seul service de "télélecture" se sont développés en tant que sous-traitants des radiologues locaux. Objectif : permet de gagner du temps sur l'interprétation des images et sur la confection des comptes rendus. Selon les recommandations de <i>l'American College of Radiology</i>, ils doivent contrôler personnellement la qualité de chaque examen, en relisant les images et les comptes rendus, comme on le pratique dans un CHRU lorsqu'un médecin sénior encadre et forme un junior (interne). Il est critiquable et imprudent de transposer sans réflexion cette préparation externalisée des comptes rendus dans un hôpital sans radiologue local</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ « La téléexpertise a pour objet, (décret télémédecine n° 2010-1229 du 19 octobre 2010) de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ». <p>Les autres avantages des réseaux d'images pour l'exercice de la radiologie - imagerie médicale</p> <p>La possibilité de consulter les examens précédents La double lecture des examens d'imagerie : à distinguer de téléexpertise La constitution de banques d'images à des fins d'enseignement et/ou de recherche</p> <p>Les autres formes d'exploitation des données iconographiques, facilitées par leur distribution et leur partage électroniques</p> <p>La diffusion des résultats d'imagerie à l'ensemble des praticiens impliqués dans la prise en charge d'un patient L'exploitation des données d'imagerie volumique pour la planification thérapeutique</p>
<p><i>European Society of Radiology (ESR),</i></p>	<p>Document sur l'applicabilité du cadre existant légal européen concernant l'activité de télémédecine. (SWD 2012/413) La licence, l'autorisation et l'enregistrement du téléradiologue</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p><i>Europe, 2013 (36)</i> - <i>ESR statement on the European Commission Staff Working Document on the applicability of the existing EU legal framework to telemedicine services (SWD 2012/413), mai 2013</i></p>	<p>La téléradiologie : un acte médical Les droits des patients Les services de téléradiologie et services d'information de la société Conclusion</p>
<p><i>European Society of Radiology (ESR), Europe, 2014 (37)</i> - <i>ESR white paper on teleradiology: an update from the teleradiology subgroup</i></p>	<p>Il s'agit d'un document pédagogique comportant des recommandations pratiques pour la mise en œuvre d'un projet de téléradiologie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise au point sur l'organisation de la téléradiologie en Europe - Définitions concernant la téléradiologie - État des lieux et commentaires sur la téléradiologie préalable à l'élaboration du document ESR statement on the European Commission Staff Working Document on the applicability of the existing EU legal framework to telemedicine services (SWD 2012/413), mai 2013 : - Actuelle situation de la téléradiologie en Europe <p>Cadre légal européen (licence et enregistrement, la télé radiologie un acte médical, les droits des patients, information et le consentement, responsabilités, diplôme européen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sujets liés à la technologie : méthodes de transmission sécurisée, environnement de travail technologique et ergonomie. - Communication dans la téléradiologie : principes, information clinique et antécédents, langage (du patient) et structure du CR - Contrat et financement - Initiatives dans la formation à la téléradiologie <p>Document sur l'applicabilité du cadre existant légal européen concernant l'activité de télémédecine (SWD 2012/413) La licence, l'autorisation et l'enregistrement du téléradiologue La directive européenne exige que la téléradiologie soit délivrée en accord avec la législation du pays où exerce le téléradiologue, et non la législation où le patient réalise son examen d'imagerie. Il a donc l'obligation de s'enregistrer dans l'état où il réalise l'interprétation et non dans celui du patient La téléradiologie : un acte médical qui doit être considéré comme tel et qui potentiellement accroît la qualité et</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	l'efficience par rapport au mode traditionnel Les droits des patients Les services de téléradiologie et services d'information de la société Conclusion
HAS, 2013 - Démarche qualité en médecine nucléaire <i>in vivo</i> . Certification V2010. Guide méthodologique - (38)	L'objectif du guide est de préciser les éléments d'appréciation du déploiement de la démarche qualité énoncés dans le critère de certification des établissements de santé en vue d'une meilleure cohérence de l'évaluation par les professionnels et par les experts-visiteurs. Il a vocation à accompagner les experts-visiteurs de la HAS lors de leur visite sur site et l'équipe de médecine nucléaire <i>in vivo</i> , lors de son auto-évaluation Ce guide précise notamment la composition de l'équipe pluri professionnelle en médecine nucléaire, les grands axes de la démarche qualité en médecine nucléaire, la liste de dix points critiques au regard de la sécurité et de la qualité des soins L'évaluation comporte quatre domaines thématiques, déclinés en 16 sections qui incluent au total 129 critères énonçant les objectifs à atteindre, qui sont souvent des exigences réglementaires. Lors de la réalisation des examens à visée diagnostique, un médecin est toujours présent dans le secteur pendant la réalisation des examens
<i>Imaging management ; édition française</i> En collaboration avec la SFR (39)	Différents articles : <ul style="list-style-type: none"> · L'information du patient · La voix des patients · L'action du groupe SFR info patient : « pour l'annonce des résultats le radiologue est considéré comme l'interlocuteur privilégié » · Information et communication en imagerie · Le patient au centre de l'e-santé : nouveaux risques et nouvelles responsabilités · L'information lors de la prise de rendez-vous · Le rôle du manipulateur d'électroradiologie médicale dans l'information donnée au patient · L'information du patient face aux risques liés aux rayons X · La relation médecin-patient · L'information en radiopédiatrie : et si on en jouait ? · La préparation à l'IRM pédiatrique par les objets pédagogiques · Information et consentement pour participer à une recherche clinique en imagerie L'information du patient en radiologie interventionnelle
Ministère des solidarités et de la	<u>Objectifs et périmètre</u> Les GHT vocation à permettre une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients : à travers la

