



Programme régional de télémédecine

Projet Régional de Santé
2012•2016

responsabilité parentale
action thérapeutique
centre hospitalier
parcours
se agir
ce-maladie
santé
e public
vention
sient
tion
mission
ne âgée
onomie
respect
stratégie régionale de santé
bienveillance
projet d'établissement
isation médico-sociale
e réadaptation
engagement
rééducation
égalité
projet médical
agence
coordination
évaluation
balance
cès
contrat local de santé
consentement
libre et éclairé

handicap
projet territorial de santé
aménagement
territoires
usagers
agence
dépendance
soins
laboratoire
dignité
santé
hygiène
air

Sommaire

INTRODUCTION	4
I. ENJEUX ET ELEMENTS DE CONTEXTE	5
1. les enjeux et les objectifs de la télémédecine	5
2. Le contexte national	5
3. Le contexte régional	6
II. LE PROGRAMME REGIONAL DE TELEMEDECINE	8
1- Le cadrage juridique	8
2- La déclinaison des schémas	9
3- Les finalités	10
4- La mise en œuvre du PRT	11
III. LES AXES, LES OBJECTIFS ET LES PISTES D’ACTIONS	14
1- Mettre en œuvre les conditions favorables pour le développement de la télémédecine	14
A - Mettre en place une procédure pour autoriser les activités de télémédecine	15
B - Informer les patients et les professionnels sur les opportunités, contraintes, droits et modalités de mise en œuvre de la télémédecine en articulation avec le DMP	18
C - Communiquer sur la télésanté et la télémédecine	18
D - Mettre en place une plateforme permettant des échanges (voix, données, images), des transferts d'image et un archivage dans un environnement sécurisé pour tous les offreurs de service en santé	18
E - Favoriser la prise en compte des projets de télé médecine par l'aménagement numérique du territoire	20
2 - Développer la télémédecine au service du maillage territorial du premier et du second recours	21
A - Favoriser dans le cadre d'un programme territorial de santé (BSI prioritaire/démographie des professions de santé) un mode de fonctionnement optimisé	21
B - Accompagner l'ingénierie des projets d'informatisations des projets de télémédecine auprès des acteurs de santé	22
C - Développer avec la télémédecine l'accès aux soins de second recours	22
D - Favoriser la formation universitaire à distance	22

3 - Développer la télé médecine (télé surveillance, télé expertise) au service du maintien à domicile ou en substitut de domicile 23

- A - Utiliser la télé médecine pour favoriser l'accès aux soins y compris de second recours (avis expertal gériatrique en priorité, autres spécialités) pour les résidents des EHPAD et des structures médico-sociales 23
- B - Favoriser la mise en œuvre de la dialyse hors centre avec l'apport de la télé médecine 23
- C - Améliorer la prise en charge des personnes détenues 24
- D - Développer la télé médecine au service de l'HAD 25
- E - Développer la télé médecine au service de la surveillance des maladies chroniques 25

4 - Développer la télé médecine au service des urgences, en relation avec l'imagerie (radiologie conventionnelle, scanner, IRM) 27

- A - Optimiser par la télé médecine l'organisation régionale des urgences et de la PDSSES ainsi que des départements techniques y participant (imagerie, biologie) 27
- B - Utiliser la télé médecine pour accélérer la prise en charge pluri disciplinaire des AVC. 27

5 - Permettre un développement de l'efficience par la télé médecine 30

- A - Utiliser la télé médecine comme un outil de développement de la qualité des soins et de l'acte médical et de l'optimisation des parcours de soins 30
- B - Permettre une acquisition rationnelle des équipements au travers de groupements d'achats au plan régional 31

IV. ANNEXES 32

- A - Fiches pratiques relative aux objectifs opérationnels 32
 - maillage territorial 32
 - déploiement de la télé expertise gériatrique 36
 - mise en œuvre de la dialyse hors centre 38
 - amélioration de la prise en charge des personnes détenues 41
 - télé médecine et prise en charge pluridisciplinaire des AVC 44
 - permanence des soins en imagerie 50
 - amélioration de la qualité et de la sécurité des soins 52
- B - Règles juridiques, déontologiques et éthiques de l'activité de télé médecine 54
- C - Données à recueillir et à échanger devant être intégrées à la construction des supports techniques à l'acte de télé médecine 62
- D - Expériences identifiées en région Auvergne 63
- E - Cartographie de l'aménagement numérique et des structures de santé 68

GLOSSAIRE 70

INTRODUCTION

En Auvergne, comme dans d'autres régions à caractère rural et montagneux, à faible densité de population, et présentant des inégalités territoriales en terme de répartition de l'offre de santé, le développement de la télémédecine peut apporter des réponses aux enjeux tels que le vieillissement de la population, et l'augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques. Dans ce contexte, la nécessité de trouver de nouvelles modalités d'organisation des soins a d'ores et déjà fait naître des initiatives et des projets de télémédecine.

Ces initiatives devaient trouver un cadre législatif et réglementaire prenant en compte tous les aspects de leur développement. La loi du 21 juillet 2009 dite loi « hôpital, patients, santé, territoires » et ses textes d'application fournissent ce cadre juridique et donnent aux agences régionales de santé la compétence pour définir la stratégie de déploiement de la télémédecine en région. Cette stratégie régionale est elle-même déterminée en prenant en compte les orientations nationales définies par les ministres de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, et mises en œuvre par l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP).

Le pilotage du dispositif, tant au plan national que régional doit prendre en compte la diversité des composantes de l'activité de télémédecine et de son déploiement sur le territoire, faisant intervenir de nombreux acteurs.

L'élaboration d'un programme régional de télémédecine, composante du projet régional de santé, déclinaison opérationnelle des schémas d'organisation, a pour ambition de réunir ces différentes composantes et de les fédérer autour de quelques actions prioritaires, répondant aux besoins de la population.



I- ENJEUX ET ELEMENTS DE CONTEXTE

1- LES ENJEUX ET LES OBJECTIFS DU DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE :

La télémédecine constituera 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, démographiques, et économiques (contrainte budgétaire) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui et précisés en Auvergne dans le diagnostic préalable au projet régional de santé.

Le projet régional de santé est construit sur la base de trois enjeux majeurs :

- Accompagner le vieillissement,
- Réduire les surmortalités spécifiques,
- Garantir l'accès aux soins

et deux priorités transversales : réduire les inégalités territoriales et poursuivre les efforts de prévention, de qualité, de sécurité et d'efficience.

La promotion de ce nouveau mode d'exercice de la médecine poursuit cinq grands objectifs indissociables :

1. Améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, notamment dans les zones enclavées, isolées ou sous-denses.
2. Impulser une meilleure coordination entre les secteurs sanitaire et médico-social.
3. Mieux articuler le premier et le second recours pour notamment offrir une meilleure lisibilité et visibilité du parcours de santé.
4. Favoriser un recours maîtrisé au système curatif en diminuant la fréquentation des urgences, le recours aux dispositifs de permanence des soins, les hospitalisations inadéquates et les transports.
5. Prendre en compte les besoins et attentes du patient, acteur à part entière de sa santé en facilitant le maintien à domicile ou en établissement médico-social, des personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques.

2- CONTEXTE NATIONAL : PRIORITES ET MISE EN ŒUVRE

Un plan national de télémédecine est en cours d'élaboration. Un guide méthodologique élaboré par la direction générale de l'offre de soins fixe quatre objectifs au développement de la télémédecine :

- Développer les usages de la télémédecine : passer d'une logique d'expérimentation à une logique de déploiement ;
- Proposer un modèle de déploiement techniquement et économiquement soutenable en termes de mise en place :
 - des pré-requis techniques au déploiement des projets ;
 - d'un dispositif de financement pérenne dès lors que le bénéfice médico-économique est avéré.
- Capitaliser et valoriser les projets existants ainsi que leurs impacts en proposant une méthode d'accompagnement et de suivi des projets ;
- Donner la visibilité à tous les acteurs concernés sur le cadre et les démarches en cours qui leur permettront de s'investir ;

et priorise cinq thèmes par ordre de maturité décroissante :

- téléimagerie en lien avec l'organisation de la permanence des soins,
- la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux,
- la santé des personnes détenues,
- la prise en charge d'une maladie chronique (parmi le diabète, l'insuffisance rénale chronique ou l'insuffisance cardiaque),
- l'accès aux soins dans les structures médico-sociales ou en hospitalisation à domicile.

La gouvernance des systèmes d'information en santé, est confiée à la délégation des systèmes d'information en santé. La maîtrise d'ouvrage est confiée à l'ASIP.

L'ASIP est chargé dans le cadre des orientations des ministères sociaux de réaliser et déployer le dossier médical personnel, de définir, promouvoir et homologuer les référentiels d'interopérabilité, les règles de sécurité et d'usage des systèmes d'information de santé et de la télésanté.

3- CONTEXTE REGIONAL :

La région Auvergne se caractérise par quatre grandes problématiques à prendre en compte pour le développement de la télémédecine :

- le vieillissement de la population,
- les difficultés d'accès au système de santé, dans certaines zones, du fait des temps d'accès et / ou la désertification médicale,
- une morbidité dominée par les phénomènes pathologiques liés à l'âge : maladies cardiovasculaires (dont accidents vasculaires cérébraux), diabète, cancers, suicides, altérations des fonctions cognitives, troubles sensoriels,
- les inégalités territoriales de santé et d'offre en santé.

A partir de ces éléments, trois axes ont été donnés pour le cadrage du programme régional de télémédecine :

- la télémédecine au service des urgences, avec l'importance de l'imagerie médicale, notamment pour la prise en charge précoce des accidents vasculaires cérébraux (AVC)
- la télémédecine venant assister les professionnels de santé selon une proximité offrant un maillage territorial pertinent et efficace : il s'agit en particulier de proposer des services à distance dont la télé-expertise mettant en lien les établissements de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles de santé et les établissements médico-sociaux,
- la télémédecine auprès du malade, avec différentes offres à domicile, notamment hospitalisation à domicile et soins à domicile, en EHPAD ou dans les ESMS handicap médicalisés (prise en charge de la douleur, soins palliatifs...).

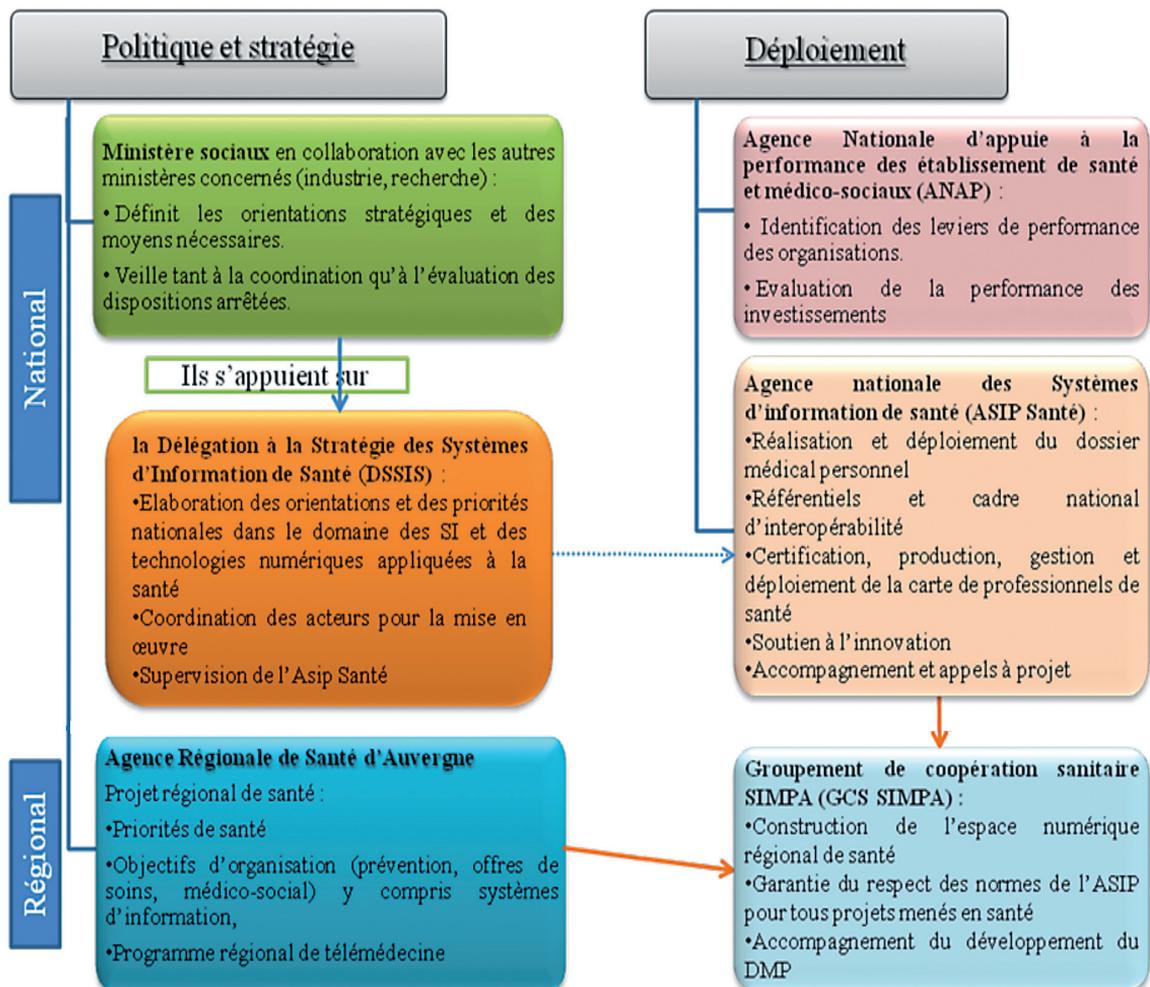
Un groupement de coopération sanitaire SIMPA assure auprès des opérateurs de santé le relai de l'ASIP et la maîtrise d'ouvrage pour l'ARS, pour le déploiement du dossier médical personnel et le développement de la télémédecine. Administrateur du futur Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), le GCS a pour mission de mutualiser et de mettre à disposition un ensemble de services dématérialisés prévu par le schéma directeur régional des systèmes d'information en santé et de veiller à la cohérence des développements locaux, au regard du programme régional de télémédecine et de l'architecture et des référentiels définis au niveau national.

Par ailleurs, des expériences de télémédecine ont déjà été identifiées en Auvergne (voir annexe D). Elles sont à des degrés de développement et d'implantation différents.

Certaines sont des réponses spécifiques à l'Auvergne : réseau régional périnatalité, expertise EEG entre un CH et un CHU.

D'autres sont en relation tout au moins partielle avec les priorités nationales et régionales : huit dans le domaine de la radiologie, trois sont relatives à la prise en charge de pathologies chroniques et deux dans l'appui aux structures médico-sociales.

La gouvernance : système d'information et télémédecine



II - LE PROGRAMME REGIONAL DE TELEMEDECINE (PRT)

1- CADRAGE JURIDIQUE : TELEMEDECINE ET PROGRAMME DE TELEMEDECINE

La télémédecine est définie par la loi du 21 juillet 2009 comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.

L'article L6316-1 précise « 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 ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ».

Le décret 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine définit les actes de télémédecine et les conditions de mise en œuvre des différentes applications, garantissant ainsi le cadre juridique et financier de cette nouvelle pratique et des actes en découlant.

L'identification des actes médicaux de télémédecine :

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 :

- 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 télé expertise, 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 ;
- 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 réalisation d'un acte de télémédecine se caractérise par l'usage, par les acteurs distants participant à l'acte, « d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication »

Les cinq types d'acte prévus au décret et déclinés dans les différents contextes de prise en charge induisent l'élaboration de dispositifs techniques spécifiques de télémédecine adaptés à la pratique médicale et supportant les fonctionnalités nécessaires à leur réalisation.

Afin d'accompagner la mise en œuvre de ces dispositifs, le plan national de déploiement de la télémédecine s'accompagne de recommandations relatives au déploiement technique (urbanisation et infrastructures)

L'inscription de toute activité de télémédecine dans les orientations du programme régional de télémédecine :

L'activité de télémédecine est réalisée dans le cadre des prescriptions du programme régional de télémédecine arrêté par le Directeur Général de l'agence régionale de santé, tel que prévu à l'article L1434-2 du code de la santé publique. L'activité de télémédecine accompagne les évolutions de l'organisation et de la gradation des soins et des prises en charge médico-sociales.

L'activité de télémedecine et son organisation font l'objet d'une formalisation :

- **avec les autorités sanitaires**
- **entre les participants à l'acte et le patient**
- **entre les professionnels et les structures participantes**

Dans un cadre arrêté soit par :

1° un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;

2° une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, tels qu'ils sont

respectivement mentionnés aux articles L. 6114-1, L. 1435-3 et L. 1435-4 du code de la santé publique et aux articles L. 313-11 et L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

3° un contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité.

2- LE PROGRAMME REGIONAL DE TELEMEDECINE (PRT) : DECLINAISON DES SCHEMAS D'ORGANISATION, ET MISE EN ŒUVRE DE PROJETS MEDICAUX

Le 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 télémedecine 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 R.1434-7 (décret du 18 mai 2010), 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..

Il s'inscrit donc dans une démarche stratégique, prospective et concertée afin de proposer un ensemble cohérent et organisé des activités de télémedecine à l'échelle territoriale.

Programme transversal, il est commun à tous les acteurs de la santé, des secteurs sanitaire et médico-social. Il fait partie des moyens attribués aux ARS pour structurer l'offre sanitaire et médico-sociale en réponse aux besoins de santé des populations et particularités des territoires de santé.

Il est préparé d'une part sur la base des priorités et des objectifs du plan national de déploiement de la télémedecine et d'autre part sur la base des priorités, des objectifs et des principes d'action identifiés dans le PRS.

Il s'attache à prendre en compte les pré-requis organisationnels, économiques, techniques, éthiques et médicaux au développement de la télémedecine.

D'autre part, il doit s'articuler avec les autres politiques publiques telles que les politiques d'aménagement du territoire, sociale, environnementale, industrielle et de recherche, d'économie numérique.

Il doit en particulier s'articuler avec la politique régionale sur les systèmes d'information, et la stratégie hôpital numérique.

Les recommandations nationales relatives au déploiement technique, support de l'acte de télémedecine,

seront intégrées au schéma directeur régional des systèmes d'information et seront prises en compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des projets de télémédecine dans le cadre du PRT :

- pilotage à l'échelle régionale du déploiement « technique » de tels dispositifs,
- positionnement des projets de mise en œuvre de dispositifs de télémédecine dans un contexte global,
- contribution du système d'information et des infrastructures à la réalisation des actes de télémédecine (principes d'urbanisation),
- conditions d'interopérabilité et de sécurité, respect des référentiels applicables,
- qualité des réseaux de communication.

Arrêté pour une durée maximale de cinq ans, il pourra être révisé en tant que de besoin afin de prendre en compte le caractère émergent et rapidement évolutif de la télémédecine.

3 – FINALITE DU PRT ET DEMARCHE D'ELABORATION

3.1 - Les bénéfices attendus

- **Pour le patient** : accès aux spécialistes sans déplacement, diminution de la fréquence des hospitalisations, maintien à domicile ou au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées

- **Pour les professionnels de santé** : facilite le recours aux avis spécialisés, apporte une réponse à l'isolement, renforce les collaborations interprofessionnelles, optimise le temps médical et paramédical

- **Pour les pouvoirs publics** :

- Pour les ARS : gestion optimisée des ressources humaines, aide aux zones sous denses
- Pour les collectivités territoriales : maintien de l'attractivité du territoire
- Pour l'assurance maladie : évite ou raccourcit les hospitalisations, prévient les complications des maladies chroniques ...

3.2 - L'élaboration à partir des travaux de groupes de travail régionaux sur chacune des priorités nationales

Ces groupes pluridisciplinaires ont permis de confirmer les priorités de développement de la télémédecine et de formaliser les objectifs du PRT sur les thématiques nationales en les précisant en fonction des enjeux régionaux du PRS

Ceci se traduit par 3 axes de développement pour la télémédecine en Auvergne

- Télémédecine au service des urgences
- Télémédecine pour un maillage territorial de premier recours pertinent et efficace
- Télémédecine au domicile (et substitut du domicile) : soins dans les structures médico-sociales, détenus, maladies chroniques.

Concernant la santé mentale qui constitue un des axes du Projet Régional de Santé sa prise en charge, en Auvergne, doit tenir compte d'une démographie de plus en plus déficitaire de psychiatres et d'une dissémination et d'un isolement des patients reflet des données géographiques et de la faible densité de la population.

Ce constat revêt une acuité particulière pour certaines populations :

En particulier, l'accès aux soins de premier recours reste souvent problématique tant pour les personnes en situation de handicap, de précarité que pour les personnes âgées, ceci pour plusieurs raisons : mobilisation difficile, moyens de transports réduits, difficulté pour donner l'alerte : la verbalisation d'une souffrance chez une personne lourdement handicapée sensorielle, psychique ou une personne démente est difficile.

L'accès aux soins psychiatriques nécessite également d'être pris en compte de façon spécifique : en effet, la psychiatrie de la personne âgée ou en situation de handicap ne peut être confondue avec celle des autres patients. De même, un malade psychiatrique vieillissant nécessite lui aussi une prise en charge particulière. Dans ce contexte, une évaluation de l'apport de la télé médecine est envisagée ; la première étape en cours consiste à apprécier l'acceptabilité de télé médecine par les acteurs locaux.

4- LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME REGIONAL DE TELEMEDECINE

Le développement de la télémédecine et son encadrement par une réglementation récente justifient de mettre en place une gouvernance régionale spécifique, avec pour finalités :

- de s'assurer de la qualité des projets : conformité à l'ensemble des pré requis et textes législatifs et réglementaires, existence d'un projet médical, règles techniques, principes déontologiques, et éthiques,
- de vérifier et accompagner la coordination des actions pour en optimiser la mise en œuvre dans le cadre du PRT et des programmes territoriaux de santé,
- de délivrer les financements en les coordonnant.

