

PROGRAMME REGIONAL

DE TELEMEDECINE

2012-2016

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION.....	5
1.1	ENJEUX ET OBJECTIFS DU DEPLOIEMENT DE LA TELEMEDECINE	5
1.2	LES FINALITES DU PROGRAMME REGIONAL DE TELEMEDECINE (PRT).....	6
1.3	LA DEMARCHE D'ELABORATION DU PROGRAMME REGIONAL DE TELEMEDECINE.....	7
2	LES CINQ PRIORITES NATIONALES DE DEPLOIEMENT	11
3	SYNTHESE DES PRIORITES REGIONALES RETENUES	12
4	ETAT DES LIEUX DES ACTIVITES DE TELEMEDECINE DANS LA REGION.....	13
4.1	GOUVERNANCE DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS DE TELEMEDECINE	13
4.2	CARTOGRAPHIE DES PROJETS EXISTANTS.....	14
4.3	CARTOGRAPHIE DES INFRASTRUCTURES EXISTANTES.....	14
5	RECENSEMENT DES BESOINS D'ACTIVITES DE TELEMEDECINE DE LA REGION.....	15
6	PRESENTATION DES PROJETS DE TELEMEDECINE AFFERENTS A CHAQUE PRIORITE	17
6.1	MISE EN CONFORMITE DES ACTIVITES EXISTANTES AVEC LES DISPOSITIONS DU DECRET DE TELEMEDECINE.....	17
6.2	PRIORITE 1 : TELECONSULTATIONS DE PROXIMITE.....	17
6.3	PRIORITE 2 : ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN RADIOLOGIQUE.....	18
6.4	PRIORITE 3 : TELECONSULTATION DE CARDIOLOGIE	19
6.5	PRIORITE 4 : DEVELOPPEMENT DE LA TELENEUROLOGIE	19
6.6	PRIORITE 5 : EXPERIMENTATION DE LA TELE ECHOGRAPHIE ROBOTISEE.....	20
6.7	PRIORITE 6 : DEVELOPPEMENT DE LA TELEDIALYSE	21
6.8	PRIORITE 7 : TELESURVEILLANCE DES PATIENTS SOUFFRANT D'INSUFFISANCE CARDIAQUE.....	21
7	ACCOMPAGNEMENT ET EVALUATION DES PROJETS	22
7.1	ACCOMPAGNEMENT ET SUIVI REGIONAL DES PROJETS	22
7.2	ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS ET CONDUITE DU CHANGEMENT	23
7.3	MODALITES D'EVALUATION DES PROJETS	23
8	ANNEXES	26
9	GLOSSAIRE	29

1 Introduction

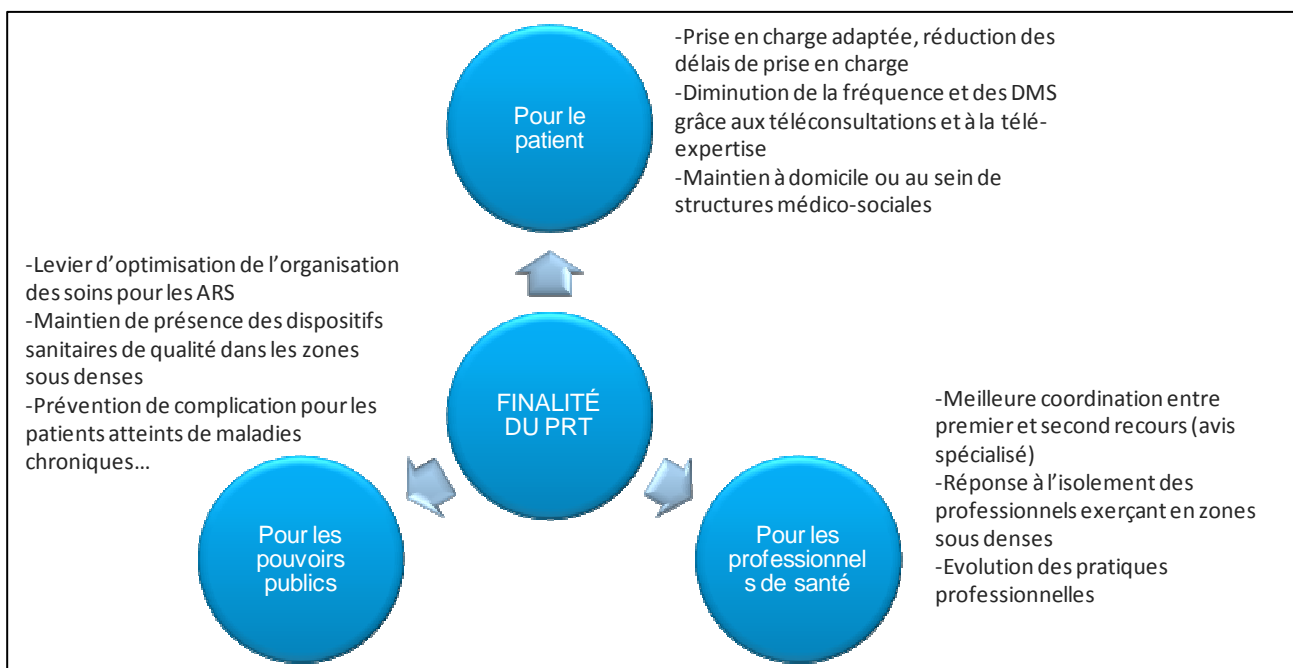
1.1 Enjeux et objectifs du déploiement de la télémédecine¹

Le déploiement de la télémédecine constitue un **facteur clé d'amélioration de la performance de notre système de santé**. Son usage dans les territoires constitue en effet une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies), démographiques (inégale répartition des professionnels sur le territoire national et régional) et économiques (contrainte budgétaire) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui.

Objectifs attendus du développement des usages de la télémédecine :

- améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires, notamment dans les zones enclavées ou sous-denses en matière de professionnels de santé,
- améliorer la **coordination** entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux,
- améliorer le **parcours de soins** des patients.

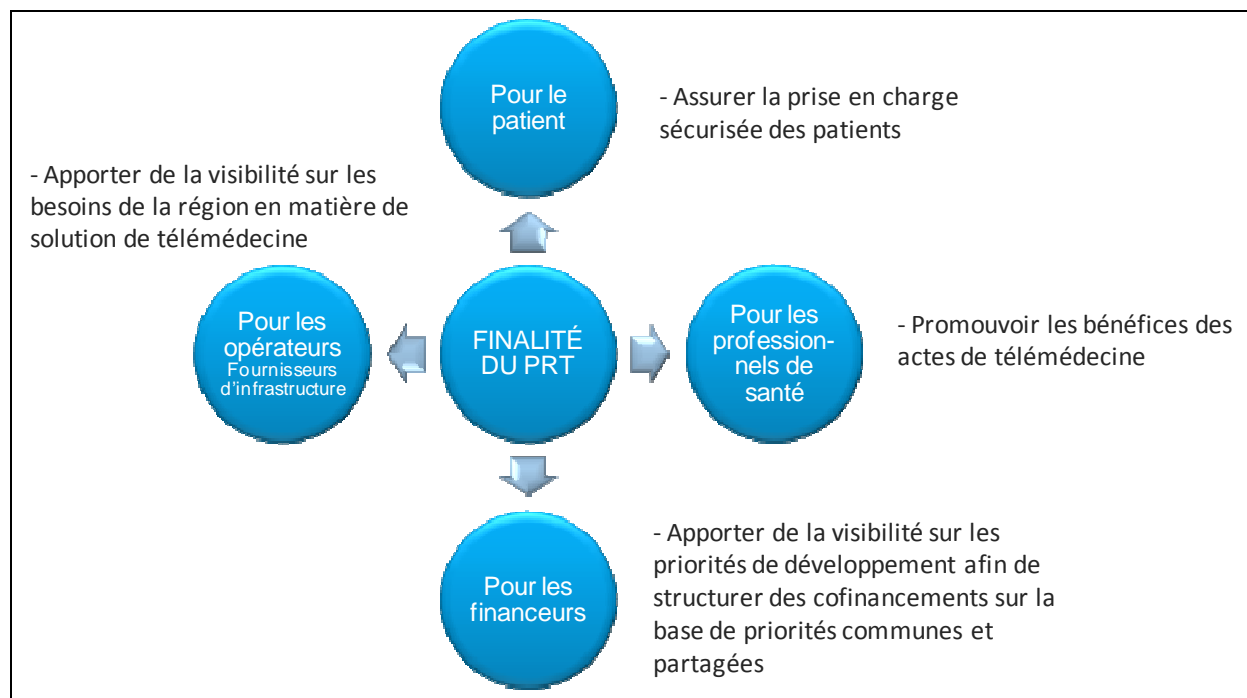
Les **bénéfices attendus** de la télémédecine par les différents acteurs concernés sont :



¹ DGOS : Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine

1.2 Les finalités du Programme régional de télémédecine (PRT)

Le Programme régional de télémédecine (PRT), constitue l'un des **programmes spécifiques** composant le Projet régional de santé. A ce titre, il a pour objectif de décliner les modalités spécifiques d'application des schémas. Ainsi, selon le décret du 18 mai 2010, le PRT définit les orientations souhaitables du développement de la télémédecine dans les territoires, au service des axes retenus dans les schémas d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et de prévention.