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p>santé France, 2018 (40)</p>	<p>constitution de projets médico-soignants partagés permettant une prise en charge homogène et graduée du patient dans son territoire de vie Périmètre : il distingue la permanence des soins (2 types de pratiques), et la période hors permanence des soins (1 type de pratiques). Ces 3 types de pratiques se résumant à 2 modèles organisationnels : monolecture et double lecture Les lieux de prise en charge sont caractérisés en site requérant ou requis <u>Modèle organisationnel pour la réalisation des actes de télémédecine</u> (téléconsultation et téléexpertise) Conditions générales Articulation entre télémédecine et imagerie en présentiel Le téléradiologue : a les compétences requises, formé à l'utilisation des outils pour l'interprétation à distance. Conditions pour être expert : au moins 2 des 5 critères listés et être en relation ou appartenir à un centre de compétence ou de référence. Peut demander à ce que le patient vienne dans un établissement pour qu'il y ait la présence physique d'un radiologue La télémedicine a vocation à s'intégrer dans le parcours de soins, doit être encadrée par un protocole de fonctionnement, une démarche d'évaluation périodique, un protocole d'accord entre établissement pour la rémunération des actes. S'articule avec les schémas de permanence des soins Protection et droits des patients Pré-requis en termes de systèmes d'information Conditions et modalités de prise en charge des patients pour la réalisation à distance d'un examen d'imagerie en cas d'absence de radiologue sur place (monolecture) Avant. Pendant. Après Conditions et modalités de prise en charge des patients pour l'analyse à distance des données d'imagerie, par un radiologue spécialiste d'organe, à la suite d'une première lecture par un radiologue (double lecture) Avant. Pendant. Après <u>Financement des activités de télémedicine en imagerie</u> <u>Suivi des activités de télémedicine en imagerie</u> Rapport annuel de l'activité de télémedicine par le CNP, avec les spécialités pour la double lecture</p>
<p><i>The Royal College of radiologists, Royaume-Uni, 2016 (41)</i></p>	<p>Standards pour la mise en place de la téléradiologie : - transfert des données : système transparent, pour le transfert rapide et sécurisé de revue des images, et quand nécessaire, stockage des données du patient - compte-rendu : il doit obéir à des standards identiques indépendamment d'où et par qui les données sont rapportées</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
<p><i>Standards for the provision of teleradiology within the United Kingdom. Second edition</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - communication des résultats, c'est la même personne qui interprète et adresse les résultats au médecin adresseur. Il doit être clairement identifié avec les résultats communiqués et intégrés dans la base du système d'information radiologique de l'hôpital, le PACS, et dans le dossier informatique du patient, dans un délai opportun - assurance qualité téléradiologie fait partie du système intégré de la radiologie. Tous les radiologues participent travaillent au sein d'un cadre d'assurance qualité documenté en ligne avec le guide du <i>Royal College of radiologists</i> <p>Considérations médico-légales et exigences de régulation européenne Assurance professionnelle pour les téléradiologues, et les prestataires Conclusions</p>
<p><i>Faculty of clinical Radiology, The Royal Australian and New Zealand College of Radiologists, Australie et Nouvelle-Zélande, 2017 (42)</i></p> <p>- <i>Teleradiology standards</i></p>	<p>Ce chapitre fait référence aux « <i>RANZOR Standards of Practice for Diagnostic and Interventional Radiology</i> ».</p> <p>Présentation de 13 principes clefs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conduite de la téléradiologie dans les meilleurs intérêts pour le patient et ses soins • Téléradiologie, activité supplémentaire à une prise en charge globale sur site, modèle préféré • Qualité et interprétation de l'image ne peuvent être compromises en téléradiologie • Enregistrement, indemnisation, formation, certification et compétences nécessaires, en adéquation avec les exigences dans la juridiction du site d'acquisition des images (permet la poursuite en litiges par le patient et la mise en œuvre du processus de plainte) • Compréhension du langage, des différences culturelles, et du vocabulaire spécialisé de la juridiction où sont acquises les images • Canaux de communication permettant de communiquer des résultats urgents • Enregistrement et licence du manipulateur radio dans la juridiction d'acquisition de l'image, formé à l'utilisation des équipements et logiciels de manière adéquate, et sous la supervision globale du téléradiologue • Contrats entre le site d'acquisition et le service qui réalise l'acte de téléradiologie permettant de traiter les résultats urgents et/ou non attendus dont communication directe avec le médecin référent et le patient • Compliance du service qui réalise l'acte de téléradiologie avec les standards en matière de protection des données dans la juridiction ou le pays d'acquisition des images, avec les politiques pour la sécurité des données pour protéger les patients et compliance avec la législation pertinente • Contrôle qualité robuste et procédure d'audit pour les radiologues et équipements en place et documentés. Ils doivent être conformes aux exigences locales en termes de sécurité dans le domaine de la radioprotection. • Standards professionnels s'appliquent aussi bien sur site qu'en téléradiologie, (ou aussi proches que possible) • Temps réel disponible de consultation entre le manipulateur radio ou l'équipe clinique et le téléradiologue