Cela suppose l'élaboration d'un cahier des charges et la détermination de critères pour recevoir, instruire et financer des projets, et une organisation pour accompagner les projets.

4.1 - Modalités d'autorisation des projets : une décision du directeur général de l'ARS

- Réponse au cahier des charges défini par le PRT
- Analyse et évaluation des différentes parties du dossier
 - par un comité technique spécialisé et indépendant des opérateurs
 - à partir d'une grille d'analyse formalisée
- Analyse de la faisabilité économique
- Décision du DG de l'ARS autorisant l'activité de télémédecine

4.2 - Accompagnement et suivi des projets

- **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).
- **un suivi de la mise en œuvre et de l'avancement des actions prévues** par chaque projet, en conformité avec les priorités et le calendrier de mise en œuvre définis dans le PRT
- **une identification des freins, des facteurs favorables et des difficultés** liés à la mise en œuvre des projets.
- **Un dispositif d'évaluation** des projets : auto évaluation et évaluation externe

Action à prévoir : une convention d'objectifs et de moyens entre l'ARS et le GCS SIMPA définira les modalités de cet accompagnement.

4.3 - Financement des projets de télémédecine : un des objectifs du PRT est d'organiser la convergence des financements pour les projets retenus.

La télémédecine fait appel à des financements de natures différentes :

Il faut distinguer le remboursement des actes de télémédecine (financement récurrent) du financement de l'organisation de l'activité de télémédecine (financement de l'investissement initial ou ponctuel).

Financement du fonctionnement récurrent

La tarification des actes de télémédecine est intégrée au droit commun du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 (dispositions générales relatives aux prestations et aux soins), L. 162-14-1 (dispositions relatives aux relations conventionnelles), L. 162-22-1 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en SSR et psychiatrie), L. 162-22-6 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en MCO), et L. 162-32-1 (dispositions relatives aux centres de santé) du code de la sécurité sociale.

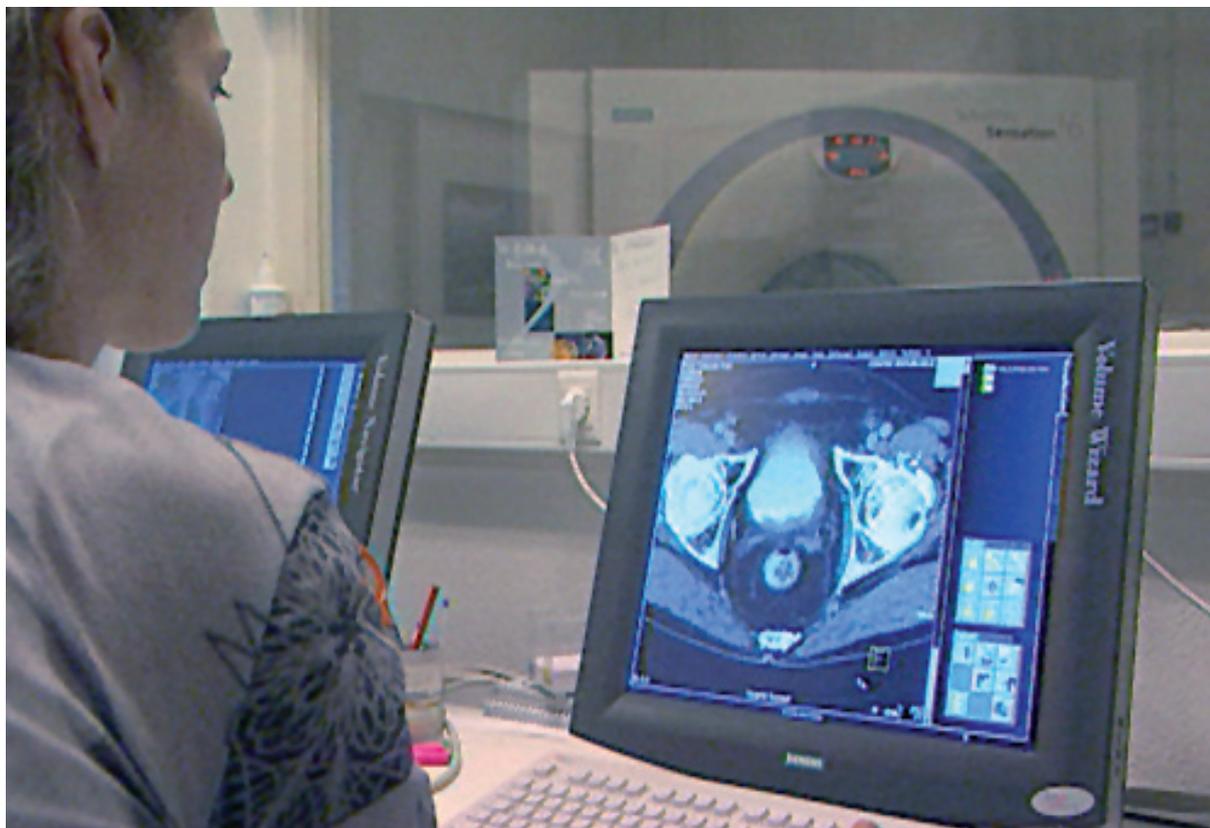
Financement de l'investissement initial ou ponctuel

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	Fonds	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 / interrégional		
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 Commissariat à l'aménagement au développement et à la protection du Massif central	Pôles d'excellence ruraux FEDER	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

** Fonds d'intervention régional à compter de 2012

Action à prévoir : une organisation est à mettre en place pour réunir les financeurs qui sur la base de projets considérés conformes par l'ARS pourraient accorder des subventions de façon coordonnée et complémentaire : Etat, agence régionale de santé et collectivités territoriales.



III- LES AXES, LES OBJECTIFS ET LES PISTES D' ACTIONS

Le programme régional de télémédecine comporte 5 objectifs généraux, déclinés en objectifs opérationnels et actions à mener.

OBJECTIF GENERAL 1 : METTRE EN ŒUVRE LES CONDITIONS FAVORABLES POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE.

Force est de constater que la science médicale voit ses connaissances évoluer et sa pratique se modifier. L'exercice de la médecine est indissociable de l'évolution technologique et en tire bénéfice. La diffusion de ces technologies a toujours conduit à de nouvelles façons d'exercer la médecine jouant à la fois sur les pratiques médicales et sur l'organisation du système de soins.

Cependant, l'évolution technologique ne doit pas porter atteinte aux principes fondamentaux, éthiques et déontologiques de la pratique médicale. De même, les droits des patients s'imposent de la même manière dans les situations de télémédecine que dans le cadre aujourd'hui habituel des soins.

Le développement de la télémédecine doit également maintenir le respect de la qualité et la sécurité dans les échanges à distance. Il est donc primordial que ces principes soient respectés lors d'actes de télémédecine.

A cet égard, le Conseil national de l'ordre des médecins souligne d'emblée que les nouvelles technologies ne sont que des outils supplémentaires au service de la médecine qui est elle-même au service des malades. Le livre blanc sur la télémédecine élaboré par le CNOM a servi de base pour la rédaction du décret du 20 octobre 2010 qui reprend les exigences de celui-ci.

La télémédecine, un acte médical Droit des patients et droit de l'exercice médical, éthique

Pour les professionnels

- Respect des conditions et autorisation d'exercice
- Obligation d'assurance
- Formation et compétences techniques
- Règles CNIL et authentification
- Conventions de coopération
- Traçabilité de l'acte

Pour les patients

- Consentement libre et éclairé
- Secret médical
- Accès au dossier
- Conditions d'hébergement des données : consentement express par voie électronique
- Droit à l'information et à la formation lorsque la situation l'impose

A - Objectif opérationnel 1 :

Mettre en place une procédure pour autoriser les activités de télémédecine en conformité avec la réglementation et avec le programme régional de télémédecine (PRT).

1 - Faire assurer par tous moyens le respect de l'éthique, de la déontologie, de l'acte de télémédecine et du droit médical (information, contrôle, adhésion à une charte...) :

1-1- L'acte de télémédecine répond au droit commun de l'acte médical

La télémédecine représente la mise en œuvre d'un support particulier au service des médecins et de leurs patients pour la réalisation d'actes médicaux et doit permettre de respecter l'ensemble des critères relatifs à l'acte médical :

- droit d'exercice médical en France,
- éthique envers les patients et entre professionnels (code de déontologie),
- confidentialité telle que définie dans le code de déontologie et selon les recommandations de la CNIL,
- responsabilité médicale de l'acte,
- acte conforme aux données acquises de la science et aux recommandations de bonne pratique,
- traçabilité de l'acte et identification du prescripteur,
- tenue de dossier médical confidentiel et partageable entre médecins uniquement,
- nécessité de s'entourer des éléments techniques nécessaires pour la réalisation d'un diagnostic ou la prise de décision thérapeutique et de les transmettre pour tout avis demandé à un confrère,
- valorisation financière selon des règles codifiées,
- Tout médecin exerçant en France doit être inscrit au Conseil de l'Ordre qui s'assure que les éléments ci-dessus sont appliqués et peut prendre des sanctions en cas contraire.

1-2 - Le projet de télémédecine doit dans sa globalité répondre à ces exigences et chacun des intervenants doit y souscrire

Tout projet de télémédecine doit permettre en tout point de la chaîne des intervenants de respecter la déontologie et de répondre aux exigences de qualité et sécurité des soins.

L'adhésion de tous les acteurs de télémédecine à une charte de bonne pratique de la télémédecine est un pré requis à tout projet présenté/ recevant l'aval de l'ARS

- Rédaction d'une charte déontologique et éthique par le comité d'éthique du GCS SIMPA
- Signature de celle-ci par tout adhérent du GCS SIMPA
- Signature de celle-ci par tout participant à un projet (structures, support, professionnel)

2 – Formaliser les projets de télémédecine pour s'assurer de leur conformité au cahier des charges régional et les évaluer.

Ce cahier des charges comprend les éléments suivants :

2-1 - Eléments justifiant l'adéquation au programme régional de télémédecine et l'efficacité du projet par rapport aux moyens conventionnels ainsi que sa modélisation/reproductibilité

Un projet de télémédecine :

- doit s'inscrire dans les enjeux et priorités des recommandations nationales relatives à la télémédecine et du PRT : ses objectifs formalisés répondent aux enjeux et domaines prioritaires énoncés au niveau national et dans le cadre du PRT

- doit favoriser des prises en charges que les moyens conventionnels ne permettraient pas de satisfaire avec la même efficacité et dans ce contexte présenter une étude coût/ bénéfice
- doit permettre de respecter la gradation des soins telle que envisagée dans les schémas et la description de son organisation s'attache à le démontrer

2-2 - Un projet médical : comme tout acte dans le domaine de la santé, sa justification réside dans le besoin du patient.

Le projet de télé médecine est élaboré à partir d'un projet médical détaillé permettant :

- de définir le bénéfice par rapport aux prises en charges conventionnelles pour les patients et appréciant le nombre de bénéficiaires,
- de caractériser le type d'acte(s) de télé médecine mis en œuvre et pour chacun des acteurs (professionnels, structures) et l'objectif de leur intervention ainsi que le schéma d'articulation de leurs interventions en mettant en évidence la prise en compte des éléments relatifs à la qualité et sécurité de l'acte de télé médecine,
- dans le cas de l'existence de coopérations entre professionnels de santé : le projet validé par l'HAS est fourni, de même que le projet officialisé par l'ARS. Des contrats éventuels sont déposés auprès des ordres professionnels départementaux respectifs,
- d'apprécier l'optimisation de la prise en charge en termes de qualité, sécurité et données financières.

Tout projet de télé médecine devra identifier chacun des intervenants ,définir et quantifier(nombre de patients, moyens humains ,financiers, techniques relatifs à chaque intervenant) et comporter l'engagement de chacun des intervenants de s'inscrire dans ce projet en respectant la nature du projet et les codes déontologiques et réglementaires.

Il comportera en particulier :

- le nombre d'utilisateurs professionnels de santé médicaux, de personnel du service à la personne, du personnel de support et organisation logistique impliqués pour le suivi des patients, déployés dans le projet, par rapport au potentiel initial de professionnels identifiés dans la cible,
- le nombre d'actes (demandes et résultats médicaux) réalisés dans le dispositif de télé médecine au regard du nombre d'actes réalisés sur le territoire concerné,
- l'inclusion d'une population significative de patients au regard de l'indication retenue pour l'acte de télé médecine concerné,
- L'apport **médical et médico-économique** du projet de télé médecine par la mise en place d'indicateurs tant quantitatifs que qualitatifs doit aussi être évalué.

A titre d'exemple :

- impact sur la prise en charge médicale du patient,
- impacts sur la prise en charge du patient (délai de prise en charge, réduction des jours d'hospitalisation, etc.),
- impact sur la qualité de vie du patient (diminution des transferts inutiles, etc.),
- impacts sur l'organisation des soins (optimisation du temps spécialisé ou des gardes, temps médical ou infirmier dédié, garde versus astreinte, qualité de la pratique médicale, etc.).

2-3 Un descriptif détaillé des solutions techniques envisagées pour soutenir le projet médical à chaque étape du projet

- Ce descriptif permet d'évaluer les solutions techniques nécessaires à sa mise en œuvre et vérifier qu'elles correspondent aux recommandations de l'ASIP et du schéma régional des systèmes d'information et aux recommandations du plan de déploiement des solutions techniques et aux modèles génériques définis.
- Les actions relatives à la télé médecine pourront se mettre en œuvre sans attendre la généralisation du DMP mais devront prendre en compte le développement de la mise en œuvre de celui-ci dans leur projet et la nécessaire intégration /communication de leurs dossiers existants avec celui-ci

Le plan national de déploiement de la télé médecine émet des recommandations pour le déploiement technique (urbanisation et infrastructure).

Il définit les données recueillies ou échangées dans le cadre d'un acte de télémedecine et émet des recommandations sur le respect du cadre d'urbanisation du système d'information de santé national et des référentiels associés et sur la mise en œuvre de logiciels et systèmes d'information métiers. Ceux-ci doivent s'appuyer sur des composants et infrastructures « standards », privilégiant la mutualisation de services, et l'évolution fonctionnelle d'outils disponibles aux développements spécifiques à l'échelle d'un seul territoire. En relation avec les chantiers prioritaires retenus au niveau national, deux modèles fonctionnels génériques ont été formalisés pour les différents cas d'usage métier :

Un premier modèle type recouvrant les cas de téléconsultation, téléexpertise et téléassistance, soit les chantiers prioritaires « PDS en imagerie », « Prise en charge de l'AVC », « Santé des personnes détenues » et « Soins en structure médico-sociale ou HAD » (voire le chantier « Prise en charge des maladies chroniques » pour le suivi des plaies chroniques ou les actes de télésurveillance doublés d'une téléconsultation, d'une télésurveillance ou d'une téléassistance).

Un second modèle type consacré aux cas de télésurveillance, qui correspondent principalement au chantier prioritaire « Prise en charge des maladies chroniques » (télédialyse, télésurveillance du diabète, télésurveillance de l'insuffisance cardiaque, télésurveillance de l'insuffisance respiratoire chronique, ...).

Les modèles type sont construits à partir des données à recueillir ou à échanger dans le cadre des actes de télémedecine (voir annexe C)

2-4 Un budget prévisionnel

2-5 Des éléments de suivi et d'évaluation

Le suivi porte sur le processus (ex : date effective de démarrage) et sur le nombre de patients pris en charge. L'évaluation permet en particulier de mesurer l'impact des actions.

L'évaluation des projets de télémedecine 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 territoires.

La réalisation de l'évaluation suppose deux étapes :

- la définition des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de suivi,
- la réalisation de l'évaluation et l'analyse des résultats (déterminer le dispositif associé : thèmes, calendrier, évaluateur externe ou interne...).

2-6 Éléments conventionnels et engagements des promoteurs et participants au projet

Le dossier présenté à l'ARS devra comporter :

- les conventions signées entre les différents intervenants, reprenant les modalités d'intervention de chacun,
- la signature de la charte déontologique et d'éthique par chacun des participants (structures, individuel),
- l'engagement de respect des données présentées dans le dossier.

2-7 Formation prévue pour les professionnels et pour les patients

2-8 Organisation de la gestion des risques du projet

- Données assurantielles pour chacun des participants.
- Organisation de la traçabilité des interventions.
- Organisation de la maintenance.
- Mise en conformité des technologies utilisées pour assurer notamment la sécurité des actes et la confidentialité des données personnelles traitées.

Concernant la responsabilité professionnelle un recensement et une analyse des risques sont en cours au niveau national.

3 - Décision du Directeur de l'ARS pour conclure à la conformité du projet avec le contenu du Décret du 19 octobre 2010 et l'inscription du projet dans le PRT si la démonstration de sa cohérence avec celui ci a été faite.

Cet aval de l'activité de télé médecine telle que définie dans le dossier, par le directeur de l'ARS est une nécessité réglementaire avant toute mise en œuvre d'activité dans la région

Il sera entériné par la signature de conventions/ contrats avec l'ARS

- dans le cadre - d'avenants au CPOM pour les structures
- de convention avec le directeur de l'ARS pour chaque professionnel

La **contractualisation** entre les Agences Régionales de Santé et les porteurs de projet.

Le contrat entre les Agences Régionales de Santé et les porteurs de projets peut prendre deux formes :

Porteurs du projet	Type de contrat
Etablissements de santé / Maisons de santé pluridisciplinaires / Secteur médico-social (EHPAD, ESMS Handicap) / GCS / Réseaux	Annexe aux CPOM
Professionnels de santé libéraux / Pôles de santé	Contrat spécifique

B - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2 :

Informers les patients et les professionnels sur les opportunités, contraintes, droits et modalités de mise en œuvre de la télémédecine en articulation avec le DMP.

La communication dans le cadre du déploiement du dossier médical personnel constituera dans ce cadre un bon support d'information sur la télémédecine, à l'attention des patients.

Le collectif inter associatif en santé pourra également être mobilisé pour informer ses membres et leur demander de relayer l'information.

Concernant les professionnels de santé, une action sera faite auprès de l'université et des écoles de formation pour une prise en compte de cette thématique dans le cadre de la formation initiale et continue.

C - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3 :

Communiquer sur la télésanté et la télémédecine.

Des plans de communication portant sur la télésanté et la télémédecine seront construits pour chacune des cibles identifiées et privilégiées. Leurs objectifs sont de communiquer sur la définition des usages de la télémédecine, ses bénéfices et sa mise en œuvre particuliers à chaque cible et donc de promouvoir l'usage conforme aux réglementations et au PRT de la télémédecine.

D - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4 :

Mettre en place une plateforme permettant des échanges (voix, données, images), des transferts d'image et un archivage dans un environnement sécurisé pour tous les offreurs de service en santé.

Proposer une offre régionale de télémédecine cohérente et structurée sur l'ensemble des territoires de-

mande un effort d'homogénéisation, à un niveau régional, des infrastructures d'échanges pour l'ensemble des porteurs de projets et utilisateurs potentiels.

Le souhait est d'éviter une redondance d'investissements en coût d'infrastructure et/ou d'acquisition en outils informatisés, et de proposer l'utilisation d'une plateforme générique régionale support d'activités de télé-médecine.

L'utilisation de cette plateforme devrait permettre :

1. la coexistence de différents projets de télé-médecine au sein d'un même outil et garantir ainsi aux porteurs de projets et à l'agence le respect des normes d'interopérabilité, de sécurité, d'identitovigilance, de traçabilité et d'archivage des données ;
2. aux acteurs de santé, habilités, un accès égal en tout point de la région aux différentes informations contenues.

Pour cela, l'outil devra veiller à s'adapter tant aux systèmes d'information (SIH, SIR, PACS...) qu'aux équipements d'acquisition utilisés par les établissements de santé (radiologie conventionnelle, scanner, IRM...) ainsi qu'aux acquisitions futures afin de pérenniser les process d'interopérabilité, de sécurité et de traçabilité des échanges.

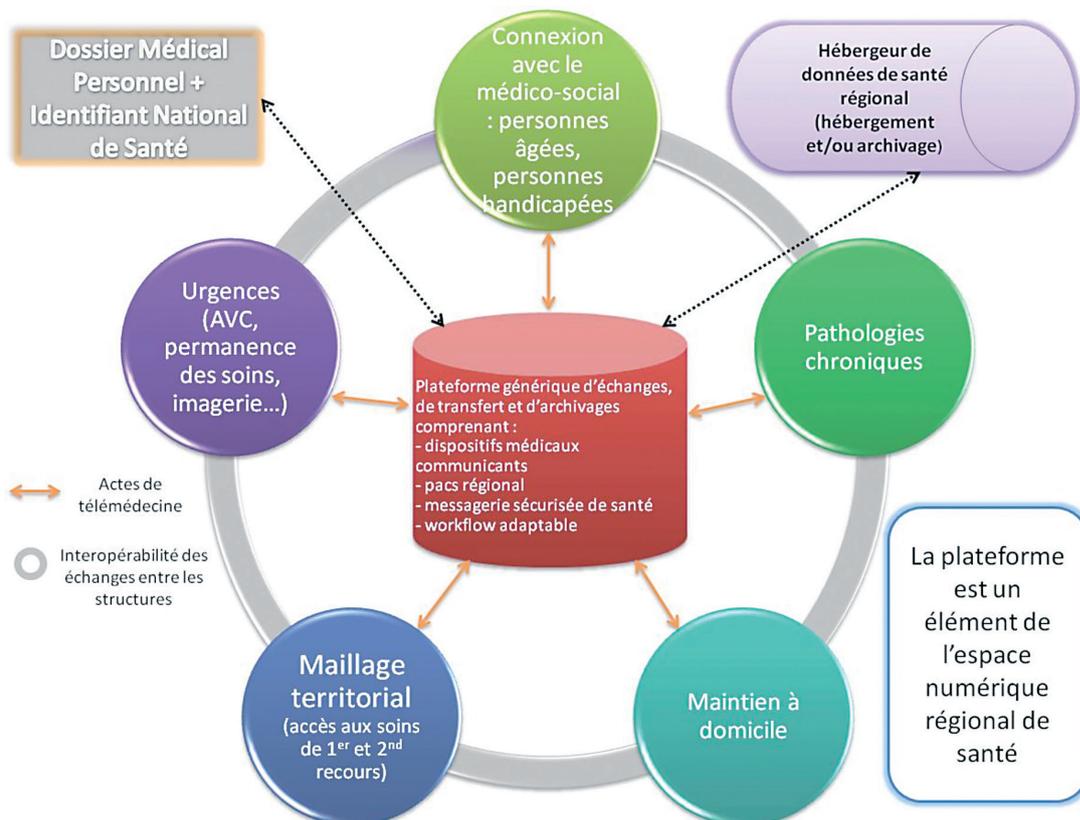
Cet objectif devra être traité conjointement avec les établissements de santé et le Gcs Simpa pour s'assurer de la cohérence des différentes phases de mise en œuvre (choix de l'outil, phase pilote, phase de déploiement).