Plus précisément et conformément à l'article R1434-7 du Code de la santé publique (CSP), le PRT définit :

- les actions et les financements permettant la mise en œuvre du PRS,
- les résultats attendus de ces actions,
- les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation,
- le calendrier de mise en œuvre des actions prévues,
- et les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions.

Ce même article précise par ailleurs que si les éléments du Projet régional de santé, dont le PRT, peuvent être arrêtés séparément, pour autant ceux-ci doivent l'être selon une procédure identique, c'est à dire :

- arrêtés par le Directeur général de l'Agence régionale de santé après avis du préfet de région, du Conseil régional, des Conseils généraux, des Conseils municipaux, ainsi que de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie,
- rendus publics,
- et révisables à tout moment par arrêté du Directeur général de l'Agence régionale de santé, en suivant la même procédure.

Ainsi arrêté pour une durée maximale de **cinq ans**, le PRT pourra être révisé en tant que de besoin afin de prendre en compte le caractère émergent et rapidement évolutif de la télémédecine. En outre,

ce programme doit être ajustable et adaptable en fonction du déploiement et des apports du plan national de déploiement de la télémédecine.

1.3 La démarche d'élaboration du programme régional de télémédecine

Le programme régional de télémédecine de la région Centre a fait, depuis la fin de l'année 2010 et tout au long de l'année 2011, l'objet d'un travail d'analyse s'appuyant notamment :

- sur une partie du travail mené dans le cadre du projet Emergence²,
- sur les travaux préparatoires au PRS.

Un moment singulier d'échange est également intervenu au cours du forum relatif à la médecine de proximité organisé par l'ARS du Centre le 9 juin 2011 à Orléans.

Un travail de réflexion particulier a été mené avec les professionnels de santé des Unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) qui se sont réunis à plusieurs reprises à l'initiative de l'ARS autour des questions de dossier médical informatisé unique et de besoins de télémédecine en milieu carcéral.

La permanence des soins en radiologie a également fait l'objet d'une démarche structurée, initiée par la délégation territoriale de l'Eure-et-Loir, fin 2010, et généralisée à l'ensemble de la région.

Enfin, le projet du réseau « Arpèges » à mi parcours de sa période de financement par le Fonds d'interventions pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) fait l'objet d'une évaluation externe.

Les paragraphes ci-après retracent et synthétisent les apports de ces différentes démarches.

1.3.1 Les enseignements du précédent Schéma régional d'organisation des soins (SROS)

Le SROS III couvrant la période 2006-2011 comportait un volet de développement de la télémédecine.

Sa mise en œuvre a conduit à des expérimentations réussies de télémédecine :

- le développement d'un réseau de transfert d'images neurochirurgicales,
- la réalisation de réunions de concertations pluridisciplinaires en visioconférence organisées par les réseaux « Périnatal » et « Oncocentre »,
- le développement de technologies de réalisation des échographies à distance,
- le réseau de télé-expertise ARPEGES TELEMED,
- l'interprétation des images en télé-radiologie.

Ces expérimentations, riches d'enseignements, sont l'œuvre d'un promoteur individuel et de ce fait ont un développement limité. Il est temps dans notre région de réunir les conditions d'une globalisation dans une démarche prenant en compte les territoires de santé, et transversale aux divers modes d'exercices professionnels.

Exemple du morcèlement actuel des projets, plusieurs Centres hospitaliers (CH) confrontés à l'absence ou l'insuffisance numérique de radiologues pour assurer la permanence du fonctionnement de leur service d'imagerie (scanner), indispensable au fonctionnement du service des urgences, ont eu recours à un appel d'offres public et recruté des prestataires de télé imagerie.

Ces réalisations démontrent s'il en était besoin :

- que l'existence d'une demande trouve sa réponse par voie d'appel d'offres,
- que les réponses proposées ne sont pas incompatibles avec la valorisation des compétences existantes dans la région.

Les centres hospitaliers qui ont résolu ainsi leur difficulté, ont dû le faire isolément faute d'un cadre régional sur lequel ils auraient pu s'appuyer. L'absence de mutualisation qui en découle logiquement a

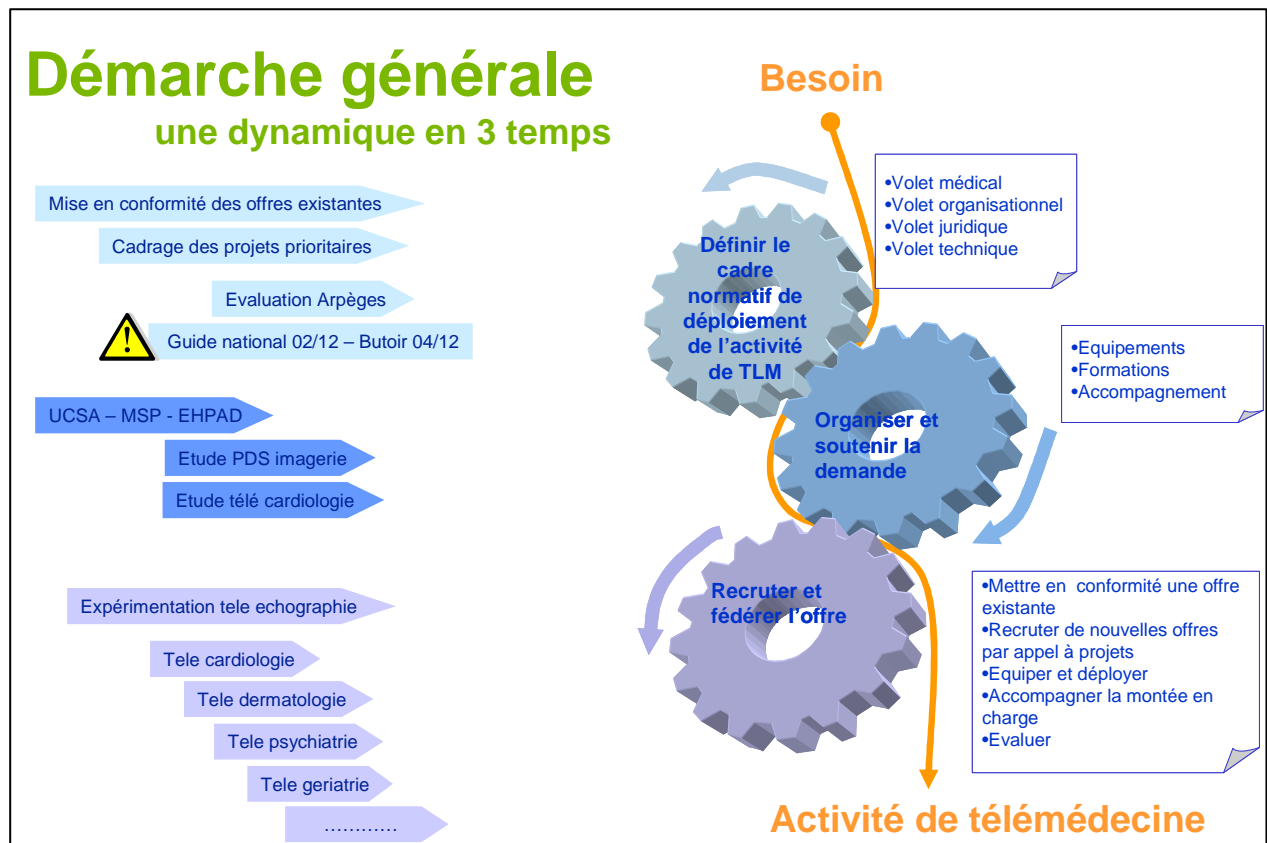
² Etude menée en 2011 en région Centre portant sur les évolutions des systèmes d'information de santé

pour conséquence des conditions économiques moins favorables, une disparité des solutions techniques mises en œuvre et une relative fragilité de chaque site.

La disponibilité d'une organisation mutualisée, régulée au plan régional, permettra de proposer aux sites des réponses beaucoup plus flexibles, permettant de résoudre un problème passager par exemple.

1.3.2 La contribution du projet Emergence

L'appel à projet EMERGENCE lancé fin 2009 par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) a permis de faire avancer la réflexion régionale pour un déploiement structuré des activités de la télémédecine en région. Ce travail distingue trois temps nécessaires au développement de la télémédecine :



Temps 1 : définition du cadre normatif du développement de l'activité de télémédecine

Ce cadre normatif définit les pré-requis, l'ensemble des règles ou caractéristiques communes à respecter afin de mettre en œuvre l'activité :

- un volet **médical**, qui détermine le choix de la prise en charge (pathologie, population concernée) et définit les protocoles médicaux à suivre,
- un volet **organisationnel**, qui traduit la préoccupation médicale et donne corps au projet, notamment en termes d'objectifs, de ressources et de coordination des moyens,
- un volet **contractualisation** car la mise en œuvre de la télémédecine nécessite l'établissement de conventions d'exercice entre acteurs, décrivant le cadre médico-légal des actes de télémédecine sur la base duquel les acteurs concernés contractent avec l'ARS,
- un volet **technique** qui concerne l'outillage nécessaire à la télémédecine (réseau, infrastructure de télémédecine, accès aux données du patient...).