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>incluant les conseils en lien avec la pertinence des demandes d'examens d'imagerie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Système documentaire en place pour enregistrer l'identité du radiologue qui réalise compte-rendu et la date et heure de celui-ci <p>Les recommandations sont associées à des indicateurs qui correspondent à des documents de preuves. Elles sont organisées en 7 chapitres.</p> <p>Recommandations générales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La demande, les discussions entre demandeurs et radiologues avant et après l'image et les canaux de communication entre le patient, le radiologue doivent être bien définis, incluant le processus de documentation • Le radiologue devrait avoir accès aux mêmes images et informations qu'un radiologue sur site <p>Qualifications et enregistrements des radiologues Les radiologues doivent être qualifiés, avoir les compétences et être enregistrés conformément aux exigences du site d'acquisition. Le statut d'enregistrement est le même que pour une activité sur site ou de manière alternative, le radiologue peut être enregistré dans n'importe quelle spécialité, ou champ de la pratique pour la téléradiologie. Il a une assurance médicale adéquate dans le site d'acquisition des images.</p> <p>Responsabilités cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilités du spécialiste • Interprétation et compte-rendu • Responsabilités des autres professionnels de santé • Responsabilités du site d'acquisition • Pertinence • Produit de contraste <p>Les équipements incluant les capacités d'affichage, l'identification du patient et l'authentification du professionnel,</p> <p>Sécurité des enregistrements à conserver</p> <p>Service de téléradiologie/les structures demandeuses</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Le service de téléradiologie</i> <p>Encouragé à être accrédité sous le RANZOR/NATA <i>Medical Imaging Accreditation Program</i>, IANZ ou autres standards applicables</p> <p>Enregistrement, licence, compétences dans la juridiction d'acquisition des images</p> <p>Doit démontrer que les téléradiologues ont réalisé leur développement professionnel continu (DPC) et toute</p>