Il devra également être associé à un hébergeur de données agréé par l'Asip Santé afin de répondre aux difficultés des établissements de santé à répondre aux nouvelles exigences demandées tant administrative (lourdeur et coût de dépôt de dossier pour un établissement) que technique (poids de la volumétrie des données produites en imagerie notamment).

La mise en place d'un hébergement et/ou archivage régional devrait permettre de rationaliser les investissements et les coûts de fonctionnement à venir pour chaque structure de soins.

Pour la mise en œuvre opérationnelle de certaines actions du PRT, l'atteinte de cet objectif est jugée prioritaire et devrait pouvoir être réalisé pour fin 2012.

Schéma illustrant les fonctionnalités attendues de la plateforme :



E - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 5 :

Favoriser la prise en compte des projets de télémédecine par l'aménagement numérique du territoire.

L'importance du déploiement du haut débit et du très haut débit (allant jusqu'à un gigabit par seconde), par la fibre optique notamment, dans la réussite de projet de télémédecine n'est plus à démontrer car il permet une meilleure qualité de service et des temps d'attente toujours plus court.

Le schéma directeur territorial d'aménagement numérique de l'Auvergne est fondé sur le principe du « bon débit, au bon moment, au bon endroit ». Il comporte un axe « offre professionnelle à très haut débit » avec 3 actions :

- déployer le très haut débit dans les zones où il n'est pas encore disponible,
- renforcer la concurrence sur les zones où il est disponible à tarif élevé,
- fibrer les sites prioritaires : éducation, enseignement, santé...

Une coordination entre les services de l'Etat, l'agence régionale de santé et les collectivités territoriales, est à prévoir pour la mise en œuvre de cet objectif de manière spécifique pour l'usage de la télémédecine. Au plan opérationnel, un cahier des charges formalisera dès 2012 une expression réaliste des besoins en haut et très haut débit pluriannuel qui devra tenir compte tant des projets de télémédecine que les besoins courants identifiés des structures de santé.

Intitulé de l'objectif opérationnel	Stratégie du déploiement	Pilotes et associés	Calendrier
Objectif 1 Mettre en œuvre une procédure pour autoriser les activités de télémédecine	Etape 1 : Formaliser, diffuser le PRT et le cahier des charges des activités de télémédecine Etape 2 : Analyser les projets Etape 3 : Signer les conventions	ARS ARS et commission constituée ARS et porteurs de projets	Avril- juin 2012 Durée du PRT Démarrage : septembre 2012 Durée du PRT
Objectif 2 Informers les patients et les professionnels	Etape 1 : Etablir un programme d'information adapté à chaque public Etape 2 : Identifier les relais d'information Etape 3 : Mettre en œuvre le programme	ARS/ GCS SIMPA GCS SIMPA GCS SIMPA	Juin 2012
Objectif 3 Communiquer sur la télésanté et la télémédecine	Etape 1 : Etablir un programme de communication adapté à chaque public Etape 2 : Identifier les relais de communication Etape 3 : Mettre en œuvre le programme		Juin 2012
Objectif 4 Créer une plate-forme régionale d'échanges, de transferts d'image et d'archivage	Etape 1 : Valider la solution technique et économique adaptée aux besoins des établissements et professionnels de l'Auvergne Etape 2 : Lancer un appel d'offre Etape 3 : Sélectionner l'opérateur Etape 4 : Déployer auprès des établissements du G6 puis à l'ensemble de la région	ARS/ /GCS SIMPA DATAR (si projet MASSIF CENTRAL) L'appel d'offre et Le déploiement peuvent différer selon la solution retenue et le mode de portage du projet	Année 2012 2012 - 2013 2013 - 2016
Objectif 5 Articuler télémédecine et aménagement numérique du territoire	Etape 1 : Présenter le PRT au comité de pilotage du SDTANT Etape 2 : établir une coordination/collaboration avec l'état et les collectivités territoriales sur les priorités de couverture numérique dans le domaine de la santé spécifique au déploiement de la télémédecine	ARS ARS/GCS SIMPA et collège des DSIO	Avril- Juin 2012 Durée du PRT

OBJECTIF GENERAL 2 : DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE AU SERVICE DU MAILLAGE TERRITORIAL DU PREMIER ET SECOND RECOURS

Finalité : Utiliser la télémédecine pour permettre sur chaque bassin de santé intermédiaire (BSI) l'accès et la coordination des soins entre les secteurs ambulatoire, hospitalier et médico-social, pour améliorer l'accès aux spécialistes et aux centres de référence.

Pour les patients, il s'agit de conserver ou d'améliorer l'accès aux soins en tous points du territoire, d'apporter une meilleure réponse en termes de parcours, de continuité et de qualité des prises en charge des patients, en intégrant la prévention.

Pour les professionnels, il s'agit de maintenir leur présence et d'en attirer de nouveaux sur les bassins en difficulté, dans des conditions d'exercice sécurisées et répondant davantage aux aspirations des jeunes générations de professionnels.

Les différents modes d'exercice regroupé et/ou coordonné répondent a priori au souhait des professionnels eux-mêmes. En cela, ils sont l'un des éléments de réponse à la désaffection des jeunes professionnels de santé pour l'installation en zones rurales et aux problèmes de démographie médicale. Les pôles de santé et les MSP permettent en particulier de favoriser les coopérations, de partager les expériences, d'optimiser le temps médical et de répondre aux craintes d'isolement des professionnels, notamment en favorisant l'insertion des professionnels de santé dans le tissu sanitaire, médico-social et social.

La coordination initiée au travers de ces différents types d'exercice regroupé passe nécessairement par un partage de l'information concernant les patients pris en charge au sein des structures. L'agence des systèmes d'information partagés (ASIP) a été missionnée par le niveau national pour élaborer un cahier des charges définissant un système d'information cible que ces structures s'attacheront à mettre en place. Outre les modalités de partage d'information, ce cahier des charges devrait résoudre la question de la sécurisation de ce partage, des protocoles médicaux, de la production d'indicateurs, de la gestion des agendas et de la facturation.

L'utilisation des modes de coopérations pour favoriser les coopérations intégrant l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et le champ médico-social. La lisibilité et la fluidité de l'organisation de l'offre de soins en établissements de santé doit déboucher sur le développement des coopérations formelles avec les autres acteurs de l'offre de soins. Des coopérations peuvent également être développées avec le champ médico-social, par exemple pour mettre à disposition des établissements médico-sociaux les compétences qui leurs sont nécessaires.

Le développement de la télémédecine au service du maillage territorial du premier et du second recours devra permettre l'amélioration de l'accès aux soins et de l'efficacité de la mise en œuvre du parcours du patient à partir d'une analyse qui permettra pour chaque territoire de définir un projet médical de télémédecine.

Celui-ci sera élaboré pour chacun des parcours de soins jugés prioritaires dans la région et sur le territoire dans le respect des recommandations de bonne pratique et de la gradation des soins envisagée dans les schémas.

Il tiendra compte des possibilités de mutualisations recommandées dans les schémas et de celles, complémentaires, que la télémédecine peut favoriser en particulier sur le plan régional.

A - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1 :

Favoriser dans le cadre d'un programme territorial de santé (BSI prioritaire/démographie des professions de santé) un mode de fonctionnement optimisé grâce à la télémédecine pour en permettre la reproductibilité, vérifier les conditions d'équipement et d'aménagement numérique, identifier un ou plusieurs points fixes pour l'installation de l'équipement de télémédecine, permettre l'accès à l'expertise médicale, en veillant au respect du libre choix du malade.

Ce mode de fonctionnement s'appuiera toujours dans le respect du libre choix du malade ; sur un projet médical de territoire cohérent entre des professionnels intervenant en MSP, EHPAD, ESMS Handicap, hôpital local. Le projet comprendra un package technique et une « enveloppe budgétaire » et qui pourrait être, après évaluation, dupliqué sur tous les bassins prioritaires à partir du réseau local (y compris radiologie de 1^{er} recours).

B - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2 :

Accompagner l'ingénierie des projets d'informatisations des projets de télémédecine auprès des acteurs de santé et les projets de télémédecine dans le respect des cahiers des charges et recommandations de l'ASIP (version validée du 21 décembre 2011).

C - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3 :

Développer avec la téléexpertise l'accès aux soins de second recours et organiser la coordination des actes médicaux entre premier et second recours à partir de points fixes à identifier (MSP, hôpitaux locaux, EHPAD...).

D - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4 :

Favoriser la formation universitaire à distance de certaines spécialités médicales par télémédecine :

- favoriser le développement du nombre de maîtres de stage en médecine générale dans le cadre de l'exercice en MSP et pôle de santé,
- favoriser la formation initiale et la formation médicale continue par télémédecine pour les internes en médecine générale et les gériatres,
- favoriser les formations pluridisciplinaires portant sur des pathologies comme l'Alzheimer, les syndromes anxio dépressifs, les addictions, les AVC... et s'adressant aux médecins généralistes, aux aidants...

Cette action est à conduire en collaboration avec l'université et avec les collectivités territoriales.

Intitulé de l'objectif opérationnel	Stratégie du déploiement	Pilotes et associés	Calendrier
Objectif 1 Définir un programme territorial de télémédecine	Etape 1 : Identifier un territoire pilote et un établissement pilote et coordonnateur Etape 2 : Formaliser un projet territorial de télémédecine, associant les établissements hors territoire pour la téléexpertise Etape 3 : Formaliser les conventions entre l'établissement pilote et les partenaires du projet et la convention avec l'ARS Etape 4 : Déployer et évaluer	ARS (siège + DT)/GCS SIMPA GCS SIMPA (programme télémédecine financé par l'ASIP) GCS SIMPA (programme télémédecine financé par l'ASIP)	Juin 2012 Date butoir du programme Date butoir du programme
Objectif 2 Accompagner l'ingénierie de projets	Contribuer à la formalisation du cahier des charges inter régional Accompagner les porteurs de projets	ARS/ GCS SIMPA GCS SIMPA	Avril 2012 Durée du PRT
Objectif 3 Développer l'accès au second recours	Coordonner la mise en place d'une offre de consultation spécialisée par télémédecine	ARS	2012 - 2013 (après développement des outils ad hoc)
Objectif 4 Formation universitaire	Inscrire dans un PTS une action d'incitation aux stages et à l'installation, aidée par la télémédecine	ARS/ Collectivités territoriales/ DATAR	Durée du PRT Démarrage : Année 2012

OBJECTIF GENERAL 3 : DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE (TÉLÉSURVEILLANCE, TÉLÉ-EXPERTISE) AU SERVICE DU MAINTIEN À DOMICILE OU EN SUBSTITUT DE DOMICILE

A - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1 :

Utiliser la télémédecine pour favoriser l'accès aux soins y compris de second recours (avis expertal gériatologique en priorité, autres spécialités) pour les résidents des EHPAD et des structures médico sociales du secteur handicap

Il convient, en région Auvergne, d'intégrer aux projets de filières gériatriques, de coordination gériatologique, d'accompagnement du handicap l'utilisation des systèmes d'information et de télémédecine.

Ainsi, les SI et la télémédecine pourraient être utilisés pour :

- Renforcer la prise en charge ambulatoire et promouvoir l'évaluation gériatrique précoce. Les outils relatifs à cette évaluation globale doivent être développés, en favorisant la mise en place de consultations au plus près du domicile ou du substitut de domicile.

Devront notamment être associés :

- Le Centre mémoire de ressources et de recherches régional (CMRR) pour le recours pour les diagnostics complexes,
- Les unités hospitalières de consultations pour une prise en charge ambulatoire (l'une des portes d'entrée du patient âgé dans la filière de soins gériatriques). Elles peuvent permettre l'évaluation gériatrique à la demande du médecin traitant.
 - Favoriser le maintien de la personne âgée dans son lieu de vie habituel tout en lui permettant d'avoir accès à une expertise gériatrique.
 - Eviter le déplacement des personnes âgées ou handicapées hébergées en établissement, déplacement préjudiciable à leur santé.
 - Eviter les situations d'urgence et diminuer le flux de personnes âgées au Service d'Accueil des Urgences et en établissement spécialisé en psychiatrie (soins sans consentement).
 - Améliorer la réactivité dans le cadre de l'urgence pour favoriser une prise en charge adaptée (si possible sans hospitalisation).
 - Favoriser une accessibilité rapide à une équipe référente sur les problématiques gériatologiques en lien avec les CLIC ou Relais gériatologiques départementaux.
 - Améliorer la formation des soignants, médecins (libéraux et hospitaliers), IDE, AS au dépistage de la fragilité et aux spécificités de la prise en charge de la personne âgée ou handicapée.
 - Permettre l'amélioration de la prise en charge grâce à l'avis expertal (limiter la prescription médicamenteuse chez la personne âgée aux seuls traitements indispensables. Limiter le risque iatrogénique).
 - Participer à l'organisation de la filière gériatrique et psychogériatrique, mettre en avant les compétences de chaque établissement et organiser leur articulation pour une meilleure prise en charge de la personne âgée.

B - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2 :

Favoriser la mise en œuvre de la dialyse hors centre avec l'apport de la télémédecine.

En Auvergne, il est nécessaire d'adapter l'offre au vieillissement de la population. Il convient dans ce but de favoriser la dialyse hors centre notamment à travers le développement de la dialyse péritonéale, en particulier dans les EHPAD et par le développement de la dialyse médicalisée de proximité. Le renforcement de la dialyse de proximité pourra être favorisé par le développement des outils de télémédecine qui contribuent

à la sécurité sanitaire et à la qualité des soins. Ce renforcement permet, in fine, d'éviter des passages aux urgences inopinés, des hospitalisations à répétition et des décompensations nuisant à la qualité et à l'espérance de vie des patients concernés. La prise en charge de ce type de pathologie requiert la mise en œuvre d'un réseau associatif actif. Il est constitué en Auvergne à travers l'association AURA. D'une manière générale, il apparaît nécessaire de structurer et d'adapter une filière de prise en charge reposant sur la gradation des soins et, dans ce cadre, de faire face aux tensions relatives à la démographie des professionnels de santé.

La télémédecine est un nouveau mode d'organisation qui favorise le respect de la réglementation relative à l'accès au néphrologue en améliorant la continuité des soins et leur qualité/sécurité dans le cadre de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra rénale.

La télé dialyse constitue une réponse aux problématiques suivantes :

- la progression de la file active dialysée,
- la distance par rapport au néphrologue,
- le vieillissement et les comorbidités de la population en insuffisance rénale chronique terminale (IRCT),
- la diminution de la démographie médicale en néphrologie.

La **Haute Autorité de Santé** a publié des recommandations sur l'usage de la télémédecine pour la **prise en charge de l'insuffisance rénale chronique** : elle propose des recommandations sur le modèle organisationnel lié à la mise en œuvre de la télémédecine dans les unités de télé dialyse, les modalités d'organisation et d'implantation des UDM, l'organisation des soins par télémédecine et procédures face aux urgences, les aspects techniques, économiques, juridiques, déontologiques du système de télé dialyse.

C - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3 :

Améliorer la prise en charge des personnes détenues

L'Auvergne dispose actuellement de 6 services UCSA, rattachées à un établissement de santé public, dit « établissement pivot ». Trois d'entre elles (Clermont-Ferrand, Riom, et Le Puy en Velay) sont rattachées, pour la dispensation des soins psychiatriques, à des établissements de santé distincts des établissements pivots dispensant les soins « somatiques ».

Un centre régional de ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles est installé au CHU. L'Auvergne, rattachée sur le plan administratif à la direction interrégionale des services pénitentiaires de Lyon (DISP), ne possède pas en propre de structure SMPR, UHSI, ou UHSA.

Ces structures, ouvertes à l'ensemble des personnes détenues d'Auvergne, sont situées à Lyon. Les établissements pénitentiaires de la région ne disposent pas d'unités pour mineurs.

La population carcérale présente d'importants besoins de santé en raison de la prévalence élevée de plusieurs pathologies : notamment VIH, VHC, tuberculose, maladies chroniques, addictions, troubles psychiatriques associés dans certains cas à des tentatives de suicide, pathologies liées à certains handicaps.

Le développement de la télémédecine au sein de ces structures de soins permet :

- de faire bénéficier les personnes détenues de soins équivalents à ceux de la population générale ; il s'agit d'assurer à celles-ci qualité et continuité des soins,
- de faire accéder cette population à certaines spécialités dont l'intervention sur place voire le recours à des extractions sont souvent empreints de nombreux obstacles (distance, escorte, moyens de transports, sécurisation),
- de rompre l'isolement des praticiens exerçant au sein des UCSA,
- d'éviter des extractions non justifiées.

D - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4 :

Favoriser le développement et la consolidation de l'activité de HAD grâce à la télémédecine

Le livre blanc des systèmes d'information en hospitalisation à domicile publié en juin 2009 fait état de 3 axes stratégiques :

- La maîtrise de la qualité des soins au domicile
- Le renforcement de la coordination des soins, cœur de métier de l'HAD
- Le pilotage et le développement de la performance

Suite à ce travail, un partenariat entre l'ASIP SANTE et la F.N.E.H.A.D. s'est mis en place sur l'étude des systèmes d'information en hospitalisation à domicile.

Dans ce contexte, en Auvergne, l'usage de la télémédecine sera encouragé pour développer la qualité des prises en charge en HAD.

Les outils de télémédecine pourront être développés notamment pour :

- mettre en œuvre la télé surveillance et la téléconsultation.
- favoriser la consolidation des services, en encourageant l'utilisation de la télémédecine pour que les services disposent tous des moyens humains, en personnel médical qualifié notamment, mais aussi pour développer leur coordination avec les professionnels de santé libéraux, incluant notamment les actions de formations initiales et continues.
- mettre en œuvre les critères qualitatifs de la prise en charge qui comprennent une astreinte 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et l'organisation du repli en cas de nécessité vers un autre établissement de santé par convention avec l'établissement.
- garantir l'articulation des services d'HAD avec leur environnement dans leurs territoires, et notamment avec les structures médico-sociales et SSR, grâce à l'outil TRAJECTOIRE et au dossier médical informatisé qui pourront être développés à destination de ces services.
- développer la coopération entre les services HAD et les SSIAD à travers la mise en œuvre de conventions de relais et de mutualisation des ressources grâce à la télé médecine, tout en maintenant la distinction entre ces deux types de prise en charge.
- mettre en place une plate-forme régionale partagée, en charge de déterminer des axes et lieux de formation pour les personnels médicaux et para médicaux. Le développement de stages d'internes, résidents et professionnels para médicaux au sein des services d'hospitalisation à domicile agréés sera encouragé.

E - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 5 :

Développer la télémédecine au service de la surveillance des maladies chroniques

La surveillance médicale des pathologies chroniques fait appel à des données provenant de dispositifs médicaux :

- mesures (pression, pouls, température, glycémie...),
- signaux physiologiques (sthétho, ECG, EEG, EMG...),
- imagerie fixe ou dynamique.

La télémédecine autorise cette surveillance à distance et dans ce contexte permet au médecin qui reçoit ces données de mettre en place des systèmes d'alerte à partir de données objectives. Cela lui permettra ensuite d'adapter la conduite à tenir.

Les éléments de suivi sont souvent communs à plusieurs pathologies chroniques et/ou à leurs facteurs de risques et peuvent autoriser une approche globale de la mise en œuvre de cette surveillance.

Intitulé de l'objectif opérationnel	Stratégie du déploiement	Pilotes et associés	Calendrier
Objectif 1 Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées en développement l'accès aux soins	Etape 1 : Identifier un projet de coordination gériatrique modélisable aidé par la télé-médecine Etape 2 : Formaliser les conventions Etape 3 : Mettre en œuvre, évaluer et finaliser la modélisation	ARS Porteur de projet	Année 2012 2012-2013 Durée du PRT
Objectif 2 Favoriser la mise en œuvre de la dialyse hors centre	Etape 1 : Organiser la mise en place sur les sites jugés prioritaires Etape 2 : Identifier un ehpad pour mise en œuvre de dialyse péritonéale Etape 3 : développement territorial des solutions testées	ARS/AURA ARS (sur territoire jugé prioritaire pour la télé-médecine)	Fin 2012 2012 – 2013 2016
Objectif 3 Améliorer la prise en charge des personnes détenues	Etape 1 : Définir un schéma organisationnel et des systèmes d'information pour établir une expertise croisée somatique et psychiatrique des UCSA Etape 2 : Mise en œuvre opérationnel	ARS/ministère de la justice/ médecins des UCSA Gcs simpia	Fin 2013 Durée du programme
Objectif 4 Favoriser le développement/consolidation de l'activité de l'HAD	Etape 1 : Accompagner les structures d'HAD dans la mise en œuvre des outils de télé-médecine	Gcs simpia	Durée du programme
Objectif 5 Développer la télé-médecine au service de la surveillance des maladies chroniques	Etape 1 : Identifier les points de convergence des projets de surveillance des maladies chroniques Etape 2 : Formaliser les organisations, et décrire les moyens techniques à déployer Etape 3 : Mettre en œuvre dans les conditions prévues par le PRT (voir cahier des charges)	ARS/Gcs simpia/opérateurs	Durée du programme

OBJECTIF GENERAL 4 : DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE AU SERVICE DES URGENCES, EN RELATION AVEC L'IMAGERIE (RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE, SCANNER, IRM)

A - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1 :

Optimiser par la télémédecine l'organisation régionale des urgences et de la permanence des soins (PDSSES, PDSA, filières de prise en charge des patients) et la continuité des soins.

La permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval de la structure d'urgence et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit, les samedis et dimanches (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

Certains établissements rencontrent de réelles difficultés pour assurer la continuité des soins dans certaines spécialités dont la démographie est fragile et la répartition territoriale inégale.

L'organisation propre à chaque territoire crée un fort impact sur l'allocation de ressources en matière de PDSSES et la télémédecine peut favoriser une optimisation de l'organisation régionale en particulier pour des spécialités indispensables à la bonne orientation et prise en charge des urgences vitales comme AVC, urgences cardiologiques, polytraumatismes.

Dans ce contexte le recours à une imagerie adaptée et à un diagnostic pluridisciplinaire associés à une consultation/examen à distance du patient sera un facteur de la qualité et sécurité des soins (rapidité et adéquation de la prise en charge) : la télémédecine pourra notamment favoriser l'amélioration de la gestion des AVC (transfert d'images, téléexpertise, téléassistance), des urgences cardiologiques (transfert d'images, téléassistance) et des polytraumatismes (transfert d'image, télé assistance)

L'évolution de la dotation PDSSES avec l'optimisation nécessaire de la ressource médicale est affirmée dans le SROS. Cette optimisation est rendue possible par la prise en compte, au titre de la PDSSES, de l'ensemble des ressources disponibles, notamment dans les établissements privés à but lucratif. Chaque fois que nécessaire, elle doit être réalisée à travers des coopérations formalisées entre les établissements publics et privés sur un bassin de population donné et par la télémédecine.

L'organisation d'une garde radiologique régionale, rendue possible grâce à la téléradiologie doit être considérée comme un élément important de l'accès à des soins d'urgence répondant aux recommandations de bonnes pratiques, en particulier dans la prise en charge des AVC.

Elle doit se mettre en place en parallèle avec le développement de l'imagerie préconisée dans le SROS et dans le respect de la gradation des soins envisagée.

B - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2 :

Utiliser la télémédecine pour accélérer la prise en charge pluridisciplinaire des AVC et permettre ainsi la mise en œuvre d'un traitement efficace pour diminuer la mortalité et les séquelles de l'AVC.

L'accident vasculaire est un problème de santé majeur. Il constitue ainsi la troisième cause de mortalité chez les hommes, la seconde chez les femmes (soit 30 000 décès par an) et la première cause de handicap acquis chez l'adulte (225 000 personnes).

Les maladies cardio-neurovasculaires constituent la principale cause de la surmortalité auvergnate, en particulier masculine pour le cœur, féminine pour l'accident vasculaire cérébral (AVC).

Le phénomène touche l'ensemble des territoires de la région avec une surmortalité significativement supérieure pour trois bassins de santé intermédiaires.

Le plan national accidents neurovasculaires 2010-2013 a pour enjeu de mettre en place une stratégie nationale sur le sujet.

L'objectif principal est de « réduire la fréquence et la gravité des séquelles liées aux AVC ». Cet objectif sera atteint par la mise en œuvre d'une politique de qualité globale de la prise en charge des AVC.

L'un des objectifs généraux est d'améliorer l'organisation de la prise en charge des AVC, des l'urgence jusqu'au retour à domicile ou au secteur médico-social.

Le SROS reprend au niveau régional les objectifs du plan sur le maillage territorial, l'organisation de filières de soins et la montée en charges des UNV.

Le programme régional de réduction des surmortalités repose sur les mêmes organisations de filières territoriales recommandant des actions de prévention, de détection précoce, et des réponses adaptées, en temps utile et de qualité, sécurisées à chacune des étapes du parcours de soins nécessitant le recours à un plateau technique.

Les résultats attendus sont les suivants :

- l'augmentation du nombre de patients bénéficiant d'une stratégie de reperfusion précoce dans les trois premières heures (données plan AVC), pour obtenir une diminution des taux de morbidité et de mortalité ; le taux recommandé est de 75 % de patients reperfusés.
- l'augmentation de 5 à au moins 10 % du pourcentage de personnes victimes d'un AVC ischémique ayant pu bénéficier d'une fibrinolyse

Pour atteindre ces objectifs, il est impératif de préciser rapidement la nature hémorragique (20 % des cas) ou ischémique (80 % des cas) de l'AVC et initier le plus rapidement possible le traitement à mettre en œuvre. Le temps diagnostique repose sur l'accès à l'urgentiste (SAMU centre 15, structure d'urgence) et au plateau technique d'imagerie (IRM accessible 24 heures sur 24 si possible, à défaut réalisation d'un scanner). L'avis du neurologue complète la prise en charge en validant le diagnostic et en organisant la mise en œuvre du traitement approprié.

Ainsi, le diagnostic étiologique et la prise en charge thérapeutique immédiate de l'AVC reposent sur l'intervention de nombreux acteurs différents : patient, entourage du patient, médecin de premier recours, SAMU centre 15, médecin correspondant du SAMU, urgentistes pré hospitaliers et hospitaliers, radiologues et neurologues. L'urgence d'une telle prise en charge adaptée justifie que l'ensemble des acteurs soient présents 24 heures sur 24 pour participer à un examen concerté du patient dans des délais compatibles avec la réalisation d'une thrombolyse en tout point du territoire. Toutefois, l'équipement pour le transfert d'images et l'équipement des structures de soins pour autoriser la télé-expertise, la démographie des radiologues et des neurologues, la faible densité des populations et leur isolement dans certains territoires, ne permettent pas actuellement cette prise en charge pluridisciplinaire conforme aux recommandations de bonne pratique. Les enjeux au niveau de la région sont l'équité de l'accès aux soins sur l'ensemble des territoires, la qualité et sécurité des soins.

La télémédecine peut apporter une aide précieuse pour favoriser la mise en place d'une nouvelle organisation médicale afin de faciliter le parcours du patient dans son accès au juste soin.

Dans ce contexte la télémédecine optimisera :

- l'accès à une imagerie adaptée au diagnostic par la mise en place de la télé radiologie avec transmission d'images natives et de qualité suffisante,
- l'accès à un avis radiologique 24 heures sur 24 par l'organisation d'une garde radiologique régionale rendue possible à distance avec la télé radiologie,
- l'accès à l'avis neurologique 24 heures sur 24 grâce à l'organisation d'une garde neurologique régionale rendue possible à distance par le développement de la téléexpertise,
- la possibilité d'organiser une conférence à trois (urgentiste, patient/entourage, neurologue), d'associer les résultats des examens d'imagerie fournis par le radiologue, de voir le patient pour le partage des données cliniques et de mettre en œuvre le traitement thrombolytique adapté dans les meilleurs délais, le cas échéant au sein de la structure d'urgence.

La mise en œuvre de ces activités de télémédecine suppose l'accès au très haut débit pour transmettre des images natives de qualité suffisante, un équipement des établissements de santé pouvant assurer cette transmission d'images, une démographie des professionnels de santé permettant la réponse 24 heures sur 24 avec l'aide de la télémédecine, la mise en œuvre d'outils communicants et inter-opérants sur l'ensemble du territoire régional.

Les bénéfices attendus de la communication possible à distance entre professionnels de santé distants et

de la mise en place d'une organisation permettant le diagnostic étiologique de l'AVC et le cas échéant le traitement fibrinolytique de l'AVC dans un délai de moins de trois heures sont :

- la fiabilité des diagnostics et la confirmation concertée des décisions thérapeutiques
- des prises en charge adaptées avec un bénéfice immédiat pour le patient ;
- un accès à un diagnostic précoce pour les patients se présentant dans les structures d'urgence de proximité (égalité de chances dans l'accès à l'expertise) et pour le suivi (continuité des soins, réunion de staff à distance) ;
- une organisation des plateaux techniques de radiologie
- une harmonisation des pratiques médicales (dont protocoles radiologiques, réalisations des examens et procédures de transfert des images) ;
- une optimisation du temps médical spécialisé (dont neurologues, radiologues) et paramédicaux impliqués ;
- une optimisation des transferts patients
- une optimisation de l'organisation de prise en charge des urgences et des services supports (imagerie)
- la réalisation d'économies sur les dépenses de prise en charge des séquelles d'AVC.

Intitulé de l'objectif opérationnel	Stratégie du déploiement	Pilotes et associés	Calendrier
Objectif 1 Optimiser l'organisation régionale des urgences et en parallèle celle de l'imagerie	<p>Etape 1 : Favoriser l'adaptation de l'infrastructure régionale en accès haut débit et très haut débit aux besoins identifiés et spécifiques au PRT pour les structures de soins.</p> <p>Etape 2 : Mettre en œuvre une organisation régionale de la permanence des soins en imagerie et de l'accès aux urgences reconnue et partagée par le G4 et l'ensemble des acteurs de santé concernés. Elle devra proposer une gradation de la prise en charge adaptée.</p> <p>Etape 3 : Accompagner le déploiement d'une plateforme générique de support à l'activité de télémédecine afin de mettre en œuvre un projet régional de téléradiologie.</p> <p>Etape 4 : S'appuyer sur les travaux menés en 2012 par le Gcs Simpa dans le cadre de l'appel à projet «TELEMEDECINE» de l'Asip Santé devant proposer un modèle médico-économique de la téléradiologie en Auvergne.</p> <p>Etape 5 : Proposer et mettre en œuvre un modèle de conventionnement pour l'activité de télémédecine entre les différents partenaires associés au projet</p>	<p>ARS/GCS SIMPA/ collège des DSIO</p> <p>ARS/G4/Neurologues/RAMU</p> <p>En lien avec l'objectif général 1 de mettre en œuvre les conditions favorables pour le développement de la télémédecine</p> <p>ARS/Gcs Simpa</p> <p>ARS</p>	<p>Durée du PRT</p> <p>Avril – juin 2012</p> <p>Démarrage avril 2012</p> <p>Avril – juin 2012</p> <p>Avril – juin 2012</p>
Objectif 2 Accélérer la prise en charge pluridisciplinaire des AVC	<p>Etape 1 : Favoriser la mise en place dans chaque territoire d'une filière de diagnostic précoce des AVC optimisée par l'usage de la plateforme régionale de télémédecine</p> <p>Etape 2 : Favoriser l'organisation d'un accès à la thrombolyse selon les recommandations de bonnes pratiques</p>	<p>ARS/G4/UNV Régionale/RAMU</p> <p>DATAR (si projet massif central)</p> <p>G4/UNV/neurologues urgentistes</p>	<p>Lié à l'état d'avancement de la plateforme régionale de télémédecine (obj. général 1 obj. opérationnel 4)</p> <p>Lié à l'état d'avancement de l'étape 1 et à l'évolution de la démographie médicale</p>

OBJECTIF GENERAL 5 : PERMETTRE UN DÉVELOPPEMENT DE L'EFFICIENCE PAR LA TÉLÉMÉDECINE

A - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1 :

Utiliser la télé médecine comme un outil de développement de la qualité des soins et de l'acte médical

La qualité et la sécurité des soins sont une préoccupation majeure de l'ensemble des acteurs du système de santé, qu'ils interviennent dans le champ ambulatoire, dans celui des établissements de santé et dans celui des ESMS. Elle répond aux attentes et à la sensibilisation de l'opinion sur le sujet, et s'inscrit dans le contexte de la maîtrise de techniques de plus en plus complexes.

Dans ce cadre la télémédecine renforce :

- la prise en charge sécurisée des patients,
- la prise en charge adaptée, réduction des délais de prise en charge,
- la diminution de la fréquence des hospitalisations et des DMS grâce aux télé consultations et à la télé-expertise,
- le maintien à domicile ou au sein de structures médico-sociales.

Dans chacun des domaines retenus, l'amélioration de la qualité /sécurité des soins et de l'efficience sont des critères de sélection des projets.

1. Permanence des soins en imagerie

Ce domaine répond notamment à la problématique de la permanence des soins des établissements de santé dans un contexte de plus en plus contraint en termes de ressources humaines et de spécialisation des radiologues .l'apport de la télémédecine doit permettre d' améliorer l'accès aux soins et de favoriser le développement de la qualité (imagerie comparative, double lecture, diagnostic précoce).

2. Prise en charge de l'AVC

Il s'agit ici d'utiliser la télémédecine afin d'accélérer la prise en charge pluridisciplinaire des AVC et de mettre en œuvre un traitement efficace afin de diminuer la mortalité et les séquelles liés aux AVC.

La concertation pluri disciplinaire entre urgentiste, neurologue, radiologue dans le cadre de l'urgence est un élément d'adaptation rapide de la conduite à tenir

La possibilité d'une télé assistance pour la mise en œuvre immédiate du traitement fibrinolytique dont la réalisation est contrainte dans le temps constitue une volonté d'amélioration de la qualité des soins

3. Santé des personnes détenues

Il s'agit d'apporter aux personnes détenues des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population générale. En effet, les contraintes carcérales rendent difficiles l'accès aux consultations et en particulier aux spécialités. Les dispositifs de télémédecine devraient permettre de prendre en charge ces patients en toute sécurité et de leur assurer des soins de qualité.

4. Prise en charge d'une maladie chronique

Cette application de la télémédecine oblige à un réel décloisonnement des différents champs d'intervention pour une prise en charge optimale des patients et doit contribuer à la fluidité du parcours du patient et à une meilleure coordination des soins.

5-Soins en structure médico-sociale ou en HAD

Ce domaine exige d'engager une réflexion sur l'articulation entre les champs sanitaire et médico-social, notamment en termes de gradation des soins entre le premier recours et le second recours. La télémédecine permet de pallier les effets liés au cloisonnement des soins et d'assurer leur continuité dans les établissements médico-sociaux ainsi qu'en hospitalisation à domicile

6- Télémédecine et coordination des soins

La télé médecine est un facteur facilitant la coordination des soins, en particulier dans le cadre de filières organisées

En Auvergne, l'action du réseau périnatalité confirme la pertinence de l'usage de la télémédecine et des systèmes d'information pour améliorer la coordination entre les secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux pour le suivi spécifique des femmes enceintes. Cette organisation de la réponse aidée par la télémédecine et les systèmes d'information procure un modèle en région pour articuler dossier médical personnel, échanges d'images, réunions de concertations...

B - OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2 :

Permettre une acquisition rationnelle des équipements au travers de groupements d'achats au plan régional (voir inter régional).

Le déploiement de la télémédecine sur la région ne peut se faire sans une acquisition importante d'infrastructures et de matériel et par les acteurs de santé concernés. Ces investissements pour la plupart coûteux doivent pouvoir se réaliser au travers d'un acte d'achat mutualisé afin de bénéficier de coût unitaire favorable.

Cette action pourrait se concrétiser dans le cadre du programme national «Performance Hospitalière pour des Achats Responsables» initiée en 2011 par la direction générale de l'offre de soins. L'importance de structurer et rationaliser, à l'échelle de la région, une politique d'achat commune est une nécessité prioritaire entre les établissements de santé (exemple du groupement de commande Auverdata pour acquérir un accès au haut et très haut débit pour l'ensemble des adhérents).

Intitulé de l'objectif opérationnel	Stratégie du déploiement	Pilotes et associés	Calendrier
Objectif 1 Utiliser la télé médecine comme un outil de développement de la qualité des soins et de l'acte médical	<p>Etape 1 : Autoriser la mise en œuvre de projets de télémédecine correspondant au cahier des charges régional</p> <p>Etape 2 : Favoriser la mise en œuvre et la coordination des projets sur le terrain</p> <p>Etape 3 : Sélectionner quelques indicateurs pertinents sur l'amélioration de la qualité des soins aidée par la télémédecine</p>	<p>ARS/Gcs simpia</p> <p>Gcs simpia</p> <p>ARS</p>	<p>Décembre 2012</p> <p>Durée du PRT</p> <p>Année 2012</p>
Objectif 2 Permettre une acquisition rationnelle des équipements au travers de groupements d'achats au plan régional	<p>Etape 1 : Accompagner une action régionale dans le cadre du programme PHARE pour favoriser l'essor d'un groupement de commande pour le déploiement de la télémédecine</p>	ARS/établissements de santé	<p>Avril 2012</p> <p>Durée du PRT</p>

IV- ANNEXES

Annexe A : fiches pratiques relatives aux objectifs opérationnels

Développer la télémédecine au service du maillage territorial du premier et second recours	
Objectif(s) des schémas	<ul style="list-style-type: none"> -favoriser une gradation de l'offre de soins entre l'ambulatoire et l'hospitalier, dans les territoires à faible densité, améliorant la fluidité des parcours -améliorer l'accès aux soins de second recours et construire par territoire(BSI) un maillage cohérent de coordination des soins -améliorer la qualité/sécurité des soins pour des populations isolées et en tenant compte des problèmes de démographie médicale.
Référence(s)	<ul style="list-style-type: none"> • cahier des charges régional pour les MSP • arrêtés relatifs aux territoires et à la gradation de l'offre médicale en région Auvergne • Articles R. 6315-1 à R. 6315-6 du code de la santé publique (décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire)
Contexte national/Enjeux	<p>Le maintien à domicile et le soin hors hospitalisation sont des recommandations nationales participant à la fois au confort du patient et à l'efficacité du système de santé</p> <p>Le lien entre libéraux /hospitaliers, public/privé demande à être renforcé.</p>
Contexte régional en 2011	<p>Parmi les 123 bassins de sante de proximité auvergnats(BSP) ,52 peuvent être classés de très fragiles à potentiellement fragiles. Ils partagent à des degrés différents les caractéristiques suivantes</p> <p>Caractéristiques générales des bassins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruralité • Densité de population très souvent faible • Forte part de personnes âgées de 75 ans ou plus <p>Caractéristiques des praticiens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Densité de médecins généralistes souvent faible en 2010 et/ou 2013 • Forte part de praticiens âgés de 55 ans ou plus <p>Temps d'accès au service d'urgences le plus proche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Très souvent supérieur à 30 mn <p>l'analyse de l'offre de soins hospitalière, pour les bassins de santé intermédiaires (BSI) permet de mettre en évidence les inégalités d'accès aux structures hospitalières de soins aigus généralistes (médecine généraliste, chirurgie non spécialisée), ou spécialisés identifiés. Il en est de même pour les SSR, longs séjours, établissements médico sociaux du secteur handicap, EHPAD,</p> <ul style="list-style-type: none"> • En y joignant l'analyse de l'implantation des spécialités médicales actuelle et des projections par rapport au vieillissement notable de certaines de celles ci, on peut affirmer que sans le recours à de nouvelles approches les patients de l'Auvergne rurale vont perdre la possibilité d'accès aux soins de second recours tant libéral qu'hospitalier. • Ceci est d'autant plus critique que ces patients sont majoritairement âgés et peu mobilisables pour des déplacements.

<p>Pré-requis</p>	<ul style="list-style-type: none"> -codification de l'avis expertal pour rémunération -faire une analyse de l'existant et des besoins par territoire pour envisager l'organisation de la plateforme de recours spécialisée optimale <ul style="list-style-type: none"> - faire adhérer les organisations hospitalières à la démarche. - pouvoir mettre en œuvre ces actions sans attendre la généralisation du DMP -L'intervention à partir du dossier du patient en EHPAD ou ESMS Handicap doit être le fait d'un médecin qui a contractualisé avec l'EHPAD (coordonateur)
<p>Actions à mener au niveau régional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1-établir une cartographie par BSI de l'offre et du maillage 1° et 2° recours pour des parcours de soins considérés comme prioritaires pour la population auvergnate : personne âgée, maladies chroniques et parallèlement pour le recours à des spécialités dont on connaît la fragilité démographique • 2-identifier les zones et les maillages prioritaires pour les quels la télé-médecine peut apporter une réponse adaptée • 3-dans le cadre des priorités identifiées, expérimenter une organisation optimisée grâce à la télé-médecine sur un BSI pour en permettre ultérieurement la reproductibilité (faisabilité projet médical, projet économique) <ul style="list-style-type: none"> - mettre en œuvre l'outil télé-médecine qui permettra au niveau de chaque territoire une optimisation des ressources (envisager d'emblée les besoins de capteurs particuliers pour dermato, ophtalmo, traitement des plaies...) et l'identification de l'apport de la télé radiologie de 1° recours (conventionnelle) - identifier pour chaque territoire 1 point fixe à équiper : lieu le plus pertinent pour l'installation de l'ensemble de l'équipement de télé-médecine (MSP, centre médical, EHPAD, hôpital de proximité et quel service) • 4-favoriser l'accès à l'expertise médicale en organisant des vacances spécialisées programmées à l'échelle de la région • 5-organiser la contractualisation nécessaire entre les différents utilisateurs de l'équipement télé-médecine sur le territoire et favoriser un accès large à celui-ci • 6-promouvoir les EHPAD innovantes comme pivot de la télé-médecine sur les territoires ruraux isolés • 7-favoriser le développement de staffs pluridisciplinaires à distance pour évaluation patient gériatrique, chimiothérapie décentralisée... • 8-inciter les équipes mobiles définies par les schémas (personnes âgées, psychiatrie...) à s'équiper de mallette de télé-médecine pour favoriser la transmission d'information pertinentes et coordonner leur fonctionnement avec la télé-médecine.
<p>Acte(s) de télé-médecine envisagé(s)</p>	<p>Téléconsultation, télé-expertise</p>
<p>Acteurs</p>	<p>Médecins généralistes libéraux ou MSP, pôles de santé, spécialités médicales justifiant recours à une plateforme régionale, EHPAD, hôpital de proximité, structures médico- sociales handicap, spécialistes hospitaliers/libéraux</p>

Equipements nécessaires (exemples issus de l'étude Massif central « télémédecine et télé-santé : pour une stratégie d'action interrégionale massif central »)

Pré requis

Le médecin doit disposer des outils de base de la micro-informatique actuelle : liaison haut débit (type ADSL, 2 Mbps théoriques), Webcam, appareil photo de bonne définition (actuellement arrivant sur les smartphones). S'il se déplace, le professionnel doit disposer d'un ordinateur portable, d'une tablette ou d'un smartphone, avec connexion 3G et WiFi, et la possibilité de prendre une photo en mobilité, par exemple, de dispositifs biomédicaux mobiles (type ECG par exemple).