Temps 2 : déploiement des sites de télémédecine demandeurs

L'entité pour laquelle le besoin de télémédecine a été identifié, n'est pas toujours prête à exprimer ce besoin et à le traduire en une demande concrète de prestation. Il sera donc nécessaire de réunir les conditions techniques, organisationnelles et humaines permettant à cette demande de s'exprimer.

Temps 3 : recrutement de l'offre et déploiement

En confortant une offre existante quand c'est possible ou en recrutant une nouvelle offre par appel à projet / appel d'offres, il s'agit de mettre en correspondance de la demande une offre adaptée à la fois en qualité et quantité. Le déploiement subséquent adoptera les formes adaptées au contexte (déploiement en big bang, séquentiel, en taches d'huile ...).

L'évaluation qui accompagne l'ensemble du processus doit permettre, en accompagnant la montée en charge, de générer un retour d'expérience permettant d'orienter les cycles suivants.

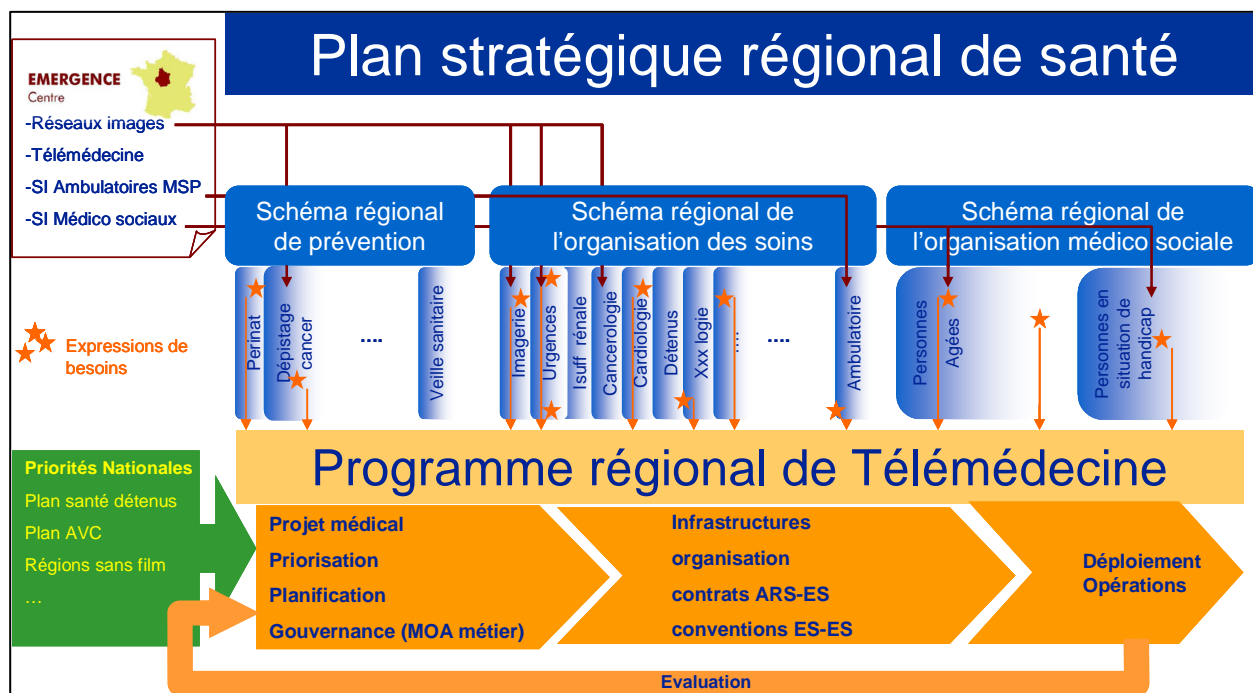
Cette approche générale se décline à la fois globalement et pour chaque activité de télémédecine, voire pour chaque site concerné. Son caractère itératif permet de tenir compte des retours d'expérience avant de lancer un nouveau cycle de développement.

La démarche doit être déclinée dans les champs d'application et selon une priorisation dictée par les besoins exprimés dans le PRS, dans le plan national de déploiement de la télémédecine et les divers plans nationaux ou régionaux de santé publique.

1.3.3 Une démarche intégrée aux travaux préparatoires du PRS.

Le Plan stratégique régional de santé (PSRS), première étape de la démarche d'élaboration du PRS, a défini une stratégie d'action transversale dont l'un des axes porte sur le développement de la performance du système de santé. Ici, ont été positionnés les systèmes d'information en santé, dont la télémédecine, comme axe de développement à privilégier.

La rédaction du PSRS et des schémas du PRS a été réalisée par l'ARS avec la contribution d'un grand nombre de groupes de travail, auxquels a été systématiquement demandée une expression des besoins en matière de télémédecine dans leurs domaines respectifs. Ces expressions de besoin sont reprises et complétées pour la construction de ce programme régional de télémédecine.



Dans un domaine émergent, comme celui de la télémédecine, il est naturel que cette expression de besoin ne puisse être exhaustive et figée. Elle devra être poursuivie dans le temps, suivre les révisions des différents schémas, en respectant leur rythme propre.

La priorisation qui en découle (et découlera) devra en outre tenir compte des plans nationaux et des capacités de mise en œuvre de la région (moyens financiers, humains, maturité technique, disponibilité des acteurs...). Sur ce plan, les préconisations du guide méthodologique national seront mises en œuvre.³

³ *Guide méthodologique national : étape 4 détermination des priorités du PRT p 18*

2 Les cinq priorités nationales de déploiement

Le comité de pilotage national du plan national de déploiement de la télémédecine a arrêté cinq domaines prioritaires en fonction de la maturité des technologies et des réalisations et de l'enjeu que représente le domaine traité :

- **1 : l'imagerie au service de la permanence des soins**, pour répondre à des contraintes de plus en plus fortes en termes de ressources humaines, d'hyperspécialisation et de rapidité diagnostique,
- **2 : la prise en charge des Accidents vasculaires cérébraux (AVC)**, qui, dans le cadre du plan national AVC, doit permettre de mieux répondre aux besoins des 150 000 personnes concernées chaque année,
- **3 : la prise en charge sanitaire des détenus**, projet qui permettra de modéliser à l'échelle nationale un réseau de télémédecine, tout en apportant une réponse prioritaire au problème de démographie médicale et de qualité des soins dans l'univers carcéral,
- **4 : la prise en charge des maladies chroniques**, en facilitant la coordination des soins entre spécialités,
- **5 : l'organisation des soins dans les structures médico-sociales ou en Hospitalisation à domicile (HAD)**, en créant des passerelles entre structures médicales et médico-sociales pour faciliter le maintien à domicile, notamment des personnes âgées.

La stratégie retenue dans la région vise à combiner approche territoriale et filières spécialisées en privilégiant les activités qui sont susceptibles de soutenir les offres de soins de proximité et en conséquence de réduire les inégalités d'accès aux soins.

Elle prend en compte dès 2012 la plupart des priorités nationales.

	Priorité	Priorités nationales	Priorité régionale (schémas)
1	Téléconsultations de proximité	3 Santé des détenus 5 EHPAD et HAD	MSP et Exercices regroupés
2	Télé imagerie pour la PDS et la continuité des soins	1 permanence des soins en radiologie	PDS en imagerie Lutte contre les inégalités territoriales
3	Téléconsultation de cardiologie	4 pathologies chroniques	Meilleure couverture des territoires isolés, résorption des inégalités d'accès aux soins
4	Télé neurologie - AVC	2- prise en charge des AVC	Articulation aigu / SSR pour les AVC
5	Expérimentation télé-échographie robotisée	1 PDS en imagerie	PDS et CTS en imagerie
6	Télé dialyse	4- pathologies chroniques	Création d'UDM
7	Suivi des insuffisants cardiaques	4- pathologies chroniques	Télésurveillance des IC après SSR

MSP : maisons de santé pluridisciplinaires

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAD: hospitalisation à domicile

PDS: permanence des soins

AVC: accidents vasculaires cérébraux

SSR: soins de suite et réadaptation

CTS: continuité des soins

UDM: unité de dialyse médicalisée

IC: insuffisants cardiaques

3 Synthèse des priorités régionales retenues

Les tensions relatives à la démographie sanitaire, qui sont particulièrement sensibles en région Centre, conduisent à soutenir prioritairement les projets au bénéfice de structures et acteurs de proximité en situation d'isolement.