Auteur, Pays, Année - Intitulé	Contenu des recommandations
	<p>évaluation en lien avec les exigences du « <i>Medical Board of Australia</i> » or <i>Medical Council of New Zealand</i> ». Des temps de rencontres pour discuter entre demandeurs et téléradiologue des cas et comptes rendus. Conformité avec les exigences de communication des résultats lorsqu'ils sont significatifs et non attendus.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Le service demandeur de téléradiologie</i> Meeting réguliers avec le service réalisant la téléradiologie Révision de la qualité du service et du compte-rendu, au minimum tous les 6 mois. Doit permettre aux téléradiologues d'avoir accès aux mêmes informations que si la radiologie était sur site. <p>Assurance qualité pour la téléradiologie.</p>
<p>- <i>The SNMMI and EANM Practice Guideline for Tele-Nuclear Medicine 2.0 (28)</i></p>	<p><u>Objectif du guide</u> : promouvoir la qualité et la pertinence dans la pratique de la médecine nucléaire. Se réfère pour certains domaines au guide SNMMI sur l'imagerie générale http://snmmi.files.cms-plus.com/docs/General Imaging Version 6.0.pdf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Définition : la télémédecine en médecine nucléaire se réfère à l'interprétation ou la consultation, à distance d'un lieu où sont acquises les images • Indications cliniques communes • Indications de routine, de garde, et la consultation • Qualifications et responsabilités aux Etats-Unis • Procédures. Spécificités de l'examen • Complétude des données relatives au patient • Considérations techniques sur la visualisation des images, le traitement des données • Communications : transmission cryptée des données. • Compression des données. • Contrôle qualité du système • Sécurité : données sécurisées, période de temps dédiée à la télémédecine • Domaines nécessitant des clarifications • Documentation. Compte-rendu • Equipement • Contrôle qualité, amélioration, sécurité, contrôle du risque infectieux • Education du patient • Radioprotection

Références

1. American College of Physicians, Daniel H, Sulmasy LS. *Policy recommendations to guide the use of telemedicine in primary care settings: an American College of Physicians position paper*. *Ann Intern Med* 2015;163(10):787-9.
2. Jung EY, Kang HW, Park IH, Park DK. *Proposal on the establishment of telemedicine guidelines for Korea*. *Healthc Inform Res* 2015;21(4):255-64.
3. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, Martin P, Leghericey H, Lemoine B. *La télémédecine en action. Construire un projet en télémédecine*. Paris: ANAP; 2016.
<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/la-telemedecine-en-action-construire-un-projet-de-telemedecine/>
4. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe. Tome 1 : Un éclairage pour le déploiement national*. Paris; 2012.
http://esante.gouv.fr/sites/default/files/2012_ANAP_telemedecine.pdf
5. Agency for Clinical Innovation. *Guidelines for the use of telehealth for clinical and non clinical settings in NSW*. Chastwood (NSW): ACI; 2015.
https://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/258706/ACI-telehealth-guidelines.pdf
6. Academy of Medicine, Agency for Integrated Care, case management Society of Singapore, Health Sciences Authority, Pharmaceutical Society of Singapore, Singapore Nurses Association. *National Telemedicine Guidelines*. Singapore: Ministry of Health; 2015.
https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/Publications/Guidelines/MOH%20Cir%2006_2015_30Jan15_Telemedicine%20Guidelines%20rev.pdf
7. American Telemedicine Association. *Core operational guidelines for telehealth services involving provider-patient interaction*. Arlington: ATA; 2014.
http://www.uwyo.edu/wind/files/docs/wytn-doc/toolkit-docs/ata_core_provider.pdf
8. American Telemedicine Association. *Practice guideline for live, on demand primary and urgent care*. Arlington: ATA; 2014.
https://www.researchgate.net/publication/272076989_American_Telemedicine_Association_Practice_Guidelines_for_Live_On_Demand_Primary_and_Urgent_Care
9. Australian College of Rural and Remote Medicine. *ACRRM telehealth advisory committee standards framework*. Brisbane City (AU): ACRRM; 2016.
http://www.ehealth.acrrm.org.au/system/files/private/ATRRM%20Telehealth%20Standards%20Framework_0.pdf
10. Australian College of Rural and Remote Medicine. *ACRRM telehealth guidelines*. Brisbane: ACRRM; 2012.
http://www.ehealth.acrrm.org.au/system/files/private/ACRRM%20Telehealth%20Guidelines_v1.0_20120827.pdf
11. Australian College of Rural and Remote Medicine. *Handbook for the telehealth online education module*. Brisbane: ACRRM; 2013.
<https://www.acrrm.org.au/docs/default-source/documents/rural-and-remote-medicine-resources/handbook-for-telehealth-online-education-module-final.pdf?sfvrsn=0>
12. Australian Nursing Federation. *Guidelines for telehealth on-line video consultation funded through medicare. For registered nurses, enrolled nurses, nurse practitioners, registered midwives and eligible midwives*. Melbourne: ANF; 2013.
http://anmf.org.au/documents/reports/Telehealth_Guidelines.pdf
13. Australian Nursing Federation. *Telehealth standards : registered midwives*. Melbourne: ANF; 2013.
http://anf.org.au/documents/reports/Telehealth_Standards_Registered_Midwives.pdf
14. Collège des médecins du Québec. *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication. Guide d'exercice*. Montréal: CMQ; 2015.
<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf>
15. College of Physicians and Surgeons of Alberta. *Telemedicine : CPSA*; 2014.
http://cpsa.ca/wp-content/uploads/2015/04/A_Telemedicine.pdf
16. Department of Health and Human Services. *Critical success factors: how to establish a successful telehealth service*. Melbourne: State of Victoria; 2015.
<https://www2.health.vic.gov.au/-/media/health/files/collections/research-and-reports/d/critical-success-factors-how-to-establish-successful-telehealth-service.pdf>
17. Haute Autorité de santé, Agence régionale de santé, Agence des systèmes d'information partagés de santé. *Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/guide_grille_de_pilotage_et_de_securite_d_un_projet_de_telemedecine_2013-07-18_13-34-47_545.pdf
18. Japanese Telemedicine and Telecare Association. *Guideline for the practice of home telemedicine* (2011 edition). Tokyo: JTTA; 2011.
<http://jtta.umin.jp/eng/pdf/guidelines/guidelines01.pdf>
19. Medical Board of Australia. *Technology-based patient consultations. Guidelines*. Canberra: AHPRA; 2012.