Le médecin ou la MSP doit disposer d'un lien internet.

le niveau 1 formalise ou maintient le lien entre les professionnels. Il a pour caractéristique de ne pas demander d'organisation complexe à mettre en œuvre au-delà du besoin d'une infrastructure technique appropriée.

Il ne s'agit pas de téléconsultation mais d'échange d'information et d'avis.

Pack de base d'échanges depuis un point fixe pour professionnel de santé

Il s'agit de connecter le professionnel de santé isolé, demandeur d'avis ou d'expertise, depuis son bureau ou son lieu de travail, à partir d'un poste fixe. Le système permet la connexion à un annuaire de spécialité et d'urgence – centres de garde consultables pour une spécialité, lieux d'accueil de week-end et de nuit etc.

Infrastructure à mettre en place

- Annuaire régional des professionnels de santé et de l'urgence
- Messagerie sécurisée accessible d'un poste fixe permettant d'envoyer des images ou photos et autres pièces jointes (sur base MSSU)

Pack de base d'échanges mobiles pour professionnel

Usages : Le professionnel de santé se déplace au domicile d'un patient ou dans un EHPAD, dans une MSP ou un hôpital local, même s'il n'est pas associé régulièrement à cet établissement mais, par exemple, pour une téléconsultation en accompagnant un de ses patients.

Quels que soient les équipements au domicile d'un patient ou dans ces établissements, il doit pouvoir rester lié à la communauté d'acteurs du territoire et plus largement à la plateforme régionale définie par l'ENRS. Le système permet la connexion à un annuaire d'urgence – centres de garde consultables pour une spécialité, lieux d'accueil de week-end et de nuit etc.

Un dispositif mobile de capture d'information biologique sur le patient, par exemple un matériel ECG, doit pouvoir être connecté à l'équipement mobile (smartphone ou autre), pour envoi, demande d'avis et décision. On suppose que l'envoi ne comporte pas d'information sur l'identification du patient, mais le dispositif assure la sécurité à la confidentialité (cryptage) et la traçabilité de l'intermédiation (c'est-à-dire la preuve de la demande d'avis et la preuve de la réponse).

Infrastructure à mettre en place

- Annuaire régional des professionnels de santé et de l'urgence
- Messagerie sécurisée accessible d'un poste fixe ou mobile permettant d'envoyer des photos et autres pièces jointes, et notamment récupérer des informations non nominatives d'un ECG connecté par exemple ou autre (sur base MSSU)

Pack de type « réseau social pour usage médical sécurisé »

Usages : Constitution d'un réseau d'acteurs partageant des affinités communes, affichant des nouvelles, capables de constituer des sous-groupes autour d'un thème, d'une réunion, d'un problème à résoudre,

autour d'un patient, Le réseau doit comprendre une base d'informations locales et de solution de problèmes, enrichie par les membres. Le service est accessible depuis un poste fixe ou mobile ou via un smartphone. Le problème technique clé est d'établir une barrière de sécurité forte autour des groupes tout en préservant l'ergonomie du réseau.

Infrastructure à mettre en place

- Annuaire : Ce réseau se constitue autour d'un annuaire de base qui est celui des ressources du territoire – professionnels, établissements.
- Le système comporte une passerelle vers les messageries sécurisées de l'ENRS, permettant l'envoi de documents, y compris photos, petites vidéos. Tout mouvement de fichiers y est tracé.

Pack de base de télémédecine

Usages : Il s'agit de permettre des téléconsultations, télé expertises hors urgence, ainsi que des téléréunions, ou encore des séances de téléformation.

Les téléréunions sont par exemple des séances autour d'un patient revenant à son domicile après hospitalisation (préparation du retour à domicile), ou bien devant être hospitalisé (préparation du séjour hospitalier) et au cours desquelles les professionnels du territoire peuvent échanger avec les spécialistes.

Infrastructure à mettre en place

- Annuaire régional des professionnels de santé et de l'urgence
- Plateforme de télémédecine générale permettant les échanges visio, un espace collaboratif partagé, le concierging (prise de rendez-vous), un workflow permettant de gérer les comptes rendus et l'interface avec le DMP, ainsi que les services de déploiement associés (livraison, installation, formation, hot line). L'outil assure la cohérence des annuaires, les contrôles de sécurité dès que nécessaire (une fois pour toutes en passant d'un service à un autre), la traçabilité des échanges quand elle est requise et les échanges avec les services régionaux et nationaux, dont le DMP.
- Prise de rendez-vous

Le pack permet la prise de rendez-vous pour les téléconsultations – par exemple depuis le domicile du patient.

- Capteurs et applications spécialisées

Le pack permet la connexion de capteurs et la transmission d'images ou de données particulières, en temps réel ou pour expertise. Il permet également le chargement d'applications nouvelles par les spécialistes autorisés des différents domaines. De telles applications concentrent les données, peuvent créer des alertes et des messages automatiques vers le spécialiste, le médecin traitant etc.

Pack de formation de professionnel

Usages : Il s'agit d'organiser le lien entre les professionnels de santé avec le CHU et la faculté de médecine, et particulièrement en ce qui concerne les jeunes médecins s'installant dans une MSP ou dans un territoire isolé, dans le but de leur permettre d'assister à des sessions de formation à distance.

Indicateur(s) de suivi

Indicateur(s) de résultat

Un modèle d'organisation et une démarche de projet reproductibles

Déploiement de la télé expertise gériatrique (hors situation d'urgence) par BSI

Télémédecine et accès aux soins dans les structures médico-sociales.

Inspiré du projet COGERT élaboré par le CHU de Clermont-Ferrand – version de juin 2011

Objectif(s) des schémas	<p>Le projet de déploiement de la télé expertise gériatrique répond tout à la fois :</p> <ul style="list-style-type: none">• aux enjeux du PRS tels que : Vieillissement de la population et Accès au système de santé• à ses priorités: Réduire les inégalités territoriales, Poursuivre les efforts en matière de prévention, de qualité, de sécurité et d'efficience.
Référence(s)	
Contexte national/Enjeux	
Contexte régional en 2011	<p>L'afflux de personnes âgées aux Urgences est une réalité. 75% des entrées au niveau du pôle Gériatrie-Gérontologie du CHU, se fait depuis les Urgences. De même, en 2009, 71,8 % des passages des plus de 75 ans aux urgences de Clermont-Ferrand aboutissent à une hospitalisation.</p> <p>La formation des médecins et soignants au dépistage de la fragilité et aux spécificités de la prise en charge de la personne âgée est insuffisante, conduisant à des hospitalisations en urgence, à des déplacements des unités mobiles non justifiées, à des orientations non adaptées.</p>
Pré-requis	<p>La télé expertise gériatrique reposera sur le déploiement de la messagerie sécurisée comme moyen de diffusion entre tous les professionnels de santé et de la vidéo consultation dès que possible</p>
Actions à mener au niveau régional	<p>A partir du pôle spécialisé gériatrie du CHU de Clermont Ferrand et sur le territoire du Grand Clermont dans un premier temps :</p> <p>Il s'agit d'améliorer la coordination gérontologique des différents acteurs de terrain sans rajouter d'intermédiaire supplémentaire, à partir d'un pôle existant en facilitant l'ouverture de ses unités vers l'extérieur (Unité Mobile de Gériatrie (UMG), Unité Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée et Unité Pilote et de Coordination en Onco Gériatrie (UPCOG)) pour éviter les hospitalisations inutiles et la prise en charge aux urgences et améliorer la qualité de la prise en charge au domicile ou au substitut du domicile.</p> <p>L'extension à d'autres BSI par duplication doit être envisagée dès la construction du projet initial</p>
Acte(s) de télémédecine envisagé(s)	<p>-Par la télé expertise gériatrique, hors situation d'urgence, il s'agit de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux selon le schéma suivant :</p> <p>le médecin expert = gériatre ou psycho gériatre se trouve dans une Unité Mobile Gériatrique ou un court séjour d'un BSI donné ; il est contacté soit par le médecin coordonnateur de l'EHPAD du BSI et/ou par le médecin libéral ; à charge pour l'expert de prendre les avis d'autres experts (cardiologue, psychiatre, gériatre...)</p> <p>-par la web conférence à laquelle le médecin libéral notamment pourra se connecter depuis son cabinet, voir être en contact par téléphone ce qui élimine les besoins d'unité de lieu ou de technique de communication.</p> <p>En particulier en EHPAD télé consultation en présence des membres de l'équipe soignant permettant une meilleure connaissance de la prise en charge globale du patient.</p>

	- par la création d'un numéro de téléphone unique dans chaque BSI pour recevoir les demandes de renseignements en continu et permettre la prise de RDV programmé entre l'expert et le professionnel en EHPAD pour étude d'une situation particulière.
Acteur(s) concerné(s)	Le CHU, pôle gériatrie, partenaire référent Les centres hospitaliers référents par BSI et en particulier : les unités mobiles gériatriques, les unités Psychiatriques de secteur, les SSR locaux, qu'ils soient spécialisés ou non en gériatrie, Unité Mobile de Soins Palliatifs, Unité Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée particulier : les unités Psychiatriques Les médecins coordonnateurs en EHPAD Les IDE coordinatrice de SSIAD CLIC, MAIA, Relais gérontologique Les services Hospitalisation à Domicile Les médecins libéraux du BSI
Cible	
Equipements nécessaires	Ordinateurs Webcam Appareils photo numériques
Indicateur(s) de suivi	Nombre de télé-avis demandés aux experts gérontologues Nombre/% de hospitalisations par rapport au nombre d'avis demandés et au nombre de maintien à domicile
Indicateur(s) de résultat	<ul style="list-style-type: none"> • Une diminution du nombre de personnes âgées se présentant au Service d'Accueil des Urgences et en établissement spécialisé en psychiatrie venant des EHPAD. • Une diminution du temps de présence aux Urgences des personnes de plus de 75 ans. • Une augmentation du nombre d'hospitalisations évitées. • Une diminution du nombre de ré hospitalisation • Une sensibilisation-formation aux risques iatrogéniques par les échanges facilités entre experts et professionnels de santé

Favoriser la mise en œuvre de la dialyse hors centre avec l'apport de la télémédecine

Objectif(s) des schémas

- Permettre le maintien/développement des unités d'auto dialyse ou de dialyse médicalisée situées hors/à distance d'un centre d'hémodialyse et ne disposant pas d'un néphrologue sur place par la mise en œuvre de télé surveillance et télé consultation néphrologique pendant les séances.
- améliorer la qualité et la sécurité de l'acte de dialyse par une meilleure disponibilité immédiate de l'expertise du néphrologue pour l'analyse des données objectives de suivi dans le cadre de survenue d'incidents n'ayant pas le caractère d'urgence vitale permettant une limitation des hospitalisations.
- dans ces contextes améliorer l'accès aux soins et le maintien à domicile pour des populations âgées, rurales et isolées et améliorer leur qualité de vie
- améliorer la qualité des soins et permettre grâce à la télémédecine de requalifier l'auto dialyse en dialyse médicalisée(HAS)
- développer lorsque les indications le permettent la dialyse péritonéale à domicile ou en EHPAD en confortant le patient, la famille, la structure par la possibilité d'accès organisé à un avis néphrologique
- permettre sur un territoire défini à des patients souffrant d'IRC d'accéder en dehors de la dialyse à l'expertise d'un néphrologue par l'intermédiaire d'un médecin traitant, d'un médecin d'un établissement sanitaire ou médico social de proximité
- améliorer le suivi et la surveillance d'autres pathologies chroniques associées (diabète, HTA, insuffisance cardiaque) ou pouvant bénéficier de mises en œuvre voisines (insuffisance respiratoire chronique)

Référence(s)

Décret n° 2002-1197 – Décret n° 2005-346 – Arrêté du 25.4.2005

Télémédecine

- arrêté 12.4.2005
- arrêté 5.3.2008

CSP

- Article R6123-54

L'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale est exercée selon les quatre modalités suivantes :

1. Hémodialyse en centre,
2. Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée,
3. Hémodialyse en unité d'auto dialyse simple ou assistée,
4. Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.

- En dehors de l'hémodialyse en centre, les trois autres modalités sont des modalités de prise en charge hors centre.

- Article R 6123-55 relatif à l'autorisation de mise en œuvre

- Article R 6123.64

Hémodialyse Centres d'hémodialyse
Unités de Dialyse Médicalisée

- Article R 6123.63

« L'unité d'hémodialyse accueille des patients qui nécessitent une pré-

	<p>sence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'auto dialyse »</p> <ul style="list-style-type: none"> • Article D 6123.65 relatif à la nécessité pour toute autorisation de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique de disposer : <ul style="list-style-type: none"> - de postes de repli (prise en charge temporaire, se situe en centre ou unité médicalisée d'hémodialyse), - l'hospitalisation de repli liée à une urgence médicale ou à une complication du traitement est décidée par un médecin néphrologue. • Article D 6124.68 et 69 relatif au centre d'hémodialyse <p>La HAS a établi en janvier 2010 des recommandations relatives « aux conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unités de dialyse médicalisée ».</p>
<p>Contexte national/Enjeux</p>	<p>La prise en charge des pathologies chroniques représente un des couts majeur pour le système de santé(ALD)</p> <p>Leur suivi organisé y compris en filières spécifiques représente un enjeu majeur de santé publique pour éviter aggravation, complication et invalidation /handicap qui par ailleurs représentent tous un cout financier surajouté important.</p> <p>Une part importante du développement des pathologies chroniques est lié à l'âge .Le vieillissement de la population favorise à la fois leur survenue et leur gravité.</p>
<p>Contexte régional en 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'auvergne est parmi les 3 régions les plus âgées de France - Il existe en Auvergne 14 unités d'hémodialyse hors centre (auto dialyse+UDM) dont 10 sont situées à distance du centre d'hémodialyse et 5 dans des zones rurales, isolées à plus de 50 kms du centre et du néphrologue - Densité des néphrologues : Auvergne 1,9 pour 100000 habitants versus 2,1 pour France métró et avec un vieillissement plus marqué (44% de + 55 ans versus 30% pour France) - Au 01/01/2010 l'Auvergne compte25 néphrologues (libéral+ salarié ; source Adeli) dont 11 sont âgés de 55ans et + et 8 ont atteint 60 ans - la dialyse hors centre représente 55% des prises en charge d'IRCT par dialyse en Auvergne (50% en France) - elle est en grande majorité organisée par l'association AURA -L'âge moyen du patient traité dans le cadre des auto dialyses de proximité (Ambert/Brioude/Issoire / Le mont dore/St Flour/Thiers/Yssingeaux) est de73,5 ans contre71,5 en centre(données Aura) ;ils représentent environ 100 patients année . Les auto dialyses de proximité sont effectuées dans des locaux mis a disposition par des petites structures hospitalières de proximité comprenant le plus souvent des services de médecine, SSR,USLD et des EHPAD attenantes dont les patients âgés pourraient par ailleurs bénéficier de recours à la télémédecine. - le développement de la dialyse péritonéale à domicile souffre parfois de la difficulté d'accès au néphrologue dans des contextes d'isolement géographique ou familial. -Le développement de la DP en EHPAD pourrait être envisagé avec certains aménagements

Pré-requis	<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cadre du développement de la dialyse péritonéale en EHPAD, la présence d'une infirmière libérale pour le suivi du patient IRC favorisera l'adhésion des équipes pour le développement de la méthode. - l'adhésion des équipes médicales, paramédicales, patients est un pré requis important pour une bonne mise en œuvre sur le plan régional - la télémédecine ne réglera pas les problèmes d'urgence vitale ; il est nécessaire que des protocoles d'accès aux urgences soient établis ainsi que des conventions entre unités de télémédecine et urgences - La formation des intervenants à l'outil spécifique est indispensable
Actions à mener au niveau régional	<ul style="list-style-type: none"> -1 l'identification des territoires prioritaires a été envisagée avec comme critère prioritaire l'éloignement de l'unité par rapport au centre : Ambert, Brioude, Mauriac, Thiers, Yssingeaux -2 Dans les territoires prioritaires identifiés , favoriser la mise en œuvre de la surveillance de la dialyse par télémédecine en association avec une prise en compte des surveillances possibles d'autres pathologies chroniques et des besoins des structures locales d'accueil dans le domaine de la télémédecine (synergie de moyens techniques, humains) -3 Dans la mesure où la télé dialyse est déjà opérationnelle dans certaines structures hors région, organiser un partage d'expériences avec l'ensemble des néphrologues, les représentants des prises en charge de pathologies chroniques associées, les patients qui permettra de présenter les différents systèmes disponibles et de conforter l'assistance sur les possibilités offertes par la télé dialyse
Acte(s) de télémédecine envisagé(s)	<p>Télesurveillance et consultation en cours de séance de dialyse Télé expertise de néphrologue pour patient avec suspicion problème rénal</p>
Acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> - Services informatiques du CH et des centres hébergeant les unités satellites - IDE et AS (entretiens annuels - formations annuelles) - Cadre d'hémodialyse (visites régulières sur site) - Médecins néphrologues en charge de la téléconsultation ; visites régulières sur site - SMUR locaux (convention pour les cas de détresse vitale)
Equipements nécessaires	<p>La télédialyse consiste à mettre en œuvre un système communicant entre un centre principal où se trouve l'équipe de médecins néphrologues et une unité satellite où se trouve les patients et l'équipe paramédicale.</p> <p>Le système de télédialyse est composé des trois briques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La visualisation et le stockage des paramètres des générateurs de dialyse pour la télesurveillance ; • La visioconférence pour la téléconsultation, la téléassistance et la télé-expertise ; • Les applications support nécessaires à la réalisation d'actes médicaux à distance (notamment dossier patient, télé prescription, analyse des données de dialyse).
Indicateur(s) de suivi	<p>Nombre de patients suivis en télédialyse/totalité de patients en dialyse hors centre Nombre de centres équipés parmi les centres isolés identifiés prioritaires</p>
Indicateur(s) de résultat	<p>Amélioration de la qualité de vie des patients Limitation des coûts de transports (coûts évités)</p>

Améliorer la prise en charge des personnes détenues

Objectif(s) des schémas et du programme telemedecine

- organiser les liens entre les unités de consultations et de soins ambulatoires(UCSA) et les unités hospitalières sécurisées inter régionales (UHSI -UHSA) de rattachement pour les soins somatiques et psychiatriques, entre les acteurs des soins somatiques et psychiatriques
- prévenir des déplacements de patients ou de soignants et permettre des décisions plus argumentées avant des prises en charge hors région en hospitalisation en UHSI ou UHSA situées à Lyon
- offrir aux personnes détenues de bénéficier de soins équivalents aux autres patients tout en permettant un maintien dans la structure.
- proposer un modèle d'organisation de la télémédecine dans les UCSA de la région Auvergne favorisant une amélioration de la prise en charge

Référence(s)

Code de la santé publique Le 2° de l'article L. 143 1-2 et le 5° de l'article L. 1434-9 du code de la santé publique, dans leur rédaction résultant de l'article 118 de la loi HPST

Loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (articles 45 à 56) et notamment les articles 55 et 56 qui insèrent des modifications et ajouts dans la rédaction des articles dans le code de la santé publique.

Loi d'orientation du 9 septembre 2002 qui prévoit la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à prendre en charge les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues

Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale

Arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes incarcérées

Circulaire du 18 novembre 2004 qui organise les sorties des détenus pour consultations médicales

Loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement

Contexte national/Enjeux

Différentes études ont montré que la population carcérale présente un taux de pathologie psychiatrique de l'ordre de 20 à 25 % supérieur à celui de la population standard. L'absence de SMPR en région justifie par ailleurs une optimisation de la prise en charge psy de proximité (prévention alcool, tabac, addictions, suivi pathologie chronique, gestion de crise.)

L'organisation nationale de la prise en charge de la santé des détenus relève du ministère de la santé. L'Auvergne relève d'une inter région pour toute hospitalisation de détenu supérieure à 2 jours : cette hospitalisation se fait dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales(UHSI) et (UHSA) situées à LYON.

L'intervention en prison des médecins est assurée, pour le premier recours, par les unités de consultation et de soins ambulatoires(UCSA).

La santé mentale est prise en charge dans le cadre d'une sectorisation parallèle à celle qui existe pour le patient non détenu : le premier recours est constitué par les services médico psychologiques (SMP) installé en milieu carcéral. L'unité d'hospitalisation inter régionale spécialisée est à Lyon.

Le directeur de l'ARS désigne pour chaque établissement pénitentiaire un établissement public de santé(EPS) attaché. Une convention signée entre les 2 établissements définit les conditions de prise en charge et de sécurité.