Sept projets sont retenus dans un premier temps dont la liste est résumée ci-dessous. Le détail de chaque projet est indiqué dans la suite du document.

Priorité	Objectif du déploiement	Stratégie de déploiement
1. Téléconsultations de proximité	Créer les conditions d'une demande organisée Permettre l'appropriation des méthodes et activités par les acteurs de la région	1-Equipement des UCSA, de l'UHSA et des services requis dans les établissements de rattachement 2- Equipement de 5 MSP et du réseau Arpèges Telemed 3- Equipement de 33 EHPAD en lien avec les filières gériatriques labellisées
32. Service régional de télé imagerie	Service régional ouvert S2 2012 Montée en charge progressive	1-Etude de l'organisation métier, gouvernance et contractualisation 2-Recrutement d'un prestataire technologique 3- Organisation de la PDS 4- Extension à la continuité des soins
3. Téléconsultation de cardiologie	Organisation de staff de cardiologie (télé expertise) en visioconférence Réalisation de téléconsultation de cardiologie en complément des consultations avancées	1-mise en œuvre d'une expérimentation sur un territoire de cardiologie interventionnelle. 2-généralisation à d'autres territoires
4. Télé neurologie - AVC	Rééducation des victimes d'AVC, amélioration des transferts entre unités aiguës et SSR	1-liaison MCO-SSR sur un site pilote 2-généralisation à 5 autres centres SSR
5 Echographie robotisée	Expérimentation de la télé échographie robotisée	Expérimentation entre le CHRU et un CH de proximité.
6. Télé dialyse	Equipement des UDM	
7. Suivi des insuffisants cardiaques	Télésurveillance au bénéfice de personnes insuffisantes cardiaques	Mise en œuvre d'équipes et de dispositifs techniques de télésurveillance dans un centre SSR cardiologique Extension à l'ensemble de la région

UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires

UHSA : unité hospitalière spécialement aménagée

MCO : médecine chirurgie obstétrique

4 Etat des lieux des activités de télémédecine dans la région

4.1 Gouvernance de la mise en œuvre des projets de télémédecine

Les activités de télémédecine actuellement opérationnelles en région Centre l'ont été grâce à l'implication de promoteurs spécifiques mobilisant leur réseau, leur spécialité et bien évidemment leur énergie.

Dans d'autres cas, ce sont les directions d'établissements hospitaliers qui, confrontées à une nécessité qu'elles ne pouvaient pas satisfaire avec leurs ressources internes ou locales, ont lancé un appel d'offres, recruté un prestataire externe et eu recours à la télémédecine (cas des sites recourant à la télé radiologie).

Ce mode de développement a généré des organisations et des systèmes cloisonnés et non interopérables.

Le cloisonnement des modes de financement et la diversité des autorités de tutelle (avant la création des Agences régionales de santé) ont historiquement participé à la création de cette situation. Loin d'être entièrement négatives, ces expérimentations ont ouvert le chemin et prouvé l'intérêt de la télémédecine.

Il est donc nécessaire, en s'appuyant sur les acquis des réalisations actuelles, d'assurer la transition de ce mode expérimental vers une organisation permettant un déploiement plus global, assurant le déploiement transversal des activités de télémédecine en réponse aux besoins de santé de la population et quels que soient les statuts (privés, publics..) et les modes d'exercice (salarié, libéral) des professionnels de santé impliqués. La disponibilité d'une organisation mutualisée, régulée au plan régional permettrait de proposer aux sites des réponses beaucoup plus flexibles, pour résoudre un problème passager par exemple.

Cette réflexion sur les modes de gouvernance ne doit en aucun cas se limiter à la seule mutualisation des moyens techniques qui ne doit ni remplacer ni même précéder la mise en place d'une organisation métier.

Pour la mise en œuvre des moyens techniques mutualisés, le projet Emergence a permis de définir une maîtrise d'ouvrage des projets de système d'information qui se met en place à partir de la fin de l'année 2011. Celle-ci est décrite et appliquée dans le Plan régional d'action pour le développement des systèmes d'information de santé (PRADSI), cette description n'est pas reprise ici.

Une maîtrise d'ouvrage métier doit être constituée, son organisation est décrite au chapitre sept du présent document.

4.2 Cartographie des projets existants

Plusieurs expérimentations réussies de télémédecine existent en région Centre. A ce titre on peut citer en exemple :

- Le développement d'un réseau de transfert d'images pour la prise en charge en urgences des accidents vasculaires cérébraux autour du service de neurochirurgie du CHRU de Tours.
- La réalisation de réunions de concertations pluridisciplinaires en visioconférence organisées par les réseaux Perinat et Oncocentre : cette infrastructure forte de 40 points de visioconférence, est constituée en deux vagues pour répondre aux besoins des deux réseaux. Raccordés en RNIS, ces matériels sont, pour certains d'entre eux, obsolètes. Un groupe de travail a été constitué pour identifier les divers besoins de remplacement et d'extension de cette infrastructure.
- Le développement de technologies de réalisation des échographies à distance sous l'impulsion des spécialistes du service d'exploration fonctionnelle par les méthodes physiques du CHRU de Tours.
- Le réseau de télé expertise ARPEGES-TELEMED autour de la clinique du Manoir en Berry : il s'agit d'un réseau multi spécialités dont l'objet est de faciliter la mise en relation des généralistes et des spécialistes dans un territoire rural (le Berry sud).
- L'interprétation des images en télé-radiologie au Centre hospitalier (CH) de Saint Amand Montrond, au CH de Pithiviers, au CH Jacques Cœur de Bourges, au CH de Vierzon, au CH de Vendôme.

Une cartographie de ces projets selon le format souhaité par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) est constituée. Cette liste est appelée à être régulièrement mise à jour en lien avec l'outil de cartographie national.

4.3 Cartographie des infrastructures existantes

La région Centre ne dispose pas de réseau régional dédié aux acteurs de la santé. Les infrastructures réseau sont le plus souvent départementales avec une grande hétérogénéité des équipements et services selon les départements.

Un réseau d'initiative régionale dont la maîtrise d'ouvrage est confiée au Groupement d'intérêt public (GIP RECIA), permet l'interconnexion des établissements d'enseignement supérieur et de recherche de la région. Récemment, le GIP RECIA a fait évoluer ses statuts pour permettre d'étendre ses activités en direction d'autres entités dont les Conseils généraux et les acteurs de santé.

Le Groupement de coopération sanitaire (GCS) Télésanté Centre est en passe de devenir adhérent du GIP RECIA et le GIP RECIA adhérent du GCS télésanté Centre permettant de donner progressivement aux acteurs de santé l'accès aux ressources de ce réseau.

Sur le plan des équipements, le réseau d'avis neurochirurgicaux s'appuie sur des routeurs qui permettent des transmissions d'images entre les sites du CHRU de Tours, des centres hospitaliers de Châteauroux, Jacques Cœur de Bourges, de Blois et de Chartres. Une extension est en cours sur le site du CHR d'Orléans.

Les équipements de visioconférence utilisés principalement par le réseau Perinat et le réseau Oncocentre sont devenus obsolètes et doivent faire l'objet en 2012 d'un renouvellement et d'une extension.

Les sites hospitaliers qui ont recours à la télé-imagerie, pour assurer l'interprétation des examens qu'ils réalisent, ont contracté avec des sociétés privées qui mettent en oeuvre la plateforme d'interconnexion adaptée.

5 Recensement des besoins d'activités de télémédecine de la région

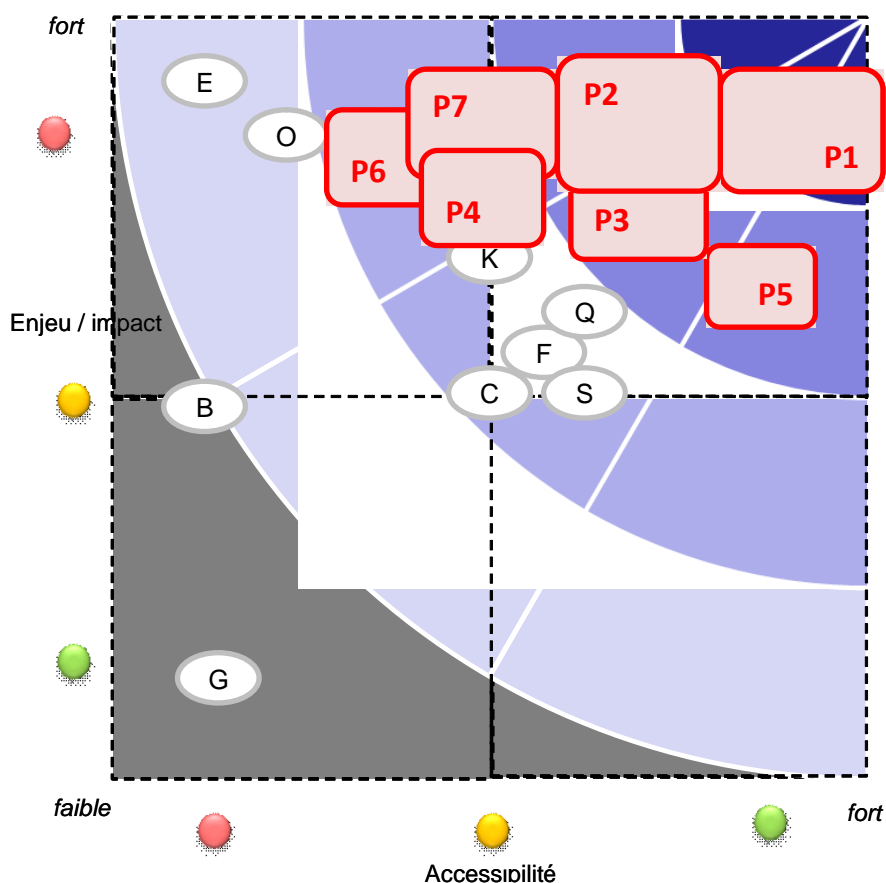
Comme indiqué précédemment, lors de l'élaboration des schémas du PRS, de nombreux groupes de travail thématiques ont été réunis et ont systématiquement recensé les besoins de développement d'activités de télémédecine dans leur domaine.