<http://www.medicalboard.gov.au/Codes-Guidelines-Policies/Technology-based-consultation-guidelines.aspx>

20. Medical Council of New Zealand. *Statement on telehealth*. Wellington: MCNZ; 2016.

<https://www.mcnz.org.nz/assets/News-and-Publications/Statement-on-telehealthv3.pdf>

21. Province of British Columbia Health Authorities. *Telehealth clinical guidelines*. Vancouver: PBCHA; 2014.

http://www.phsa.ca/Documents/Telehealth/TH_Clinical_Guidelines_Sept2015.pdf

22. Practitioners; RACoG. *Guidelines for interprofessional collaboration between general practitioners and other medical specialists providing video consultations*. East Melbourne: RACGP; 2014.

<http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/interprofessional/>

23. Royal Australian College of General Practitioners. *Guidelines for interprofessional collaboration between general practitioners and other medical specialists providing video consultations - Emergency Medicine Appendix*. East Melbourne: RACGP; 2014.

https://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/Interprofessional-guidelines/2014telehealth_interprofessional-appendix.pdf

24. Royal Australian College of General Practitioners. *Standards for general practices offering video consultations. An addendum to the RACGP standards for general practices* Melbourne: RACGP; 2011.

<https://www.racgp.org.au/your-practice/standards/video/>

25. Royal Australasian College of Physicians. *The guidelines provide practical advice on how to conduct telehealth consultations*. Sydney: RACP; 2012.

<https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/telehealth-guidelines-and-practical-tips.pdf>

26. Royal Australian College of General Practitioners. *RACGP template - Telehealth video consultation information for patients*. Melbourne: RACGP; 2017.

27. American College of Radiology, Silva E, Breslau J, Barr RM, Liebscher LA, Bohl M, et al. *ACR white paper on teleradiology practice: a report from the Task Force on Teleradiology Practice*. J Am Coll Radiol 2013;10(8):575-85.

28. Parker JA, Christian P, Jadvar H, Sattler B, Wallis JW. *The SNMMI and EANM practice guideline for tele-nuclear medicine 2.0*. J Nucl Med Technol 2014;42(1):15-9.

29. Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. *La télémedecine en action : permanence de soins en imagerie médicale. Elements de constats et d'analyse*. Paris: ANAP; 2015.