Contexte régional en 2011

L'Auvergne rattachée sur le plan administratif, à la direction inter régionale des services pénitentiaires de Lyon (DISP) ne dispose pas en propre de SMPR, UHSI, ou UHSA

6 UCSA en Auvergne : Montluçon, Moulins, Aurillac, Le Puy, Clermont-Ferrand, Riom

Le niveau d'informatisation des UCSA de la région Auvergne est faible, le recours à la télé-médecine se limite à la télé transmission d'images de radio conventionnelle entre le CH de MOULINS et les 2 établissements pénitentiaires

L'accès par voie électronique au dossier d'hospitalisation d'un détenu dans le CH de rattachement n'est possible dans aucun établissement pénitentiaire de la région..Ceci constitue une attente forte de la part des médecins, somaticiens et psychiatres intervenant en UCSA et sera facilité grâce à la mise en place du DMP sous réserve de l'autorisation d'accès préalable du détenu.

Les délais pour accéder à des consultations spécialisées sont souvent longs (hors consultations généralistes et psychiatriques) en raison des difficultés inhérentes aux extractions de détenus et des contraintes réglementaires.

Couverture médicale et permanence des soins incomplètes: existe sur les plages de présence des médecins somaticiens et psychiatres(en semaine du lundi au vendredi, psychiatres et somaticiens sont présents de 4 à 5 demi journées par semaine et par UCSA)

La permanence des soins et l'urgence n'ont pas paru, pour les spécialistes régionaux de la médecine pénitentiaire, constituer une priorité dans le contexte télé-médecine

Pré-requis

Nécessaire entente entre l'administration pénitentiaire et l'administration sanitaire pour définir les besoins et organiser les réponses (matériel, financement, fonctionnement)

L'organisation mise en place devra respecter les règlements pénitentiaires : par exemple, devra être vérifiée la possibilité de mettre à la disposition du détenu des appareils d'enregistrement et de transmission des données permettant une télé surveillance de pathologie chronique à distance.

Actions à mener au niveau régional

1-favoriser l'accès à une expertise médicale en l'absence d'un médecin sur place

Permettre aux IDE des UCSA d'avoir accès à une expertise plus rapide en l'absence du médecin

2-améliorer l'expertise croisée et complémentaire entre somaticien et psychiatre quand un seul des médecins est présent dans l'UCSA

Permettre une conférence à 3 entre le détenu, le médecin somaticien(ou le psychiatre) sur place et le psychiatre(ou le somaticien) à distance.

3-favoriser l'accès aux médecins spécialistes du CH de référence : radiologue pour radio pulmonaire et osseuse , dermatologue, rhumatologue...

Acte(s) de télé-médecine envisagé(s)

Deux types d'actes de télé-médecine sont réalisables :

- **Actes de téléconsultation** permettant aux professionnels de santé de l'hôpital de référence de donner une consultation à distance aux patients détenus le nécessitant.

- consultation anesthésique pré opératoire, entre UCSA et UHSI par télé conférence

- en temps réel et aux jours et heures ouvrables par un médecin interve-

	<p>nant en UCSA en réponse à une interrogation d'une IDE d'un autre établissement pénitentiaire : le principe serait de faire appel à un somaticien ou à un psychiatre présent dans une autre UCSA aux mêmes heures et en temps réel.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actes de télé-expertise permettant au médecin des structures de soins d'accéder à une expertise médicale externe. - interprétation des examens de radiologie conventionnelle effectuées en UCSA (pulmonaire, ostéo articulaire) <ul style="list-style-type: none"> -consultation dermatologie, rhumatologie, cardiologie, traumatologie en présence du médecin somaticien ou de l'IDE de l'UCSA.
<p>Cible</p>	<p>ACTEURS ROLES Médecin de l'UCSA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est présent pendant la réalisation de l'acte <p>Personnels soignants de référence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peuvent intervenir à distance via les technologies de télémédecine <p>Experts médicaux</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sont rattachés à des établissements de santé du territoire - Peuvent être sollicités en second recours
<p>Indicateur(s) de suivi</p>	<p>Nombre de consultations a distance demandées par les différentes UCSA</p>
<p>Indicateur(s) de résultat</p>	<p>Évolution du pourcentage d'extraction pour la prise en charge médicale</p>

Utiliser la télémédecine pour accélérer la prise en charge pluridisciplinaire des AVC et permettre ainsi la mise en œuvre d'un traitement efficace pour diminuer la mortalité et les séquelles de l'AVC.

<p>Objectif(s) des schémas</p>	<p>En Auvergne, la prise en charge de l'AVC est une priorité du PRS. Elle fait l'objet d'une déclinaison dans les schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins (volets hospitalier et ambulatoire) et d'organisation médico-sociale et d'un plan d'initiative régionale spécifique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prendre en charge tout patient victime ou suspect d'AVC dans une filière organisée et territorialement définie ; - Réduire les délais entre les premiers symptômes et la prise en charge adaptée, reposant sur un diagnostic positif documenté ; - Augmenter le taux de thrombolyse chez les patients éligibles ; - Mieux coordonner l'intervention des professionnels aux interfaces entre établissements de soins et ville, domicile ou secteur médico-social ; - Définir une organisation spécifique pour la prise en charge des AVC de l'enfant ; - Améliorer les pratiques professionnelles ; - Améliorer l'information et la formation des professionnels.
<p>Référence(s)</p>	<p>Recommandations de bonne pratique HAS Loi de 2004 relative à la politique de santé publique : objectif n° 72 « réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC » : Circulaire DHOS/DGS/DGAS du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC Circulaire DHOS/O4/2007 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires Circulaire DHOS/DGS/DGAS du 3 novembre 2003 relative à la prise en charge des AVC Rapport sur la prévention et la prise en charge des AVC juin 2009 Plan d'actions national AVC 2010-2014</p>
<p>Contexte national/Enjeux</p>	<p>Enjeux du plan AVC 2010-2013</p>
<p>Contexte régional en 2011</p>	<p>Une UNV régionale dont</p> <ul style="list-style-type: none"> - le fonctionnement est fragilisé par la tension croissante de la démographie de neurologues et de radiologues - la capacité (voir diagnostic programme AVC) risque d'être rapidement insuffisante si des UNV de proximité ne sont pas créées. <p>Des territoires(BSI) à faible densité démographique, comportant des CH</p> <ul style="list-style-type: none"> - possédant une activité d'urgence mais où la permanence des soins est parfois difficile à assurer - ne disposant pas toujours du plateau technique d'imagerie adaptée au diagnostic d'AVC <p>Des UNV de proximité dont la création doit répondre aux exigences des circulaires et de la sécurité des soins (permanence H24 neurologue, USI dédiée, accès à la télé-radiologie) et aux notions d'efficacité du maillage territorial.</p> <p>Une tension démographique qui s'accroît concernant urgentistes, radiologues, neurologues impactant la création d'UNV de proximité et l'organisation de la téléradiologie.</p>

Pré-requis

Déployer et utiliser un système d'information adapté aux enjeux.

1. Les outils nécessaires à la télémédecine qui doivent permettre d'avoir accès en urgence ou non, à une expertise radiologique ou neurologique à distance, et de disposer de cette expertise tout au long de la prise en charge du patient (notamment pour la thrombolyse hors UNV).

– Une aide aux « transitions » qui surviennent durant le processus de prise en charge et qui induisent un relai d'une équipe à une autre au sein de la filière territoriale : l'outil SI pourra également être utilisé pour établir des synthèses, des programmes de soins ou des comptes-rendus médicaux, produire des échelles de gravité de l'état du patient, favoriser la participation à des protocoles de recherche clinique, ...

– les services utiles à l'organisation de réunions de concertation pluri professionnelle (RCP).

2. Le deuxième aspect du système d'information (SI) est **d'aider à la régulation de l'offre de soins** mobilisée pour la prise en charge de l'AVC. Les données recueillies permettent à l'échelon régional la description du parcours de soin réel du patient victime d'un AVC (circuits des patients, calcul des délais des différentes étapes du processus, aide à la décision, etc) et de les confronter aux indicateurs en vigueur. Les données d'activité du système d'information AVC alimenteront le système décisionnel dédié au calibrage et au pilotage de l'offre de soins.

Les informations recueillies aux fins d'alimentation du SI de régulation ainsi que les modalités de cette alimentation devront être standardisées (identifiant national de santé, carte CPS, respect des référentiels nationaux).

L'intervention de l'observatoire régional des médecines d'urgence d'Auvergne (ORMUA) pour le recueil et l'analyse de ces données est à expertiser sous la responsabilité du RAMU et sous l'égide de l'ARS.

Contraintes techniques

1. imagerie

Mise en place d'une infrastructure régionale cohérente par rapport aux recommandations du SROS sur l'imagerie et selon l'architecture sélectionnée :

- Le système retenu doit être transparent aux utilisateurs (fonctionner dans une interface web sur les outils du quotidien),
- Le système doit être neutre et ouvert vis-à-vis des applications,
- Le système doit être robuste (24/24, 7/7, 365/365),
- Le système doit être sécurisé
- Le système doit être compatible avec l'archive régionale

2. réglementaire

- Faire évoluer les nomenclatures pour permettre une meilleure description des prises en charge et des patients.
- Création d'un acte de thrombolyse intraveineuse à la nomenclature
- définir et mettre en place la formation et les conditions permettant aux urgentistes de réaliser la thrombolyse.
- Seuls les médecins (majoritairement les neurologues) titulaires du DIU de neurovasculaire sont actuellement autorisés à réaliser l'acte de fibrinolyse. Des évolutions seront envisageables à moyen terme dans le cadre de l'évolution à venir en France des conditions de réalisation de la fibrinolyse au vu de la modification récente de l'AMM européenne du fibrinolytique (altéplase) indiqué dans l'AVC (extension du délai de réalisation de la fibrinolyse « le traitement doit être instauré le plus tôt possible dans le délai des 4h30 sui-

vant l'apparition des symptômes d'accident vasculaire cérébral et après avoir exclu une hémorragie intracrânienne par des techniques appropriées d'imagerie (par exemple, tomodensitométrie cérébrale ou autre méthode d'imagerie sensible pour le diagnostic d'une hémorragie). L'effet du traitement est temps-dépendant ; par conséquent, plus le traitement est administré précocement, plus la probabilité de résultat clinique favorable est élevée » ; extension des conditions de réalisation de la fibrinolyse : « L'instauration et le suivi du traitement doivent s'effectuer sous la responsabilité d'un médecin formé et expérimenté en pathologie neurovasculaire ».

Un programme régional de formation des urgentistes, déclinaison d'un plan de formation national des urgentistes établi par les sociétés savantes (SFNV, SFMU, SFR), permettra de répondre à ces évolutions dans le strict cadre des contraintes réglementaire.

3. recommandations de bonne pratique médicale

Recommandations HAS sur prise en charge AVC par thrombolyse dans un délai inférieur à 3 h après la survenue des troubles pour les accidents ischémiques.

Actions à mener au niveau régional

L'objectif général de recours à la télémédecine est double pour :

1. contribuer à sécuriser le diagnostic du caractère ischémique ou hémorragique de l'AVC afin d'augmenter le nombre de personnes victimes d'un AVC ischémique qui pourront bénéficier d'un acte de reperfusion par fibrinolyse.
2. contribuer à réduire le plus possible le délai entre l'apparition des signes et la prise en charge médicale (4 h 30 au maximum si actualisation de l'AMM sur les données européennes, 3 heures pour les personnes de plus de 80 ans).

La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) mobilisent quatre groupes d'acteurs : la personne et son entourage, les urgentistes, les (neuro)radiologues et les neurologues.

Objectifs spécifiques :

1. Faire du SAMU centre 15, le premier élément de recours du patient victime d'un AVC et un élément d'orientation, aidé par les systèmes d'information, favorisant l'établissement rapide du diagnostic et de la meilleure prise en charge thérapeutique :
 - Le centre 15 interroge le patient et/ou son entourage, à l'aide d'une fiche standardisée de recueil des éléments suivants : antécédents, traitements médicamenteux usuels, heure de début des symptômes, éléments de gravité clinique évaluée par le score NIHSS (National Institute of Health Stroke Score).
 - Avec ces éléments, le régulateur du SAMU centre 15 déclenche ou non l'alerte AVC.
2. Permettre, avec l'appui de la télémédecine et en tout point du territoire, l'accès :
 - Au radiologue pour l'imagerie diagnostique ; dans l'idéal l'IRM 24 heures sur 24, à défaut un scanner.
 - Au neurologue qui permettra le diagnostic précis pour la meilleure décision thérapeutique (traitement de reperfusion si le délai est compatible avec la thrombolyse).

Ceci amène à définir un parcours type du patient par territoire de santé.

3. L'accès à l'avis neurologique 24 heures sur 24 repose sur le recours à la télémédecine, sous réserve d'une transmission d'images radiologiques natives de qualité, pour permettre d'organiser une conférence à trois

(malade/entourage ; urgentiste ; neurologue) avec l'appui des images fournies par le radiologue et d'évaluer le patient (télé-expertise).

3-1 organiser une garde radiologique régionale 24 heures sur 24

3-2 organiser une garde neurologique régionale 24 heures sur 24 pour pallier au nombre insuffisant de neurologues dans les services des établissements de santé de la région. équiper les structures d'urgence de cabines de télé expertise pour permettre au neurologue de voir le patient, et le cas échéant de compléter l'expertise clinique, dans le cadre d'une conférence à trois (malade/entourage ; urgentiste ; neurologue) avec l'appui des images fournies par le radiologue

4. mettre en place un dispositif d'accès à la thrombolyse sous un délai inférieur à 3 heures: Le dispositif proposé tient compte de la contrainte actuelle qui veut que la thrombolyse soit réalisée uniquement par des praticiens titulaires d'un diplôme interuniversitaire de neurovasculaire. Des évolutions seront rendues possibles à moyen terme si, sous réserve d'une formation, les urgentistes sont autorisés à pratiquer l'acte de reperfusion.

5. formaliser par département, conformément au plan national AVC, un parcours type du patient permettant avec l'aide de la télémédecine, de prévoir et d'optimiser dès l'urgence :

5.1. les modalités de transfert de tout patient ayant bénéficié d'une thrombolyse vers une UNV offrant la possibilité d'un accès à des lits de soins intensifs en tant que de besoin,

5.2. les modalités du retour du patient stabilisé vers l'établissement initial de prise en charge.

6. accompagner avec la télémédecine le développement des UNV de proximité et l'organisation neurovasculaire régionale. L'organisation régionale pourrait se décliner comme suit :

6.1. une unité régionale neurovasculaire de référence (UNVR):

Cette unité installée au CHU de Clermont-Ferrand comporte 22 lits dont 4 lits USI neurologique. Elle a vocation à recevoir tous les AVC constitués depuis moins de 24 heures du territoire départemental du Puy de Dôme et tous les AVC ayant bénéficié d'une fibrinolyse quel qu'en soit le lieu de réalisation en région Auvergne,

6.2. des unités neurovasculaires de proximité, devant remplir les conditions suivantes afin d'assurer qualité et sécurité des soins :

- elles sont situées dans les établissements de santé disposant d'un service d'accueil des urgences, bénéficiant de la présence d'une équipe de neurologues comptant des praticiens en nombre suffisant pour organiser sur place une garde 24 heures sur 24 participant à la garde régionale sur la base du volontariat,
- elles ont accès 24 heures sur 24 au mieux à l'IRM, à défaut au scanner,
- elles ont élaboré un protocole avec le SAMU centre 15 du territoire de santé de l'établissement de rattachement, avec le SAMU centre 15 du territoire de santé de l'établissement de l'unité régionale neurovasculaire de référence et avec l'unité régionale neurovasculaire de référence.

6.3. des établissements intégrés au réseau, recevant des AVC et ne disposant pas d'une unité neurovasculaire de proximité, devant structurer une filière de prise en charge des ces patients en coordination avec une unité de proximité, ou avec l'UNV régionale de référence.

7. organiser l'utilisation de la télémédecine dans le cadre de la prise en charge des personnes victimes d'AVC en région Auvergne

7.1. établir, par BSI, une cartographie du parcours du patient dès l'appel du SAMU centre 15 ou dès le recours à un service d'urgence



- 7.2. veiller à la signature de conventions entre les différents intervenants (urgentistes, neurologues, radiologues)
- 7.3. veiller à l'élaboration de procédures de mise en œuvre du parcours du patient, connues de tous sur les territoires :
 - établir un plan de formation pluridisciplinaire, sur la base du document établi par les sociétés savantes (SFMU, SFR, SFNV) et validé par la DGOS en Décembre 2011, pour la mise en œuvre de la télémédecine dans l'AVC et le décliner dans chaque territoire de santé de la région,
 - homogénéiser les pratiques avec la création d'un document régional de traçabilité,
 - favoriser des formations spécifiques par territoires.
- 8. Programmer le déploiement de la filière AVC à l'échelle régionale sur la base de propositions de priorisation en fonction des possibilités d'accès direct du malade en UNV ou grâce au recours à la télémédecine, selon l'organisation retenue pour les gardes radiologiques et neurologiques 24 heures sur 24.

Acte(s) de télémédecine envisagé(s)

La Téléconsultation en radiologie ou «téléradiodiagnostic»
 Sur place, un manipulateur en électroradiologie est formé à la réalisation et à la transmission d'exams d'imagerie en coupes. A distance, un médecin radiologue interprète l'examen grâce à un formulaire électronique joint aux images permettant de connaître l'histoire clinique du patient et l'indication. L'interaction peut comporter des question(s) posée(s) au médecin requérant et au patient pour guider la conduite radiologique la plus adaptée à la situation clinique et interpréter le résultat. Elle permet au médecin en contact direct avec le patient («médecin requérant») de disposer de l'avis et de l'interprétation d'un médecin radiologue situé à distance du lieu de réalisation de l'examen radiologique (« radiologue requis »).

La Téléexpertise. Il s'agit d'obtenir un avis d'expertise neurovasculaire pour :

- guider la conduite de prise en charge la plus adaptée à la situation clinique spécifique d'un patient dans le cadre de l'urgence ou du suivi ;
- effectuer une réévaluation des données médicales, dont la lecture des images, affiner et/ou confirmer le diagnostic et le cas échéant, guider la conduite ultérieure à tenir pour le patient ;
- assurer le suivi du patient dans le cadre de RCP AVC ;
- apporter une aide et une explication aux données médicales en considérant les aspects formation du centre de recours ;
- modifier progressivement, à l'échelle régionale, les pratiques médicales en favorisant et promouvant l'amélioration de la prise en charge des AVC (phase aiguë et lors du suivi). Par exemple, dans le domaine de l'imagerie, il s'agit de privilégier l'accès à l'IRM en urgence par rapport au scanner en cas de suspicion d'AVC et plus largement dans l'exploration des pathologies du système nerveux central (cf. Guide du bon usage des exams d'imagerie médicale).

La Téléassistance
 Il s'agit de superviser la réalisation d'actes et le suivi des patients dans le cadre de l'AVC. Pour la téléassistance, il peut s'agir :

- pour le neurologue requis : de contrôler la réalisation de la thrombolyse,
- et pour le radiologue : de contrôler la réalisation de l'examen d'imagerie.

Cible

Centre 15
 - Prend en charge de la régulation des patients AVC UNV-R (Unité Neuro Vasculaire de Référence)

	<p>- Assure, dans le cadre de protocoles régionaux, les actes diagnostiques, thérapeutiques et les activités de télé-médecine de recours. Elle comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une équipe Technique : un ingénieur en technologie de la communication et de l'information ou un manipulateur formé aux techniques de télé-médecine doit être identifié au sein des UNV-R. Ce référent technique est le garant de la formation des médecins et des paramédicaux à l'utilisation des outils de télé-médecine qui revêt un rôle central dans la mission de l'UNV-R. • Une équipe neuroradiologique : propose des avis de sénior neuroradiologue H24. L'équipe neuroradiologique doit être en capacité de proposer des gestes de thrombectomie mécanique de jour comme de nuit. Les procédures de stenting à la phase aiguë doivent être maîtrisées a fin de répondre à l'ensemble des situations pathologique (dissection, sténose et autres). • Une équipe neurologique. • Une équipe neurochirurgicale. <p>Hôpitaux dotés d'une UNV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprennent des lits de soins intensifs neurovasculaires et des lits d'hospitalisation « classiques » dédiés • Bénéficient de l'expertise d'un médecin de MPR, des compétences en kinésithérapie, orthophonie, ergothérapie, psychologie, en assistante sociale pour un bilan et une prise en charge précoce de chaque patient <p>Hôpitaux non dotés d'une UNV</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposent d'un service d'urgence, d'une équipe d'urgentistes pouvant assurer une permanence 24h/24h, d'une imagerie performante (IRM au mieux, scanner au minimum) <p>Partenaires (patients, SDIS, médecins généralistes...)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doivent être informés de la nécessité de contacter le centre 15
<p>Equipement nécessaire</p>	<p>Doit répondre au service attendu :</p> <p>1-le transfert d'images à partir de l'unité de radiologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • transférer un scanner sans injection et 1 scanner injecté des troncs supra aortiques et des vaisseaux de la base du crâne • disposer des coupes natives pour permettre la reconstruction par le neurologue <p>2-la télé-expertise</p> <ul style="list-style-type: none"> • téléconsultation du malade • « télé conversation » avec le médecin en charge du malade et les proches du malade <p>L'équipement indispensable doit comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aux urgences : un « box » dans chacun des établissements retenus, équipé d'une caméra haute définition, pilotable à distance par le neurologue de garde avec des moyens de communication audio et console d'accès au télé dossier • au sein des services de radiologie : l'équipement du plateau technique d'imagerie doit permettre le transfert d'images à partir de l'unité de radiologie • au sein de l'UNV de référence une console d'accès au télé dossier et à l'infrastructure de téléimagerie (une pièce dédiée existe déjà).
<p>Indicateur(s) de suivi</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Taux de patients admis en UNV après la survenue d'un AVC, en région Auvergne - Part du personnel médical et paramédical formé à l'acte de thrombolyse - Délai de consultation pour évaluation, bilan diagnostic et prise en charge en rééducation/réadaptation
<p>Indicateur(s) de résultat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de thrombolyse réalisées dans les premières heures de prise en charge de l'AVC

Permanence des soins en imagerie

Objectif(s) des schémas	<ul style="list-style-type: none"> - Organiser et mettre en place la permanence régionale des soins en imagerie afin d'optimiser le recours à la télé-médecine - Assurer la prise en charge des situations d'urgence et de la permanence des soins - Développer les outils techniques de la mise en œuvre de la gradation
Référence(s)	<ul style="list-style-type: none"> - Document de synthèse réalisé en mai 2011 avec le SNITEM : « La télé-imagerie, une réalité croissante dans l'offre de soins » ; - « Charte de la télé-radiologie », réalisée en septembre 2009 ; - « Cahier des charges de la convention médicale de télé-radiologie », réalisé avec le Conseil national de l'ordre des médecins.
Contexte national/Enjeux	<ul style="list-style-type: none"> - Déployer la télé-radiologie afin de contribuer à assurer la continuité et la permanence des soins dans un contexte de pénurie des radiologues et d'accroissement de la demande des examens de radiologie. - Améliorer les conditions d'exercice des professionnels
Contexte régional en 2011	<ul style="list-style-type: none"> - La moyenne d'âge des radiologues en Auvergne est supérieure à la moyenne nationale (plus de 50 % des radiologues en exercice ont plus de 55 ans). Les manipulateurs en électroradiologie ne restent pas en Auvergne. A terme l'Auvergne pourrait être confrontée à une tension démographique forte pour assurer un accès satisfaisant à la radiologie alors que les prévisions sont dans le sens d'une augmentation d'activité en imagerie médicale et d'une baisse parallèle de la démographie des radiologues. - On constate en région Auvergne une saturation d'une part des scanners fonctionnels et des distances d'accès à ces équipements souvent importantes. Pour autant, il existe un risque réel que des scanners de proximité restent dépourvus des personnels nécessaires et réalisent une faible activité.
Pré-requis	<ul style="list-style-type: none"> - S'assurer que l'aménagement numérique actuel du territoire permette un accès de qualité aux différents acteurs de santé pour l'acquisition d'images (cf. objectif général 1).
Actions à mener au niveau régional	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'adaptation de l'infrastructure régionale en accès haut débit et très haut débit aux besoins identifiés et spécifiques au PRT pour les structures de soins. - Mettre en œuvre une organisation régionale de la permanence des soins en imagerie reconnue et partagée par le G4 et l'ensemble des acteurs de santé concernés. Elle devra proposer une gradation de la prise en charge adaptée. - Accompagner le déploiement d'une plateforme générique de support à l'activité de télé-médecine afin de mettre en œuvre un projet régional de télé-radiologie en imagerie. - S'appuyer sur les travaux menés en 2012 par le Gcs Simpa dans le cadre de l'appel à projet «TELEMEDECINE» de l'Asip Santé devant proposer un modèle médico-économique de la télé-radiologie en Auvergne. - Proposer et mettre en œuvre un modèle de conventionnement pour l'activité de télé-médecine entre les différents partenaires associés au projet.

Acte(s) de télémédecine envisagé(s)	<ul style="list-style-type: none"> - L'interprétation à distance des examens radiologiques, en temps réel ou en temps différé, constitue un acte de téléexpertise ou de téléconsultation pour le radiologue. - Des actes de téléassistance peuvent également permettre aux radiologues d'assister à distance le manipulateur au cours de la réalisation d'un examen radiologique ou l'urgentiste au cours d'un acte médical.
Acteur(s) concerné(s) et rôles	<p>Le médecin urgentiste</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prend en charge le patient. - Est en relation avec le télé-radiologue pour initier la demande d'acte et pour récupérer le diagnostic. - Sécurise l'acte auprès du manipulateur. <p>Le manipulateur (MER)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est en relation avec le télé-radiologue pour réaliser l'acte sécurisé par le médecin urgentiste et transmettre les images. <p>Le télé-radiologue</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est en relation avec le médecin urgentiste pour définir l'acte à réaliser et poser un diagnostic. - Est en relation avec le manipulateur pour préciser d'un point de vue technique l'acte à réaliser et pour récupérer et interpréter les images.
Cible	<ul style="list-style-type: none"> - Ensemble des établissements de santé disposant d'une autorisation d'utiliser des équipements et matériels lourds (scanner et IRM).
Indicateur(s) de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Augmentation du taux de recours à la téléexpertise dans le cadre de la permanence des soins en imagerie. - Augmentation du taux de recours à la téléexpertise dans le cadre de l'urgence hors de la permanence des soins en imagerie.
Indicateur(s) de résultat	<ul style="list-style-type: none"> - 100 % des sites concernés à utiliser la solution régionale de télé-radiologie

Améliorer la qualité et la sécurité des soins

Objectif(s) des schémas	Améliorer la qualité et la sécurité des soins dans le cadre de l'efficience des prises en charges
Référence(s)	Code de déontologie Code de santé publique Référentiels de bonne pratique Plans nationaux de santé y compris celui concernant le développement de la télémédecine
Contexte national/Enjeux	<ul style="list-style-type: none"> • L'amélioration de la qualité des soins et de l'accès aux soins dans un contexte de démographie médicale en baisse et inégale sur le territoire, et d'augmentation de la demande de soins ; • l'évolution et la transformation des pratiques médicales • l'amélioration du confort de prise en charge attendue par les patients ; • de nombreuses études et pilotes expérimentaux conduits tant en France qu'en Europe démontrent la valeur ajoutée de la télémédecine en matière de qualité et de sécurité dans l'organisation des soins, en particulier dans des contextes de pathologies pour lesquelles la rapidité d'intervention d'un spécialiste améliore significativement le pronostic vital.
Contexte régional en 2011	La géographie auvergnate, le vieillissement grandissant de la population, la démographie des professionnels de santé nécessitent le recours à de nouvelles pratiques et de nouvelles organisations territoriales. Celles-ci s'accompagneront de recomposition de l'offre de soins favorisant l'efficience.
Pré-requis	<p>-Questions fonctionnelles et techniques encore insuffisamment maîtrisées (telles que l'incorporation de dispositifs de sécurité requis en matière de protection des données de santé¹, exigences du cadre d'interopérabilité des SIS², Identifiant National de Santé (INS) traçabilité de la demande, etc.), mais indispensables au développement des échanges ; crainte du corps médical vis-à-vis des nouvelles technologies</p> <p>-l'organisation mise en place devra servir la santé publique (apporter une amélioration dans la prise en charge du patient, alignement avec le Plan Régional de Santé [PRS] de l'Agence régionale de santé [ARS], etc.), être pérenne (financement des actes, etc.), être conforme à la réglementation existante.</p> <p>-En réponse aux enjeux fonctionnels et techniques, les solutions industrielles de télémédecine rendues disponibles par le présent programme, devront permettre de partager et sécuriser les échanges d'informations médicales, conformément aux bonnes pratiques et normes existantes.</p> <p>-Enfin, l'acte de télémédecine doit s'appuyer sur une bonne connaissance du dossier médical du patient entre tout professionnel de santé participant, ce qui renforce le besoin parallèle et indissociable de systèmes</p>
Actions à mener au niveau régional	-faire de la télémédecine un levier de la nécessaire restructuration de l'offre de soins,

	<p>il importe :</p> <p>d'accompagner l'ensemble des initiatives</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordonner le déploiement de ces solutions sur l'ensemble du territoire afin d'en garantir le bon accès et l'usage. - Avoir un cadre cohérent et maîtrisé afin d'en garantir les résultats et la pérennité pour une meilleure qualité et accessibilité des soins, meilleure prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.
Acte(s) de télémédecine envisagé(s)	TOUS
Cible	
Equipements nécessaires	
Indicateur(s) de suivi	
Indicateur(s) de résultat	

Annexe B : la formalisation de l'activité de télémédecine répond à des règles juridiques, déontologiques et éthiques qui ont fait l'objet de la rédaction d'une fiche proposée par Maître AM. REGNOUX, avocat au barreau de Clermont-Ferrand et professeur de droit et par Monsieur le Professeur P. THIEBLOT, Président du Conseil régional de l'Ordre des Médecins.

OBJECTIFS : permettre à chaque acteur, professionnel de santé ainsi qu'à tout opérateur intervenant dans le cadre de la télémédecine, d'assurer la prise en charge des personnes dans le respect des dispositions légales et réglementaires, de la qualité et de la sécurité pour le patient, et de l'éthique pour les professionnels.

ABREVIATIONS

CSP : code de la santé publique

RAPPEL DES TEXTES

DISPOSITIONS LEGALES :

- article L 6316-1 du CSP: définition de la télémédecine

DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES

- Article R 6316-1 du CSP : les actes de télémédecine
- R 6316-2 du CSP : le consentement du patient et échanges d'informations entre professionnels
- R 6316-3 du CSP : les garanties
- R 6316-4 du CSP : la traçabilité dans le dossier du patient
- R 6316-5 du CSP : la prise en charge des actes de télémédecine
- R 6316-6 du CSP : organisation de l'activité de télémédecine dans les programmes nationaux ou CPOM, ou les contrats particuliers signés par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité
- R 6316-7 du CSP : contenu des programmes annuels et CPOM
- R 6316-8 du CSP : contrats conclus entre organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine
- R 6316-9 du CSP : obligation de vérifier la formation et les compétences des professionnels de santé et psychologues participant aux actes de télémédecine
- R 6316-10 : obligations pesant sur les utilisateurs des technologies de l'information et de la communication
- R 6316-11 du CSP : financement des activités de télémédecine

L'acte de télémédecine

- Définition

Dispositions légales et réglementaires

art L 6316-1 du CSP : la télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Art R6316-1 CSP : il s'agit d'actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.

ANALYSE

Ce que permet la télémédecine :

- 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,
- d'effectuer une surveillance de l'état des patients

Les actes de télémedecine

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 peuvent également être présents auprès du patient ;

2° La télé-expertise, 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 ;

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.

Recommandations du CNOM

L'acte de télémedecine constitue un acte médical à part entière, quant à son indication et sa qualité. Il n'en est pas une forme dégradée.

Réalisation des actes de télémedecine

Dispositions légales et réglementaires

Article R6316-3 du CSP

Chaque acte de télémedecine 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 télémedecine.

Recommandations du CNOM

- Nécessité d'établir des protocoles dans la mise en œuvre des pratiques, que ce soit sur un territoire de santé ou en fonction des pathologies.

Préconisations

- Protocoles prévoyant notamment :
 - Modalités de la traçabilité dans le dossier de l'identification et de l'authentification des professionnels intervenants
 - Modalités de recueil des justificatifs de l'identité des patients
 - Modalités d'accès sécurisé des professionnels aux données de santé
 - Modalités relatives à la formation et la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémedecine

Les intervenants

Dispositions légales et réglementaires

- Professionnels médicaux (R6316-7 CSP)

- 1) Respect des conditions légales d'exercice des médecins

- diplôme français d'Etat de docteur en médecine, ou titres équivalents
- condition de nationalité
- inscription au tableau de l'ordre des médecins

A défaut,

- autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé

2) Doivent satisfaire à l'obligation d'assurance

a. pour les professionnels libéraux : souscription d'une garantie responsabilité civile professionnelle

b. pour les professionnels de santé salariés ou agents publics (praticiens hospitaliers) : couverts par la garantie responsabilité civile professionnelle souscrite par leur établissement.

- Autres professionnels de santé et psychologues (R6316-9 CSP).

Les professionnels médicaux qui organisent une activité de télémedecine s'assurent que les professionnels participant à cette activité ont

3) la formation

4) les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants

Recommandations (rapport DHOS 2008)

- la formation

- Des professionnels médicaux et non médicaux aux techniques de la télémedecine

Droits des patients

1) Consentement et information du patient

Dispositions légales et réglementaires

Article R6316-2 CSP :

Les actes de télémedecine 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.

Article L 1111-2 CSP al 1^{er} :

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. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Article L 1111-4 CSP al 1^{er} :

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.

R 4127-64 CSP (code de déontologie médicale) :

Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères.

Préconisations

Le médecin requérant informe le patient :

- De l'intérêt de l'acte de télémedecine proposé
- De l'identité et de la qualité du médecin requis, éventuellement des autres professionnels devant intervenir
- Du déroulement de l'acte de télémedecine
- Des risques liés à l'acte de télémedecine proposé

Le médecin requérant assure la traçabilité des informations et du consentement donné par le patient dans le dossier.

Le médecin requis s'assure que le patient est utilement informé.

Recommandations

Du CNOM :

- L'information du patient ne doit pas négliger la présentation explicite tant du dispositif employé que des coopérations professionnelles mises en œuvre.

Cas particuliers

- Patient hors d'état d'exprimer sa volonté
- Patient mineur
- Patient majeur protégé

2) Echanges d'informations entre professionnels

Dispositions légales et règlementaires

Article L 1110-4 al 4 CSP:

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Article R6316-2 CSP al 2 :

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.

Article R6316-10 CSP :

Les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémédecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique relatif aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel.

Le consentement exprès de la personne, prévu au premier alinéa de ce même article L. 1111-8, peut être exprimé par voie électronique.

Préconisations

- Le patient doit être averti des échanges de données personnelles avant leur transfert à d'autres professionnels de santé participant à l'acte de télémédecine
- Cette information du patient ainsi que l'absence d'opposition de sa part doivent être tracées dans le dossier.

Recommandations

La CNIL (guide des professionnels de santé ; édition 2011) :

- Un haut niveau de sécurité des échanges doit être assuré compte tenu des risques que comporterait la transmission d'informations dégradées ou la divulgation de celles-ci à des tiers.
- La CNIL considère que les dispositifs de télémédecine doivent garantir, outre l'authentification des professionnels de santé, la confidentialité des données, le chiffrement des données transmises, la traçabilité des connexions, l'intégrité des données et la mise en place d'un archivage sécurisé des données.
- Les technologies utilisées dans le cadre de la télémédecine (ex. logiciel) doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'ASIP-Santé.
- Lorsque le traitement fait appel à un hébergeur de données de santé agréé, le consentement exprès du patient à cet hébergement est requis. Il peut être exprimé par voie électronique.

Les organismes et professionnels qui exercent une activité de télémédecine ont jusqu'au 20 avril 2012 pour se mettre en conformité avec le décret.

3) Le dossier

- contenu et traçabilité

Article R6316-4 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.

Article R4127-45 CSP (code de déontologie médicale)

Indépendamment du dossier de suivi médical prévu par la loi, le médecin doit tenir pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin.

Tout médecin doit, à la demande du patient ou avec son consentement, ou à ceux qu'il entend consulter, les informations et documents utiles à la continuité des soins.

Il en va de même lorsque le patient porte son choix sur un autre médecin traitant.

Les conventions

Dispositions légales et réglementaires

Article R6316-8 CSP

Les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémedecine, à l'exception de la réponse médicale donnée dans le cadre de la régulation médicale, concluent entre eux une convention respectant les dispositions inscrites dans les contrats ou programmes mentionnés à l'article R. 6316-6. Cette convention organise leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les exigences mentionnées dans le présent chapitre.

Recommandations CNOM

- Données techniques à insérer dans tout protocole.

- Les garanties présentées par les prestataires techniques
- La description technique des équipements utilisés (matériels, logiciels et services), leurs fonctionnalités, les standards et normes d'échange et de transmission employés.
- Les dispositions assurant le respect du secret professionnel

- Clauses essentielles des conventions types correspondant aux différents types de télémedecine : téléconsultation, télé expertise, télésurveillance, téléassistance...

- Les modalités d'information et de recueil du consentement du patient
- L'exposé de la (ou des) situation (s) dans lesquelles les médecins et professionnels sont appelés à intervenir, en délimitant le champ de cette intervention.
- Les modalités de coopération et de continuité des soins entre médecins, ou entre médecins et autres professionnels de santé impliqués dans une pratique de télémedecine
- Les responsabilités respectives des divers médecins et autres professionnels participant à l'acte de télémedecine, ou qui prennent part à la convention
- La vérification par les autorités ordinales territorialement compétentes que les professionnels de santé impliqués sont tous en situation légale d'exercice de leurs professions, en France ou sur le territoire de l'Union européenne, et sont couverts par une assurance en responsabilité concernant la pratique de la télémedecine précisant le lieu de compétence juridictionnelle.
- La détermination, dans un chapitre financier, des modalités de rémunération de la pratique mise en œuvre

Les obligations des professionnels de santé

Dispositions légales et réglementaires

Article R6316-9 du CSP

Les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémedecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémedecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.

Article R6316-10 du CSP

Les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémedecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique relatif aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel.

Le consentement exprès de la personne, prévu au premier alinéa de ce même article L. 1111-8, peut être exprimé par voie électronique.

Article L1111-8 du CSP

Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement, quel qu'en soit le support, fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leurs modalités de transmission sont subordonnées à l'accord de la personne concernée.

Les conditions d'agrément des hébergeurs des données, quel qu'en soit le support, sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'article 34 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent.

La détention et le traitement sur des supports informatiques de données de santé à caractère personnel par des professionnels de santé, des établissements de santé ou des hébergeurs de données de santé à caractère personnel sont subordonnés à l'utilisation de systèmes d'information conformes aux prescriptions adoptées en application de l'article L. 1110-4 et aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité arrêtés par le ministre chargé de la santé après avis du groupement mentionné à l'article L. 1111-24 (1).

Les professionnels et établissements de santé peuvent, par dérogation aux dispositions de la dernière phrase des deux premiers alinéas du présent article, utiliser leurs propres systèmes ou des systèmes appartenant à des hébergeurs agréés, sans le consentement exprès de la personne concernée dès lors que l'accès aux données détenues est limité au professionnel de santé ou à l'établissement de santé qui les a déposées, ainsi qu'à la personne concernée dans les conditions prévues par l'article L. 1111-7.

L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.

Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés dans le contrat prévu au deuxième alinéa.

Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder de copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui.

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreintes au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales et des agents mentionnés aux articles L. 1421-1 et L. 1435-7. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé.

Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes, directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal.

Responsabilité et gestion des risques

1) Responsabilité et assurances

Dispositions légales et réglementaires

Article L1142-1 du CSP : la faute, fondement de la responsabilité

I. - Hors le cas où leur responsabilité est encourue en raison d'un défaut d'un produit de santé, les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, ainsi que tout établissement, service ou organisme dans lesquels sont réalisés des actes individuels de prévention, de diagnostic ou de soins ne sont responsables des conséquences dommageables d'actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'en cas de faute.

Les établissements, services et organismes susmentionnés sont responsables des dommages résultant d'infections nosocomiales, sauf s'ils rapportent la preuve d'une cause étrangère.

II. - Lorsque la responsabilité d'un professionnel, d'un établissement, service ou organisme mentionné au I ou d'un producteur de produits n'est pas engagée, un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ouvre droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité, fixé par décret, apprécié au regard de la perte de capacités fonctionnelles et des conséquences sur la vie privée et professionnelle mesurées en tenant notamment compte du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, de la durée de l'arrêt temporaire des activités professionnelles ou de celle du déficit fonctionnel temporaire.

Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique fixé par décret ; ce pourcentage, au plus égal à 25 %, est déterminé par ledit décret.

Article L1142-2 du CSP : l'assurance responsabilité civile

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, mentionnés à l'article L. 5311-1 à l'exclusion du 5°, sous réserve des dispositions de l'article L. 1222-9, et des 11°, 14° et 15°, utilisés à l'occasion de ces activités, 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.

Une dérogation à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa peut être accordée par arrêté du ministre chargé de la santé aux établissements publics de santé disposant des ressources financières leur permettant d'indemniser les dommages dans des conditions équivalentes à celles qui résulteraient d'un contrat d'assurance.

Les contrats d'assurance souscrits en application du premier alinéa peuvent prévoir des plafonds de garantie. Les conditions dans lesquelles le montant de la garantie peut être plafonné pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'assurance des professionnels de santé, des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur est impartie, même si ceux-ci

disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical.

Le crédit-bailleur de produits de santé ou le loueur assimilable au crédit-bailleur ne sont pas tenus à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa.

En cas de manquement à l'obligation d'assurance prévue au présent article, l'instance disciplinaire compétente peut prononcer des sanctions disciplinaires.

2) Responsabilité du fait de l'utilisation des logiciels de télémédecine

- « Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. » (directive 93/42/CEE relative aux dispositifs médicaux);

- Responsabilité du fait des produits défectueux, même sans faute

Analyse juridique

Spécificités de la télémédecine

- Répartition des responsabilités entre les acteurs intervenant dans la réalisation des actes de télémédecine
- Application du régime de responsabilité applicable à l'ensemble des actes de prévention, de diagnostic et de soins : chaque intervenant est susceptible de voir sa responsabilité engagée pour les actes qu'il a réalisés dans le cadre de cette activité

Préconisations

- Traçabilité complète de la réalisation des actes par chaque acteur intervenant dans l'activité de télémédecine auprès d'un patient.

3) Gestion des risques

Préconisations SHAM

Les actions de prévention pour assurer une gestion des risques a priori

Concernant le patient

- les modalités d'information du patient
 - définies et évaluées.
- Modalités de recueil du consentement à ce mode de prise en charge particulier.
- Le système d'identification du patient fiable
 - garantir une adéquation sans faille entre le patient et les données qui le concernent (notamment par rapport aux examens complémentaires échangés entre les professionnels).
- Le dossier patient contient l'ensemble des informations obtenues au moyen de la télémédecine.
- Définir des critères d'évaluation spécifiques pour disposer d'indicateurs pertinents.