L'analyse des différents schémas a permis de recenser l'expression des besoins de développement d'activités de télémédecine listés ci-dessous. Il est notable que cette expression de besoin à l'instant T ne peut être considérée comme exhaustive et définitive. Elle doit plutôt constituer le point de départ d'un recensement continu des besoins qui alimentera la révision périodique de ce programme de télémédecine.

Plusieurs besoins exprimés peuvent correspondre à des solutions proches ou identiques, la liste des projets retenus peut réaliser en conséquence des regroupements.

La méthode proposée dans le guide méthodologique national est appliquée pour prioriser les activités de télémédecine.

Cette méthode repose sur l'évaluation de projets selon deux axes : enjeu et accessibilité



	Besoins de santé prioritaires issus des schémas	Articulation avec les priorités nationales de déploiement	Nature de la réponse de télé-médecine	Niveau de priorité	Enjeu	Accessibilité	Justification du niveau de priorité
A	Développer les consultations avancées dans les structures de proximité et exercices groupés		Téléconsultation	Haut (P1)	Fort	Accessible	Besoin régional très fort Cohérence avec les politiques régionales d'aménagement du territoire Financement disponible
B	Développer des téléconsultations de pédiatrie dans les hôpitaux de proximité des zones dépourvues de pédiatres		Téléconsultation	Moyen	Moyen	Difficilement accessible	L'organisation des pédiatres reste à trouver
C	Développer des téléconsultations pré et post chirurgicales dans les ES de proximité		Téléconsultation Télé expertise	Moyen	Moyen	Moyennement accessible	L'offre doit être constituée
D	Expérimenter la télé-échographie robotisée	PDS en imagerie (1)	Téléassistance	Haut (P5)	Moyen	Accessible	Expérimentation financée
E	Maintien de la possibilité d'avis spécialisés en urgence dans les sites mal desservis		Télé expertise		Fort	Difficilement accessible	Projet médical défini Financements à trouver
F	Télé-médecine en HAD	EHPAD/HAD (5)	Téléconsultation Télé-surveillance	Moyen	Moyen	Moyennement accessible	Organisation à déterminer
G	Transmission de séquences vidéo pour les patients autistes		Télé-expertise		Modéré	Difficilement accessible	Promoteur identifié Financement à déterminer
H	Téléconsultations de cardiologie	Pathologies chroniques (4) EHPAD/HAD (5)	Téléconsultation	Haut (P3)	Fort	Accessible	Etude d'organisation et convention en cours Financement
I	Télé-surveillance de patients SSR IC	Pathologies chroniques (4)	Télé-surveillance	Moyen (P7)	Fort	Moyennement accessible	Promoteur identifié Candidature en cours à l'AAP ministère de la santé
J	Téledialyse en UDM	Pathologies chroniques (4)	Téléconsultation Téléassistance	Moyen (P6)	Fort	Moyennement accessible	Sites demandeurs identifiés (enquête HAS) Financement à trouver
K	Staff de néphrologie (RECOI)	Pathologies chroniques (4)	Télé-expertise	Moyen	Fort	Moyennement accessible	Financement à trouver
L	Télé imagerie	PDS en imagerie (1)	Télé expertise	Haut (P2)	Fort	Accessible	Etude d'organisation à finaliser en péralable aux développements techniques
M	télé gériatrie	EHPAD (5)	Téléconsultation	Haut(P1)	Fort	Accessible	Financement disponible pour une première tranche
N	Avis neurochirurgicaux à distance	PDS en imagerie (1) AVC (2)	télé expertise	Haut (P2)	Fort	Accessible	Réseau existant dans la région Technologie à optimiser
O	Télé AVC en urgence	AVC (2)	Téléconsultation en urgences	Moyen	Fort	Difficilement accessible	Organisation professionnelle à optimiser Financement à trouver
P	Avis neurologiques d'orientation et de suivi	AVC (2)	Téléconsultation programmées	Haut (P4)	Fort	Moyennement accessible	Financement à consolider
Q	Téléconsultation pour les détenus	Soins aux détenus (3)	téléconsultation	Haut (P1)	Fort	Accessible	Financement disponible Groupe de travail constitué Projet médical établi
R	Télé dermatologie	soins aux détenus (3) EHPAD/HAD (3)	Téléconsultation télé expertise	Haut	Moyen	Moyennement accessible	Promoteur pressenti Réponses aux besoins des détenus et pour le suivi des escarres dans les EHPAD
S	Télé ophtalmologie	Pathologies chroniques (4)	télé expertise	Moyen	Moyen	Moyennement accessible	Périmètre à identifier

6 Présentation des projets de télémédecine afférents à chaque priorité

6.1 Mise en conformité des activités existantes avec les dispositions du décret de télémédecine

Les systèmes actuels doivent être mis en conformité avec les dispositions du décret de télémédecine. Les conventions existantes devront être éventuellement révisées en fonction des directives du guide méthodologique et des modèles de contrats et de convention proposés⁴.

6.2 Priorité 1 : Téléconsultations de proximité

6.2.1 Objectifs et indicateurs de suivi

Le développement des activités de télémédecine à une échelle régionale nécessite une implication forte et une mobilisation des acteurs de santé qui ne peut se concrétiser sans que ceux-ci puissent s'approprier les dispositifs et leurs conditions de mise en œuvre. Il est donc indispensable de réaliser une phase initiale de déploiement dont l'objectif principal n'est pas d'expérimenter telle ou telle technologie, ou encore tel ou tel acte spécialisé, mais de roder les conditions organisationnelles du déploiement.

Ce projet doit être l'occasion de préfigurer pendant une période de un ou deux ans, les modalités de gouvernance des activités. C'est également le terrain de mise au point du processus de contractualisation entre l'ARS et les acteurs de soins et du conventionnement entre ces derniers.

Pour atteindre son objectif, cette opération doit être réalisée à une échelle suffisamment significative pour que les questions de standardisation des équipements et des pratiques puissent être éprouvées, tout en restant maitrisables. Elle doit également s'adresser à des terrains d'exercices diversifiés. C'est la raison pour laquelle ont été retenues trois cibles :

- les structures sanitaires des centres de détention,
- les structures d'exercice regroupé de premier recours,
- les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) en lien avec les filières gériatriques labellisées.

Le principe de ce projet repose sur la fourniture d'un équipement standardisé à chacune de ces structures pour les mettre en situation d'être demandeuses de prestations de télémédecine, particulièrement de téléconsultation.

Il doit être accompagné d'une prestation d'installation et de formation des personnels concernés et de conduite du changement.

Ce projet de télémédecine entre dans le champ de deux priorités nationales : santé des détenus et EHPAD/HAD.

Il traite également une priorité régionale du schéma ambulatoire : le soutien des exercices regroupés pour faire face à la désertification de l'offre de santé de premier et second recours dans certaines zones rurales de notre région.

Objectifs	Description	Indicateurs associés
Equiper les UCSA	Améliorer l'accès aux avis spécialisés pour les personnes détenues Eviter le recours aux extractions sanitaires	Nombre de téléconsultations réalisées Nombre d'extractions sanitaires pour consultation
Equiper les MSP	Eviter les déplacements de patients Améliorer l'accès aux avis spécialisés	Nombre de téléconsultations réalisées
Equiper les EHPAD	Eviter les déplacements de patients pour consultation	Nombre de téléconsultations réalisées

⁴ <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir-34897.pdf>

6.2.2 Modalités de mise en œuvre des projets

Le financement de l'investissement est assuré par une subvention des services concernés. Les coûts de fonctionnement sont pris en charge par les structures bénéficiaires.

Le périmètre initial du projet couvre :

- la totalité des UCSA et UHSA de la région (neuf sites) et les services requis dans les hôpitaux de rattachement,
- cinq maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et le réseau Arpèges Telemed,
- 33 EHPAD et six têtes de filière gériatrique.