<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/la-telemedecine-en-action-permanence-de-soins->

<en-imagerie-medicale-elements-de-constats-et-danalyse/>

30. Canadian Association of Radiologists, PACS; CAoMRTb. *CAR standards for Teleradiology*. Ottawa : CAR; 2008.

<https://car.ca/wp-content/uploads/Teleradiology-2008.pdf>

31. Conseil national de l'Ordre des médecins. *Vademecum télémedecine*. Paris: CNOM; 2014.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_pdf/septembre2014/master/sources/index.htm

32. Conseil professionnel de la radiologie française. *Chartre de téléradiologie*. Paris: CPRF; 2018.

https://www.fnmr.org/uploads/documents/1546523410_2018%20Charte-teleradio-VF-Diffusion-Adherents-G4_2018-12-28.pdf

33. Conseil professionnel de la radiologie, Conseil national de l'Ordre des médecins. *Organisation de la téléradiologie. Guide pour le bon usage professionnel et déontologique de la téléradiologie*. Paris: CPR;CNOM; 2007.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/teleradiologieq4cnom.pdf>

34. Conseil professionnel de la radiologie française. *Fonction du manipulateur dans le cadre de la téléradiologie*. Paris: CPRF; 2012.

http://www.sfrnet.org/rc/org/sfrnet/htm/Article/2004/mie-20040517-000000-07794/src/htm_fullText/fr/G4_2012-12-29_FONCTIONS%20DU%20MANIPULATEUR%20DANS%20LE%20CADRE%20DE%20LA%20TELERADIOLOGIE%2021%20juin%202012.pdf

35. SNITEM, Conseil professionnel de la radiologie. « La téléimagerie, une réalité croissante dans l'offre de soins » *Téléimagerie – Téléradiologie Recommandations du SNITEM et du Conseil professionnel de la radiologie*. Paris: SNITEM; CPR; 2011.

36. European Society of Radiology. *ESR statement on the European Commission Staff Working*. Document on the applicability of the existing EU legal framework to telemedicine services (SWD 2012/413). Vienna: ESR; 2013.

37. European Society of Radiology. *ESR white paper on teleradiology: an update from the teleradiology subgroup*. Insights Imaging 2014;5(1):1-8.

38. Haute Autorité de santé. *Démarche qualité en médecine nucléaire in vivo. Certification V2010. Guide méthodologique*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2013.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/guide_medecine_nucleaire.pdf

39. Société française de radiologie. *L'information du patient* Imaging Manag 2013;1.

40. Groupe hospitalier de territoire. Référentiel pour l'organisation des activités de télémédecine en imagerie au sein des GHT. Paris: GHT; 2018.

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_-_referentiel_telemedecine_en_imagerie.pdf

41. *Royal College of Radiologists. Standards for the provision of teleradiology within the United Kingdom.* London: RCR; 2016.

https://www.rcr.ac.uk/system/files/publication/field_publication_files/telerad_standards.pdf

42. *Royal Australian and New Zealand College of Radiologists, Faculty of clinical Radiology. Teleradiology standards.* Sydney: RANZCR; 2017.

<https://www.ranzcr.com/college/document-library/teleradiology-standards>

43. *Royal Australasian College of Physicians. Telehealth. Guidelines and practical tips* [En ligne] 2018.

<https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/telehealth-guidelines-and-practical-tips.pdf>

Participants

La HAS remercie l'ensemble des participants.

► Groupe de travail

Mme Florence BEGUE, directrice projet médico-soignant partagé (PMSP) et télémédecine, Dieppe

Mme Amélie CHOPIN, infirmière, Rennes

Pr Olivier COUTURIER, médecin nucléaire, Pirae - Tahiti

Pr Simon FILIPPI, médecin généraliste, Gap

Pr Jean-Yves GAUVRIT, médecin radiologue, Rennes

Dr Benjamin GEISLER, médecin nucléaire, Saint Etienne

Dr Rémi GIRERD, médecin –urgences-SMUR-UHTCD, Saint Paul-La Réunion

Dr Isabelle HAUGER, médecin généraliste et coordonnateur en EHPAD, Bordeaux

Dr Mélanie KINNE, médecin généraliste, service USMP, Nîmes

M. Lomig LE BIHAN, Infirmier, Rennes

Mme Valérie LE CAMUS, Cadre Expert en charge de la qualité et de la sécurité des Soins, Direction des Soins et des affaires paramédicales (DSAP), Paris

Dr Frédéric LEFEVRE, médecin radiologue, Nancy

Dr Stéphanie REBOUL - Van Der MEULEN, Médecin Urgences, Montpellier

Mme Delphine BLANCHARD, Usager du système de santé

Dr Michel SERIN, médecin généraliste, Maison de Santé, Saint Amand en Puisaye

M. Anthony SIRI, infirmier, Valenciennes

Mme Lydiane VRIGNAUD, Responsable de pôle « Dossiers partagés, orientation et télémédecine », Pays de la Loire