Concernant les technologies utilisées

- **Fiabilité** : les matériels doivent faire l'objet de tests pour assurer une continuité de l'activité. Les défaillances potentielles doivent être anticipées et les mesures correctives, à prendre en cas de survenue, doivent être définies (analyse de scénarios, identification des vulnérabilités).
- **Maintenabilité** : les conditions de maintenance doivent être prévues pour garantir le bon fonctionnement et la qualité du matériel employé (qualité des images transmises par exemple) ainsi que la disponibilité de celui-ci.
- **Sécurité** : elle porte à la fois sur les moyens utilisés mais aussi sur les données véhiculées et partagées entre les professionnels de santé par ces moyens.

Concernant les professionnels utilisateurs

- Connaissance des règles
 - par une formation adaptée et organisée de façon institutionnelle de l'ensemble des acteurs concernés par la télémédecine.
- Contenu des règles
 - aspects importants de traçabilité des informations obtenues au moyen de la télémédecine au sein du dossier patient (consultation, avis, prescription...)
 - l'identification des professionnels intervenants.
- Connaissance des professionnels entre eux
 - staffs en commun,
 - vidéoconférences

Annexe C : données à recueillir et à échanger devant être intégrées à la construction des supports techniques à l'acte de télémédecine

ACTE	Type d'interface	Nature du flux	Détail des données associées
Téléconsultation	Télémédecine « Patient - Soignant »	Données <u>recueillies</u> au titre de l'acte de télémédecine.	Données provenant de dispositifs médicaux <ul style="list-style-type: none"> • Mesures, pressions, pouls, température, glycémie... • Signaux physiologiques (stétho, ECG, EEG, EMG...) • Imagerie fixe et dynamique (y compris photo/video)
Télesurveillance médicale			Données cliniques spécifiques à l'acte de télémédecine <ul style="list-style-type: none"> • Demande de réalisation d'un acte de télémédecine • Compte-rendu de la réalisation de l'acte • Prescriptions effectuées dans le cadre de l'acte
Téléexpertise	Télémédecine « Soignant - Soignant »	Données <u>échangées</u> au titre de l'acte de télémédecine.	Dossier patient (général ou de spécialité) <ul style="list-style-type: none"> • Compte-rendu d'hospitalisation / de consultation • Prescriptions médicamenteuses • Autres documents
Téléassistance médicale			Résultats d'examen <ul style="list-style-type: none"> • Imagerie médicale • Signaux • Biologie

Annexe D : expériences de télémédecine identifiées en région Auvergne (voir tableau page suivante) sur la base des informations fournies par les promoteurs

Nom du projet	Téléradiologie Hôpital Murat
Statut projet	Opérationnel
Nom de la structure coordinatrice	Hôpital Murat
Date de lancement opérationnel	janv-04
Priorité nationale	Imagerie hors PDS
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise
Acteurs impliqués	- Hôpital local de murat - Pôle santé République
Objectifs du projet	Assurer l'interprétation des clichés radiologiques par un radiologue
Volumétrie annuelle	992 dossiers

Nom du projet	Téléradiologie Hôpital Mont-Dore
Statut projet	Opérationnel
Nom de la structure coordinatrice	Hôpital du Mont-Dore
Date de lancement opérationnel	2011
Priorité nationale	Imagerie hors PDS
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise
Acteurs impliqués	- Hôpital local du Mont-Dore - Pôle santé République
Objectifs du projet	Assurer l'interprétation des clichés radiologiques par un radiologue
Volumétrie annuelle	542 dossiers

Nom du projet	Téléconsult
Statut projet	Opérationnel
Nom de la structure coordinatrice	CH Vichy
Date de lancement opérationnel	avr-11
Priorité nationale	Imagerie en PDS
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise
Acteurs impliqués	- CH Vichy - Société de radiologue
Objectifs du projet	Interprétation à distance des clichés de scanner à partir de 22 h jusqu'à 8 h le lendemain pour soulager l'astreinte opérationnel d'imagerie

Nom du projet	Réseau Périnatalité
Statut projet	Opérationnel
Nom de la structure coordinatrice	GIE
Date de lancement opérationnel	2008
Priorité nationale	Autres
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise - Téléconsultation
Acteurs impliqués	-9 CH et Cliniques (Service de Maternité) - 320 professionnels libéraux en lien avec le secteur médico-social (et notamment la protection maternelle et infantile)
Objectifs du projet	Dossier de spécialité commun, formations, téléstaff pour le suivi des femmes enceintes
Volumétrie annuelle	- 11 000 dossier initialisés - 48 à 50 sessions /an (au cours desquelles 404 dossiers sont présentés pour 258 femmes).Participation de 2 à 6 maternités distantes en moyenne.

Nom du projet	Cardiauvergne
Statut projet	Opérationnel
Nom de la structure coordinatrice	GCS
Date de lancement opérationnel	sept-11
Priorité nationale	Maladies chroniques
Natures des actes de télémédecine concernés	Télésurveillance
Acteurs impliqués	- 14 ES publics et privés- HAD 63
Objectifs du projet	- Coordonner les soins de l'insuffisance cardiaque chronique - Anticiper les décompensations cardiaques, leurs complications et ainsi éviter des réhospitalisations - Améliorer l'autonomie du patient - Renforcer et structurer la filière de prise en charge de la personne âgée - Faire reculer la dépendance du patient et les inégalités d'accès aux soins
Volumétrie annuelle	- prévu en 2011 : 125 patients - 500 en 2012, - 1000 en 2013

Nom du projet	PACS collaboratif
Statut projet	En expérimentation
Nom de la structure coordinatrice	CHU
Date de lancement opérationnel	2011
Priorité nationale	imagerie hors PDS
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise - Téléconsultation
Acteurs impliqués	- CHU - CH Riom - CH Issoire
Objectifs du projet	- PACS de territoire entre les 3 ES - Mise à disposition de toutes images (quel que soit le lieu de réalisation) pour tous professionnels des établissements sous la CHT

Nom du projet	Plan AVC
Statut projet	En expérimentation
Nom de la structure coordinatrice	CHU
Date de lancement opérationnel	2011
Priorité nationale	AVC
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise -Téléconsultation
Objectifs du projet	Améliorer la réactivité dans le cadre de l'urgence pour favoriser une prise en charge adaptée, en lien avec la garde régionale neurovasculaire

Nom du projet	Transfert images vers CHU
Statut projet	Opérationnel
Nom de la structure coordinatrice	CHU
Date de lancement opérationnel	2003
Priorité nationale	Imagerie hors PDS
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléconsultation
Acteurs impliqués	CHU de Clermont-Ferrand - CH Aurillac CH Moulins-Yzeure - CH Montluçon - CH Nevers CH Saint-Flour - CH Thiers - CH Vichy
Objectifs du projet	Avis du Centre de Référence (principalement avis neurochirurgical)
Volumétrie annuelle	- Urgences neurochirurgicales : 1 279 - Second avis radiologique : 23

Nom du projet	Téléexpertise EEG
Statut projet	Opérationnel
Nom de la structure coordinatrice	CH Le Puy en velay
Date de lancement opérationnel	2011
Priorité nationale	Autres
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise
Acteurs impliqués	CH Le Puy en velay - CHU Saint-Etienne
Objectifs du projet	Téléexpertise des EEG
Volumétrie annuelle	90

Nom du projet	COGERT
Statut projet	En conception
Nom de la structure coordinatrice	CHU
Date de lancement opérationnel	2012
Priorité nationale	Structures médico sociales ou HAD
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise - téléconsultation
Objectifs du projet	OBJECTIF PRINCIPAL : Améliorer la prise en charge médicale du sujet âgé sur un territoire de santé OBJECTIFS SECONDAIRES : Eviter les situations d'urgence et diminuer le flux de personnes âgées au Service d'Accueil des Urgences - Améliorer la réactivité dans le cadre de l'urgence pour favoriser une prise en charge adaptée (si possible sans hospitalisation) - Formation des soignants, médecins (libéraux et hospitaliers), IDE, AS au dépistage de la fragilité et aux spécificités de la prise en charge de la personne âgée - Limiter la prescription médicamenteuse chez la Personne Agée aux seuls traitements indispensables.

Nom du projet	Hospitadom
Statut projet	En expérimentation
Nom de la structure coordinatrice	CH Moulins-Yzeure
Date de lancement opérationnel	oct-11
Priorité nationale	Maladies chroniques
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléconsultation - Téléassistance
Objectifs du projet	<p>1. Améliorer le suivi des patients chroniques, en articulant la prise en charge en hospitalisation, puis en Hospitalisation à domicile avant le retour au domicile ;</p> <p>2. Contribuer à faire diminuer les durées de séjour pour limiter la construction de capacités supplémentaires (cf. diminution des capacités de l'hôpital de 10% et réduction des durées d'hospitalisation pour le court séjour par un suivi des patients à distance) ;</p> <p>3. Limiter les transports sanitaires ;</p> <p>4. Développer les complémentarités médicales et logistiques au sein de la région, de l'interrégion et des territoires de santé concernés, travailler en équipe, favoriser l'attractivité médicale.</p>
Volumétrie annuelle	Environ 10 patients par mois, soit 120 patients par an, dont 60 équipés (bras télémédecine) et 60 patients non équipés (bras non télémédecine) avec par patient : 1 acte de téléconsultation par jour pendant 8 jours et 2 actes de télésurveillance par jour pendant 15 jours, une évaluation en consultation à 6 semaines, 6 mois et 1 an

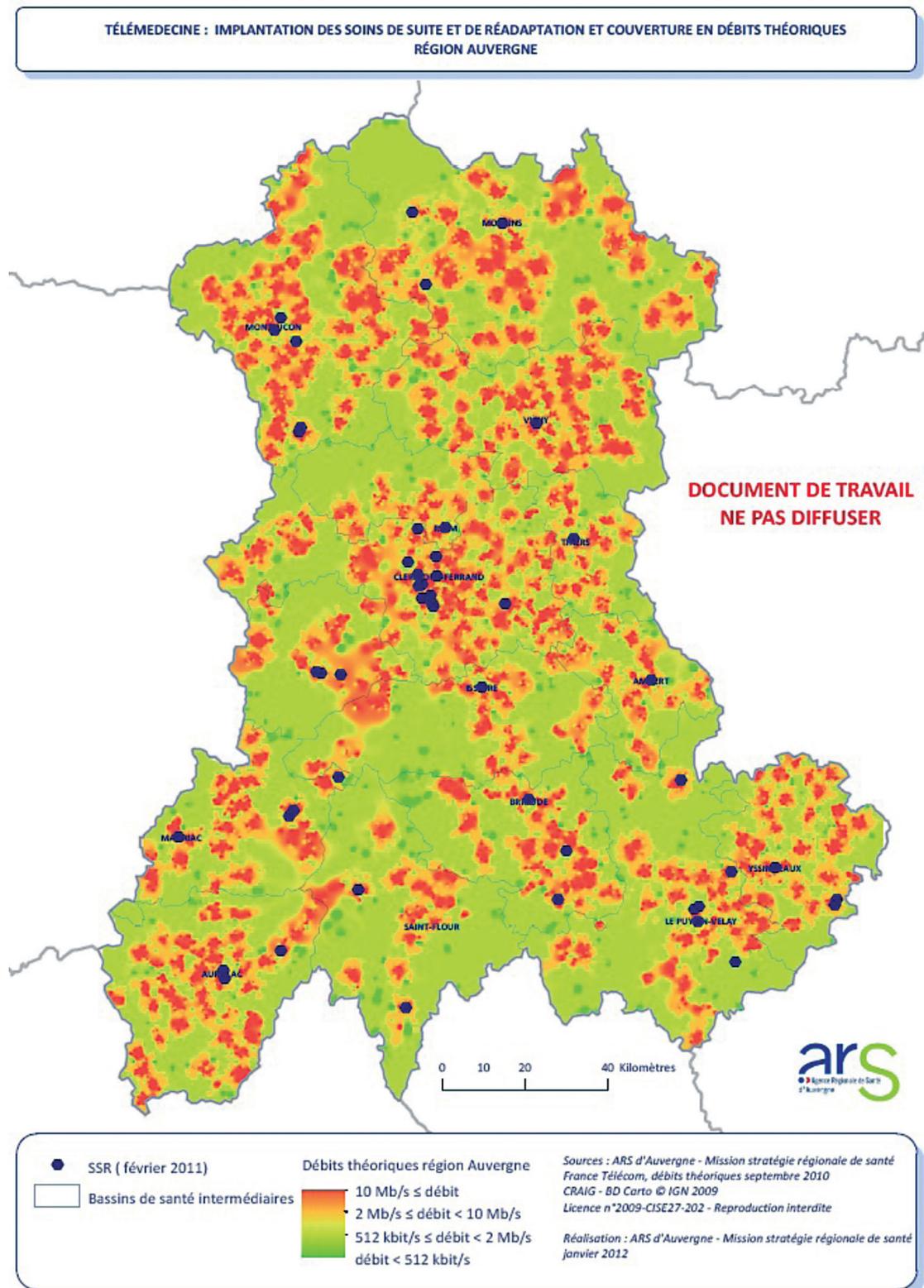
Nom du projet	Télépsychiatrie/télégériatrie
Statut projet	En conception
Nom de la structure coordinatrice	CH Moulins-Yzeure
Date de lancement opérationnel	En cours
Priorité nationale	Maladies chroniques
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise - Téléconsultation - Télésurveillance médicale

Nom du projet	Téléimagerie
Statut projet	En conception
Nom de la structure coordinatrice	CH Moulins-Yzeure
Date de lancement opérationnel	En cours
Priorité nationale	Imagerie en PDS
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise - Téléconsultation - Télésurveillance médicale

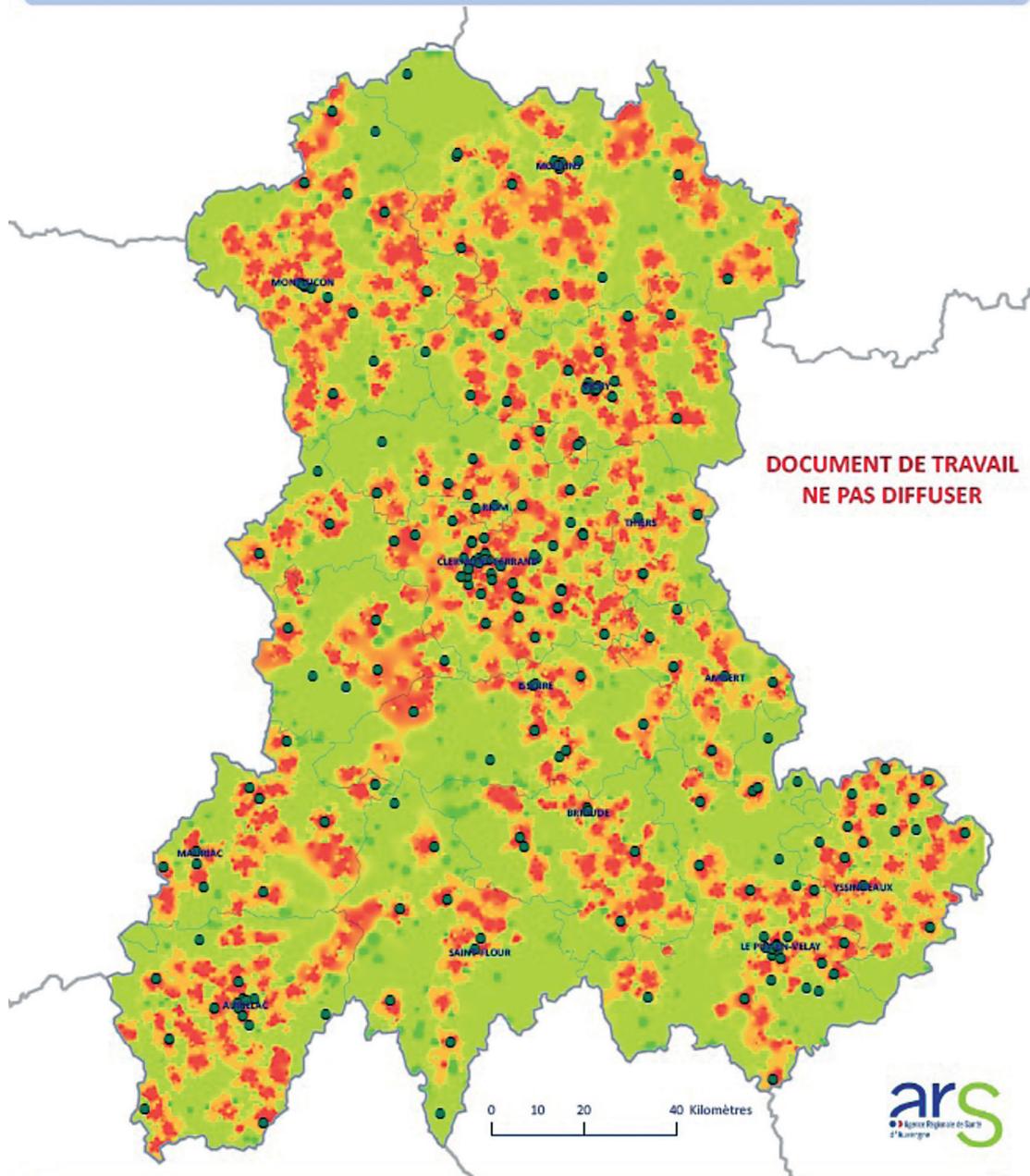
Nom du projet	TélémedYCA et réseau de télémédecine du Cantal
Statut projet	En conception
Nom de la structure coordinatrice	Association TélémedYCA et groupe de travail réseau télémédecine
Date de lancement opérationnel	En cours
Priorité nationale	Soins en structures médico sociales ou HAD Maladies chroniques - Autres à définir
Natures des actes de télémédecine concernés	Téléexpertise - Téléconsultation - Télésurveillance médicale
Objectifs du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre l'organisation, le fonctionnement, la gestion, la promotion et le développement du pôle et réseau de télémédecine - Mettre en œuvre et développer les services de télémédecine dans tous les domaines où cette application apportera une valeur ajoutée à la pratique médicale et à la prise en charge des patients - Assurer la diffusion de toute information sur le sujet auprès des pouvoirs publics, médecins, professions paramédicales et de la population- Collaborer avec les sociétés savantes professionnelles

Annexe E : cartographie de l'aménagement numérique et structures de santé

Ces cartes montrent l'adéquation de l'offre en haut débit avec les acteurs de santé pour la prise en compte de projets de télémédecine (les débits sont des débits théoriques calculés par France télécom et non des débits mesurés, ils peuvent donc être légèrement inférieurs en réalité).



TÉLÉMEDECINE : IMPLANTATION DES EHPAD ET COUVERTURE EN DÉBITS THÉORIQUES
RÉGION AUVERGNE



DOCUMENT DE TRAVAIL
NE PAS DIFFUSER

● EHPAD ouverts (FINESS octobre 2011) Débits théoriques région Auvergne Sources : ARS d'Auvergne - Mission stratégie régionale de santé
 Bassins de santé intermédiaires France Télécom, débits théoriques septembre 2010
 10 Mb/s ≤ débit CRAIG - BD Carto © IGN 2009
 2 Mb/s ≤ débit < 10 Mb/s Licence n°2009-CISE27-202 - Reproduction interdite
 512 kbit/s ≤ débit < 2 Mb/s Réalisation : ARS d'Auvergne - Mission stratégie régionale de santé
 débit < 512 kbit/s janvier 2012

GLOSSAIRE

ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS Agence régionale de Santé

ASIP Santé Agence Nationale des Systèmes d'Information Partagés de Santé

AVC Accident Vasculaire Cérébral

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

CLIC comité local d'information et de coordination

CPOM Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

DSIO Directeur du Système d'Information d'Organisation

DSSIS Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé

EHPAD Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées Dépendantes

FEDER Fonds Européen de Développement Régional

FIQCS Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FMESPP Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

HAD Hospitalisation à Domicile

HAS Haute Autorité de Santé

Loi HPST Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MIGAC Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation

MSP Maison de Santé Pluridisciplinaire

OMS Organisation Mondiale de la Santé

PACS Picture Archiving and Communication System

PRS Projet Régional de Santé

PRT Programme Régional de Télémédecine

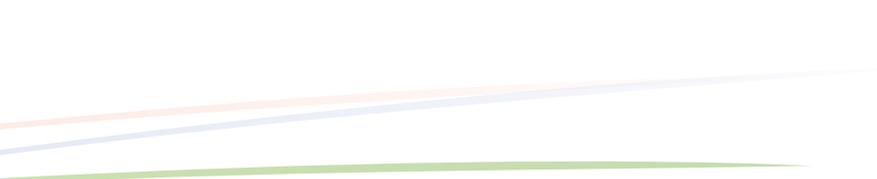
PSRS Plan Stratégique Régional de Santé

SDRSIS Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information en Santé

SI Systèmes d'Information

SSR Soins de Suite et de Réadaptation

UCSA Unité de consultation et de soins ambulatoires



Document édité par l'Agence régionale de santé d'Auvergne - Novembre 2012
Directeur de la publication : François Dumuis.
Rédaction et coordination : Cellule des Relations Publiques
et Délégation à la Stratégie et à la Performance
Crédits photos : ARS Auvergne - Serge Bullo - Phovoir
Conception et réalisation : Réservoircom et Hors-Série



www.ars.auvergne.sante.fr

profession libérale eau personne humaine resp educ cen pa
continuité
recherche
ensemble
art médical
nutrition schéma de prévention assurance hum servic prév pat act
personne
bien-manger aut
projet de vie
enfant
éthique
neutralité risque
schéma d'organ
déontologie
éducation vie à la santé
naissance
accompagnement thérapeutique urg
observation cin gu am acc
télé-médecine
mère
résident diététique
permanence médecine