Pour chacun des trois domaines, une maîtrise d'ouvrage métier doit être identifiée qui coordonne la réalisation des prestations et veille à la mise au point des conventions entre acteurs.

Les crédits d'investissement pour l'acquisition du matériel sont alloués à chaque établissement concerné avec lequel l'ARS contractualise. Les crédits correspondant aux frais d'installation, de formation ou de gestion du projet sont alloués à une entité unique par domaine qui assurera le portage financier du projet.

L'ARS est impliquée dans le suivi du projet pour assurer la coordination entre les trois domaines d'application. Elle organise un comité de coordination commun aux trois domaines et réunissant des membres des comités de pilotage de chacun des domaines.

6.3 Priorité 2 : Organisation de la permanence des soins en radiologie

6.3.1 Objectifs d'amélioration et indicateurs de suivi

La diminution du nombre de radiologues (non remplacement de départs à la retraite) met en difficulté de nombreux secteurs de la région pour assurer la permanence des soins en radiologie. Ce point a fait l'objet d'un travail conséquent d'analyse des besoins dans le cadre de l'élaboration du PRS et de l'organisation de la permanence des soins en région.

D'autres disciplines pourront être impliquées dès le départ comme par exemple les neurochirurgiens qui sont déjà utilisateurs d'un système de transfert d'images et d'interprétation en urgence. Les dispositifs technologiques actuellement utilisés devront être harmonisés. Ce projet est identifié dans le PRADSI.

Objectifs	Description	Indicateurs associés
Permettre les interprétations des examens d'imagerie à distance	Organiser la permanence des soins en radiologie	Nombre d'actes de télé radiologie aux heures de la PDS Nombre d'actes de télé radiologie réalisés en dehors des horaires de la PDS

6.3.2 Modalités de mise en œuvre des projets

Une structure de maîtrise d'ouvrage métier doit être trouvée pour permettre de répondre aux besoins organisationnels et organiser la coopération entre professionnels. Pour ce faire, une étude est nécessaire⁵. Ce travail doit déterminer la nature juridique de la structure de collaboration la mieux adaptée, les modalités de collaboration entre professionnels publics et privés, les modalités de rémunération des professionnels et les financements afférents.

Les statuts de la structure juridique de coopération ainsi que les conventions entre acteurs doivent être également mis au point.

Cette étude d'organisation dégagera une expression de besoin en matière de systèmes d'information, cette expression de besoin permettra de rechercher le prestataire idoine en matière de mise en relation des professionnels et de gestion du workflow de demandes/ réponses.

⁵ Dans la mesure où cette étude n'a pas pu être réalisée comme initialement prévu par accompagnement de la DGOS

6.4 Priorité 3 : Téléconsultation de cardiologie

6.4.1 Objectifs d'amélioration et indicateurs de suivi

La répartition hétérogène des cardiologues sur le territoire de la région a pour conséquence une inégalité d'accès aux avis spécialisés et aux soins selon les populations.

Dans ce domaine comme dans d'autres, l'équipement et l'organisation des sites demandeurs conditionne la faisabilité du déploiement.

Objectifs	Description	Indicateurs associés
Organiser des revues de dossiers à distance	Réaliser en visioconférence des revues de dossiers de cardiologie. Partager les données médicales nécessaires	Nombre de visioconférences réalisées Nombre de dossiers présentés
Organiser des téléconsultations de cardiologie	En complément des consultations avancées, réaliser des téléconsultations de cardiologie	Nombre de téléconsultations réalisées

6.4.2 Modalités de mise en œuvre des projets

Un premier terrain de déploiement retenu est un secteur de cardiologie interventionnelle tel que le décrit le SROS.

Une clinique et un centre hospitalier de proximité sont les deux premiers sites concernés. Une étude préalable doit être réalisée par un cabinet de consultants externes. Cette étude bénéficie d'une subvention dans le cadre de la circulaire n°DHOS/E1 /F2/O3/2009/292 du 21 septembre 2009.

L'étude déterminera le périmètre de l'activité de télémédecine, le projet médical, l'organisation proposée, les modalités de rémunération des professionnels impliqués. Elle préparera les conventions nécessaires.

L'acquisition des équipements nécessaires à chaque site sera financée par une subvention régionale. Le cabinet d'Assistance à maîtrise d'ouvrage (AMO) chargé de l'étude initiale réalisera également une évaluation de la première année de fonctionnement.

6.5 Priorité 4 : développement de la téléneurologie

6.5.1 Objectifs d'amélioration et indicateurs de suivi

La prise en charge des patients victimes de traumatismes crânio-cérébraux nécessite une graduation de la prise en charge et une coordination des acteurs selon le degré de gravité des lésions de chaque patient. Les échanges entre professionnels sont rendus complexes (particulièrement dans le Loiret) du fait de l'éloignement géographique des structures.

Objectifs	Description	Indicateurs associés
Faciliter la prise en charge des patients ayant subi un AVC en SSR	Téléconsultations neurologiques d'orientation et de suivi Extension à d'autres centres SSR	Nombre de téléconsultations réalisées

6.5.2 Modalités de mise en œuvre des projets

Il s'agit de la mise en œuvre d'une téléconsultation entre neurologues et médecins rééducateurs permettant :

- l'examen par le médecin rééducateur du patient encore présent dans un service de Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pour prendre les bonnes décisions de prise en charge et de transfert du patient,
- dans d'autres cas de figure, l'examen du patient en centre de rééducation par le neurologue qui le suit.

La montée en charge du projet pourra être assurée par une première mise en œuvre entre deux sites (MCO neurologie et neurochirurgie et SSR) puis l'extension du dispositif dans un second temps vers les autres centres de SSR.

Le financement est disponible dès le premier trimestre 2012.

6.6 Priorité 5 : expérimentation de la télééchographie robotisée

6.6.1 Objectifs d'amélioration et indicateurs de suivi

La réalisation d'une échographie est un acte très opérateur-dépendant. Deux techniques de télé-médecine permettent de réaliser certains examens quand l'échographiste est à distance du patient :

- l'échographie téléassistée : un opérateur auprès du patient manipule la sonde sous les directives de l'échographiste, les images vidéo sont transmises en temps réel permettant la réalisation de l'examen,
- l'échographie robotisée : un robot maintenu par un bras articulé permet de placer la sonde de l'échographe et l'échographiste à distance peut ensuite piloter ce robot pour orienter la sonde et réaliser l'examen.

Dans les deux cas, le patient est accompagné d'un professionnel de santé dûment formé. Pour autant le besoin en formation n'est pas le même, l'échographie téléassistée étant la plus exigeante de ces deux techniques sur ce plan.

La validation opérationnelle de l'usage du robot permettra d'évaluer le potentiel et les limites de cette technique avant d'en envisager une diffusion plus large.

Objectifs	Description	Indicateurs associés
Expérimenter la télééchographie robotisée	Expérimentation d'un robot permettant la réalisation d'échographie à distance	Nombre d'examens réalisés

6.6.2 Modalités de mise en œuvre des projets

Projet piloté par un centre hospitalier de référence en lien avec un CH de proximité. Un financement a été attribué pour l'acquisition des matériels. Le montage du projet, les protocoles médicaux de prise en charge et les conventionnements sont en cours de réalisation fin 2011.

6.7 Priorité 6 : développement de la télédialyse

6.7.1 Objectifs d'amélioration et indicateurs de suivi

La mise en œuvre d'unités de dialyse médicalisées de proximité dont le développement est souhaité dans le SROS hospitalier se heurte à une pénurie relative de néphrologues. La possibilité d'avis néphrologiques distants qu'offre la télémédecine permettra de pallier cet inconvénient.

Objectifs	Description	Indicateurs associés
Permettre l'ouverture d'unité de dialyse médicalisée dans les centres ne disposant pas de néphrologue	Téléconsultation de néphrologue et télésurveillance des équipements	Nombre de patients suivis dans l'UDM

6.7.2 Modalités de mise en œuvre des projets

Une enquête menée par la Haute autorité de santé (HAS) a permis de recenser plusieurs sites volontaires en région Centre. Les modalités organisationnelles de mise en œuvre restent à déterminer. L'enjeu pour la région nécessite d'envisager cette étude au deuxième semestre de 2012.

6.8 Priorité 7 : télésurveillance des patients souffrant d'insuffisance cardiaque

6.8.1 Objectifs d'amélioration et indicateurs de suivi

Les patients qui souffrent d'insuffisance cardiaque et ont suivi une période de soins de rééducation après un épisode aigu (éducation thérapeutique) nécessitent quand ils retournent à leur domicile un suivi particulier et une adaptation de leur mode de vie. La surveillance régulière de paramètres, leur remontée vers un système central et leur analyse par une équipe soignante permettent de déclencher des actions correctives ou préventives ayant pour finalité d'éviter ou retarder les rechutes nécessitant des réhospitalisations.

Objectifs	Description	Indicateurs associés
Organiser un service de télésurveillance des patients suivi en SSR pour insuffisance cardiaque	Remontée régulière de paramètres et analyse en permanence par une équipe infirmière dédiée	Diminution du nombre de réhospitalisations

6.8.2 Modalités de mise en œuvre du projet

Ce projet dont la conception est en cours de finalisation doit faire l'objet de recherche de financements appropriés.

7 Accompagnement et évaluation des projets

7.1 Accompagnement et suivi régional des projets

Les ARS ont mission de suivre les projets de télémédecine pour répondre aux objectifs suivants :

- mettre en place une **gouvernance régionale du déploiement de la télémédecine** afin d'organiser la cohérence, la mutualisation et l'articulation de l'ensemble des projets, non seulement en termes d'organisation des prises en charge médicales mais également d'infrastructures techniques,
- fournir un **apport d'expertise** sur les projets avec l'appui des recommandations nationales (organisation de l'exercice de la télémédecine, contractualisation, pratiques professionnelles, systèmes d'information),
- s'assurer de la mise en œuvre et de l'avancement des actions prévues sur chaque projet, en conformité avec les priorités et le calendrier de mise en œuvre définis dans le PRT,
- identifier les freins et les difficultés liés à la mise en œuvre des projets.

7.1.1 Comité d'orientation des activités de télémédecine (entité décisionnelle)

Le caractère novateur des activités de télémédecine appelle un encadrement particulier (en tout cas pendant les premières années de montée en charge) pour veiller au choix judicieux des orientations, assurer la veille technologique et assurer la pertinence et la cohérence des activités. Ce travail comporte de multiples dimensions dont des aspects éthiques et déontologiques, des aspects économiques et un impact fort sur les pratiques professionnelles.

Un comité d'orientation sera constitué qui, par ses avis éclairés, permettra au Directeur général de l'ARS (dont c'est la responsabilité au titre du décret du 19 octobre 2010) d'autoriser et de soutenir les projets réunissant les critères adéquats et de signer en conséquence les contrats appropriés avec les acteurs de santé concernés.

La composition de ce comité est la suivante :

- le Directeur général de l'ARS (préside le comité),
- les représentants des directions de l'ARS concernées,
- un médecin représentant les activités hospitalières,
- un représentant des médecins libéraux,
- les promoteurs des projets de télémédecine de la région,
- un représentant des établissements médico-sociaux,
- un représentant des établissements hospitaliers,
- un représentant du GCS Télésanté Centre,
- un membre de l'espace éthique régional de la région Centre.

Ce comité est réuni au moins une fois par an, pour les révisions périodiques du programme régional de télémédecine. Entre deux réunions en séance plénière, il peut être sollicité pour rendre des avis sur l'opportunité de tel ou tel projet. En cas de besoin, le Directeur général de l'ARS peut le réunir plus fréquemment.

7.1.2 Comité de pilotage par projet

Chaque promoteur de projet de télémédecine organise et réunit un comité de pilotage dont la composition doit être représentative des acteurs spécifiquement concernés par le projet. L'ARS est systématiquement invitée aux réunions de ce comité de pilotage.

A l'image des actions de formation mises en œuvre dans le cadre du projet Emergence pour les maîtrises d'ouvrage des projets de systèmes d'information, des formations des promoteurs de projets pourront être organisées favorisant l'adoption d'une culture commune et l'appropriation d'outils de gestion de projet.

Les outils de suivi des projets proposés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans le cadre du suivi des projets de systèmes d'information de production de soins H2012 seront proposés aux promoteurs de projets. Une formation à l'utilisation de ces outils par les promoteurs de projets et leurs équipes pourra être mise en place.

7.1.3 Comité de coordination des promoteurs de projets

L'ARS réunit périodiquement (tous les 6 mois) un comité de coordination des promoteurs de projets de télémédecine. Ce comité qui n'a pas de responsabilité directe dans la mise en œuvre individuelle de chaque projet réalise à intervalle régulier des revues de projets permettant aux différents promoteurs de projets de partager leurs expériences et de rendre compte de l'avancement de leurs projets respectifs. Ces réunions sont également l'occasion de transmettre aux promoteurs de projets des informations d'actualité nationale ou régionale. Une participation d'un organisme externe comme l'ANAP pourrait être sollicitée.

7.2 Accompagnement des projets et conduite du changement

Activité nouvelle, la télémédecine est une pratique qui n'est pas enseignée dans les cursus universitaires et les écoles professionnelles. Les compléments de formation nécessaires portent à la fois sur les pratiques professionnelles et leurs évolutions induites par les nouvelles conditions d'exercice que créent ou favorisent les dispositifs de télémédecine et sur les dispositifs techniques eux-mêmes et leur utilisation.

La coopération entre professionnels de santé, que la télémédecine rend possible ou facilite, crée un besoin de connaissance du « métier de l'autre » pour que l'interaction entre professionnels au service d'un acte de qualité, soit efficace.

Les écoles professionnelles et la faculté de médecine seront sollicitées pour le développement de cycles de formation initiale ou de formation continue adaptés.

7.3 Modalités d'évaluation des projets

7.3.1 Création d'un observatoire régional des activités de télémédecine

Comme tout développement d'activité, un suivi pour mesurer l'atteinte des objectifs est nécessaire. Mais le caractère novateur de la télémédecine porte une exigence supplémentaire pour mesurer l'impact sur les pratiques professionnelles et permettre de capitaliser sur des bonnes pratiques.

Un observatoire régional des activités de télémédecine permettra de structurer cette activité d'évaluation. Cette structure qui pourra recevoir une mission de deux ans, sera présidée par un acteur métier reconnu, et sera en capacité de solliciter les réseaux et expertises nécessaires à leur évaluation. Le recours à des prestataires industriels, à des entités de la région (comme l'Unité régionale d'épidémiologie hospitalière), aux collègues des disciplines concernées par les activités de télémédecine et à des étudiants/thésards permettra de compléter le dispositif.

7.3.2 Méthode d'évaluation des projets⁶

L'évaluation des projets de télémédecine par l'ARS permet :

- de valider l'**impact des actions** menées,
- de s'assurer de l'**atteinte des objectifs** tels qu'ils ont été fixés dans le cadre du PRT,
- de capitaliser sur des **bonnes pratiques** et d'identifier les conditions de reproductibilité à d'autres pathologies et d'autres régions.

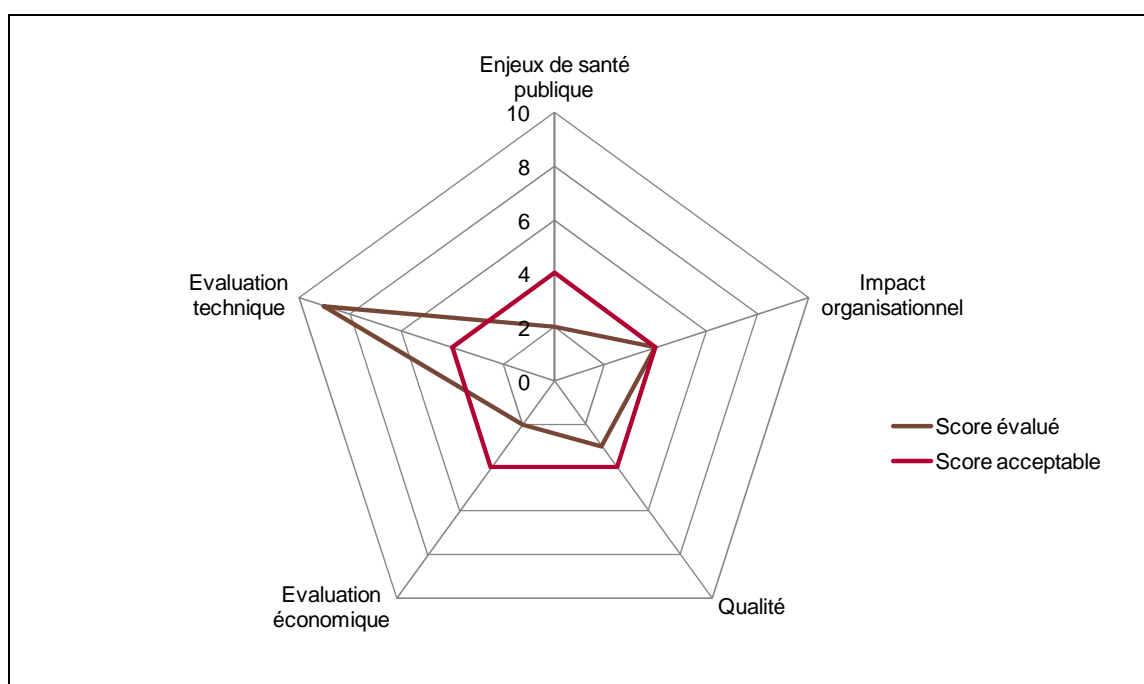
⁶ Extrait du guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine

La réalisation de l'évaluation suppose deux étapes :

- **La définition des indicateurs quantitatifs et qualitatifs** de suivi :
 - o les indicateurs doivent être déclinés en cohérence avec les objectifs associés à chaque priorité du PRT,
 - o à chaque objectif doivent être associés quatre ou cinq indicateurs, afin de faciliter la lisibilité des résultats et ne pas alourdir la charge de travail. Les indicateurs relatifs au volume d'actes et à la file active sont à privilégier,
 - o ils doivent être mesurables et leur définition doit être claire et partagée par tous les acteurs du projet.

- **La réalisation de l'évaluation et l'analyse des résultats** :
 - o avant de réaliser l'évaluation, il est nécessaire de déterminer le dispositif associé : thèmes, calendrier, évaluateur externe ou interne...
 - o plusieurs outils peuvent être utilisés pour réaliser l'évaluation : entretien individuel, entretien de groupe, enquêtes par questionnaire, étude de cas / retour d'expérience, diagramme logique d'impacts...
 - o lors de l'analyse des résultats, il convient d'identifier l'impact réel des actions liées à la télémédecine.

Est proposée une méthode d'évaluation basée sur cinq axes⁷, pour lesquels une liste d'indicateurs est pré-identifiée. Cette liste n'est pas exhaustive et doit être adaptée en fonction de chaque type de projet.



⁷ Rapport « TIC, santé, autonomie, services : évaluation de l'offre et de la demande », CGIET, N°2009/19/CGIET/SG

Axe enjeu de santé publique :

Cet axe a pour objectif de vérifier l'adéquation du programme avec une priorité de santé publique définie au niveau local ou national, l'atteinte d'une amélioration des indicateurs de santé publique qui auront été définis, et le caractère applicable en population générale.

Axe Technologie

Cet axe vise plus particulièrement le niveau de faisabilité technique du projet et de la mise en œuvre de solutions matures. Il vise également l'adaptation des réseaux informatiques aux besoins exprimés. Il vérifie par ailleurs la conformité du projet aux référentiels existants ainsi que sa reproductibilité.

Exemples d'indicateurs ou de sous axes d'analyse :

Performance des SI	- Qualité des données transmises - Vitesse de transmission	Sécurité du dispositif	- Confidentialité des données
--------------------	---	------------------------	-------------------------------

Axe Organisation

Cet axe a pour objectif de contribuer à une meilleure organisation de l'offre de soins et médico-sociale sur les territoires de santé. L'analyse portera notamment sur la fluidité du parcours du patient et les impacts sur les pratiques professionnelles (médecins libéraux, équipes hospitalières). Exemple d'indicateur ou de sous axes d'analyse :

Conditions d'exercice des PS (professionnels de santé)	- Satisfaction des PS - Sécurisation des PS isolés - Accessibilité à un second avis ou expertise	Permanence des soins	- Optimisation de l'organisation de la permanence des soins (nombre de ligne de garde et d'astreintes) - Diminution des transports
--	--	----------------------	---

Axe Qualité

Cet axe vise la perception, l'acceptabilité et le niveau de satisfaction des acteurs à l'égard de l'usage. Exemples d'indicateurs ou de sous axes d'analyse :

Qualité et service des soins	- Délai de rendez-vous - Contrainte de déplacement - Rapidité de la prise en charge
------------------------------	---

Axe Economie

Cet axe permet de définir et d'évaluer des objectifs en termes de performance, d'économie générée et de création de valeurs pour chacun des acteurs impliqués. L'impact sur les dépenses de santé et sur les dépenses d'assurance maladie devra être évalué.

8 Annexes

La **loi HPST**, puis le **décret du 19 octobre 2010**, ont conféré une véritable assise juridique à la télémédecine permettant d'impulser son déploiement sur l'ensemble du territoire.

Le décret délimite l'exercice de la télémédecine en alliant souplesse et sécurité pour encourager les initiatives locales tout en sécurisant les professionnels et les patients.

Il définit en particulier les cinq actes constitutifs de la télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre et l'organisation des activités de télémédecine sur un territoire de santé.

8.1 Rappel de la définition des actes de télémédecine

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 (article L.6316-1 du CSP).

Cinq actes de télémédecine ont été définis:

La téléconsultation :

C'est une consultation médicale à distance d'un patient. Le patient, acteur à part entière, peut dialoguer avec le médecin téléconsultant. Un professionnel de santé (un autre médecin, une infirmière, un kinésithérapeute, un manipulateur radiologue...) peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

La téléexpertise :

Cet acte permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge du patient (données cliniques, radiologiques, biologiques ...).

La télésurveillance :

Cet acte 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 un professionnel de santé ou par le patient lui-même.

La téléassistance :

Un professionnel médical assiste à distance un autre médecin ou un professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

La régulation médicale :

Il s'agit, dans le cadre d'un appel au centre 15, de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

8.2 Rappel des conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine

La télémédecine, en tant qu'activité médicale à part entière, doit respecter les **principes de droit commun de l'exercice médical et du droit des patients**, des règles de compétences et de coopérations entre professionnels de santé, du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, et des échanges informatisés de données de santé.

Des exigences supplémentaires quant à la traçabilité de l'acte de télémédecine sont demandées. Doivent ainsi être inscrits dans le dossier du patient :

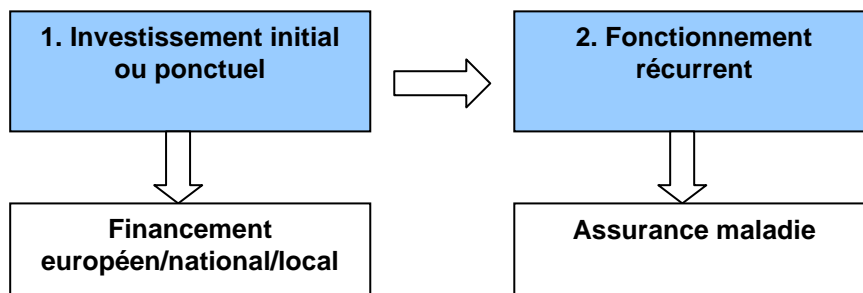
- le compte rendu de la réalisation de l'acte,
- les actes et les prescriptions médicamenteuses effectuées,
- l'identité des professionnels de santé participant à l'acte,
- la date et l'heure de l'acte,
- le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé du patient.

Le consentement express de la personne relatif à l'hébergement des données de santé prévu à l'article L.1111-8 du Code de la santé publique peut désormais être exprimé par voie électronique.

8.3 Cadre financier

Il convient de distinguer l'investissement initial lié à l'organisation de l'activité de télémédecine du financement de l'activité récurrente.



8.3.1 Financement de l'investissement initial ou ponctuel

Les investissements nécessaires au déploiement des usages de la télémédecine peuvent nécessiter de recourir à diverses sources de financement, dont celles présentées dans le tableau ci-dessous :

Origine	Fond	Objectifs
Niveau européen		
Commission européenne	FEDER (Fonds européen de développement régional)	Réduire les déséquilibres régionaux en soutenant l'innovation, la société de l'information, l'esprit d'entreprise, la protection de l'environnement et la prévention des risques
Niveau national		
DGOS	FMESPP (Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés)	Modernisation des établissements de santé
DGOS	MIG (Missions d'intérêt général)	Accompagnement des projets pour la prise en charge des dépenses non couvertes par les tarifs MCO dans les établissements de santé
DGOS	FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins)	Amélioration de l'efficacité de la politique de coordination des soins et du décloisonnement du système de santé
DATAR	Pôles d'excellence ruraux	Répondre aux besoins de la population dans le domaine des services au public en fonction des évolutions des territoires, notamment en termes d'accès aux soins
Commissariat général à l'investissement	Fonds pour la société numérique	Soutien aux technologies et services numériques innovants facilitant l'autonomie et le bien-être de la personne dans son lieu de vie

9 Glossaire

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ARS: Agence régionale de santé
AVC : Accident vasculaire cérébral
ASIP: Agence des systèmes d'information partagés de santé
CH : Centre hospitalier
CHRU : Centre hospitalier régional universitaire
CSP : Code de la santé publique
CTS : Continuité des soins
DATAR : Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMP: Dossier médical personnel
EHPAD: Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
FEDER : Fonds européen de développement régional
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GCS Groupement de coopération sanitaire
GIP : Groupement d'intérêt public
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute autorité de santé
IC : Insuffisant cardiaque
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
MIG : Mission d'intérêt général
MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
MOA Maîtrise d'ouvrage
PDS : Permanence des soins
PRADSI : Programme régional de développement des systèmes d'information de santé
PRS : Projet régional de santé
PRT : Programme régional de télémédecine
PS : Professionnels de santé
PSRS : Plan stratégique régional de santé
RNIS : Réseau numérique à intégration de services
SDSI : Schéma directeur du système d'information
SI : Système d'information
SIPS : Systèmes d'Information partagés de santé
SROS : Schéma régional d'organisation des soins
SSR : Soins de suite et de réadaptation
UCSA Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires
UDM : Unité de dialyse médicalisée
UHSA Unité d'hospitalisation spécialement aménagée
UREH : Unité régionale d'épidémiologie hospitalière