Madame Magali WITZ, administrateur RIS / PACS, Strasbourg

► Groupe de lecture

Un groupe de lecture a été sollicité pour la relecture des documents du 30 janvier au 15 février 2019. Les personnes suivantes ont répondu :

Dr Jean-Christophe DELESALLE, médecin radiologue, Saint-Martin-Boulogne

Dr Bernard DEMANGEON, médecin généraliste, Nancy

Mme Rose FARNIA, Consultante e-santé, Docteur en ingénierie, région Centre Val de Loire

Mme Valérie GARBAY, Responsable Management par la Qualité en Imagerie Médicale Privée, Carbon-Blanc

Mme Nolwenn GERARD, infirmière de télémédecine, Clichy

Mme Rita GHOUFLE, infirmière, Thann

Mme Valérie PALMIOTTI-ROUSSEL, Responsable plurirégional perfusion diabète éducation, Douai

► Parties prenantes

Les institutions, sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont répondu à la sollicitation pour la relecture du guide.

Institutions et administrations

Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP)

Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

Agences régionales de santé (ARS) :

Grand est

Occitanie

Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN)

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Institut national du cancer (INCA)

Ordres professionnels

Conseil national de l'ordre des médecins

Conseil national de l'ordre des sages-femmes

Ordre national des chirurgiens-dentistes

Ordre national des pharmaciens

Représentants des professionnels médicaux

Collège des bonnes pratiques en médecine bucco-dentaire

Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF))

CNP de Biologie Médicale

CNP de Dermatologie (Conseil de Coordination de la Dermatologie)

CNP d'Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques (CNPEDMM)

CNP d'Infectiologie (CNP-FFI)

CNP de Médecine Nucléaire

CNP de Neurologie (Fédération Française de Neurologie)

CNP des Pathologistes (CNPath)

CNP de Radiologie (G4)

CNP de Radiothérapie Oncologique

Représentants des auxiliaires médicaux

Association Française du Personnel Paramédical d'électroradiologie (AFPPE)

Fédérations

Fédération française des maisons et des pôles de santé (FFMPS)

Fédération des soins primaires (FSP)

Sociétés savantes

Société française de télé médecine (SFT)

Représentants des éditeurs d'informatique médicale

Fédération des Editeurs d'Informatique Médicale et Paramédicale Ambulatoire (FEIMA)

► Autres personnes consultés dans le cadre de ce projet et ayant répondu

Mme Isabelle BONGIOVANNI, cheffe de projet, Haute autorité de Santé

Mme Julie CHABBROUX, chargée de mission e-santé, Ministère des solidarités et de la Santé.

Dr Vincent MOUNIC, conseiller du chef de service du service Evaluation de la pertinence des soins et Amélioration des Pratiques et des Parcours (SA3P)

Fiche descriptive

Intitulé	TITRE
Méthode de travail	La méthode de travail était la suivante : <ol style="list-style-type: none"> 1. recherche et analyse de la littérature scientifique 2. recueil de la position du groupe de travail 3. relecture par le groupe de lecture 4. concertation des parties prenantes
Objectifs	Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
Patients ou usagers concernés	Patients pris en charge par téléconsultation ou téléexpertise
Professionnels concernés	Professionnels de santé impliqués dans la réalisation des actes de téléconsultation ou téléexpertise
Demandeur	Ministre des solidarités et de la santé
Promoteur	HAS, service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et parcours (SA3P)
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Vanessa Hernando et Isabelle Rullon (cheffes de projet) Secrétariat assuré par Chantal Hottin Relecture orthographique et typographique assurée par Sophie Duthu
Recherche documentaire	Réalisée par Marie Georget (documentaliste), assistée de Maud Lefèvre (assistante documentaliste)
Auteurs des documents	Vanessa Hernando et Isabelle Rullon (cheffes de projet), sous la responsabilité Marc Fumey (adjoint au chef de service)
Participants	Cf. liste des participants
Conflits d'intérêts	Gestions des liens d'intérêt conformément aux règles déontologiques de la HAS
Validation	Mai 2019
Actualisation	/
Autres formats	/
Documents d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none"> – Guide HAS « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise » comprenant des recommandations génériques (accompagné d'un document court) et un outil d'évaluation des pratiques – Guide HAS « Qualité et sécurité des actes de télémagerie » comprenant des recommandations (accompagné d'un document court) – Document d'information sur la téléconsultation et la téléexpertise destiné au patient (2 versions)



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr