

# — PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉMÉDECINE (PRT)



Référent ARS :

Gilles CHAMBERLAND

[gilles.chamberland@ars.sante.fr](mailto:gilles.chamberland@ars.sante.fr) / 02 31 70 95 22

# Sommaire

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	4	<b>6.6 Les modalités de contractualisation et de suivi des projets</b> .....	12
<b>2. LE CONTEXTE</b> .....	4	<b>6.7 les modalités d'évaluation des actions</b> .....	12
<b>2.1 Le cadre législatif</b> .....	4	6.7.1 L'évaluation du processus .....	12
<b>2.2 Les référentiels</b> .....	4	6.7.2 L'évaluation des résultats .....	12
<b>2.3 Le plan national de déploiement</b> .....	4	6.7.3 Les perspectives de modélisation .....	12
<b>3. LES OBJECTIFS GENERAUX</b> .....	6	<b>7. LA GOUVERNANCE REGIONALE</b> .....	13
<b>4. LES OBJECTIFS OPERATIONNELS</b> .....	6	<b>7.1 Les instances de la gouvernance régionale</b> .....	13
<b>4.1 L'état des lieux des projets</b> .....	6	7.1.1 Le comité stratégique télémédecine et systèmes d'information en santé .....	13
4.1.1 L'existant et les projets en cours .....	6	7.1.2 Le bureau de coordination ARS Télémédecine - SIS .....	14
4.1.2 Les projets en préparation .....	6	<b>7.2 Le Groupement de Coopération Sanitaire Télésanté Basse-Normandie (GCS TSBN)</b> .....	14
4.1.3 Liens avec le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) .....	7	<b>8. L'EVALUATION DU PRT</b> .....	14
<b>4.2 Les bénéfices attendus</b> .....	7	<b>ANNEXES</b> .....	15
<b>5. NOTRE AMBITION</b> .....	8	<b>ANNEXE 1 – EXEMPLES D'INDICATEURS PERMETTANT D'EVALUER LA REALISATION DU PRT</b> .....	16
<b>5.1 La mise en œuvre des prérequis</b> .....	8	<b>ANNEXE 2 – AUTRES PROJETS CONNUS</b> .....	17
<b>5.2 Les priorités du PRT</b> .....	8	<b>ANNEXE 3 – GOUVERNANCE REGIONALE : COMPOSITION DU COMITE STRATEGIQUE</b> .....	18
<b>6. LA SELECTION ET LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS</b> .....	9	<b>ANNEXE 4 – QUELQUES ELEMENTS DE SEMANTIQUE</b> .....	19
<b>6.1. Les priorités régionales</b> .....	9		
6.1.1 Une priorité selon la/les pathologie(s) concernée(s) .....	9		
6.1.2 Les enjeux médicaux couverts par l'approche retenue .....	9		
6.1.3 Le cadre d'éligibilité et de sélection des projets .....	9		
6.1.4 Les outils utilisés et les possibilités de mutualisation entre les projets ...	9		
<b>6.2 Le public</b> .....	10		
6.2.1 La population concernée par les actions .....	10		
6.2.2 Professionnels concernés par les projets .....	10		
<b>6.3 Les modalités d'instruction</b> .....	10		
6.3.1 Présentation d'un nouveau projet .....	10		
6.3.2 Les cellules .....	11		
<b>6.4 Les conditions techniques de mise en œuvre</b> .....	11		
<b>6.5 Les modalités de financement</b> .....	12		

## 1. INTRODUCTION

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

## 2. LE CONTEXTE

### 2.1. Le cadre législatif

Après une première introduction dans la loi du 13 août 2004, la télémédecine a fait l'objet d'une définition officielle dans le cadre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009.

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

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

*La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique. »*

Le décret relatif à la Télémédecine publié le 19 octobre 2010, définit plus spécifiquement les actes de télémédecine :

- **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 ;

- **La téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

- **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 ;

- **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 ;

- **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.

Le décret précise les conditions de mise en œuvre et d'organisation des actes de télémédecine. Ces conditions portent notamment sur le consentement exprès de la personne et le respect du décret sur l'hébergement des données de santé, ainsi que sur les contrats et conventions qui doivent être mis en œuvre avec l'Agence Régionale de Santé et entre les acteurs de la télémédecine.

### 2.2. Les référentiels

Depuis 2009, l'Agence des Systèmes d'Information de Santé (ASIP-Santé) travaille à l'élaboration de référentiels nationaux qui devront impérativement être appliqués dans le cadre de tous les projets de télémédecine mis en œuvre. Parmi ces référentiels, citons :

- Le Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé
- L'Identifiant national de santé (INS)
- L'Agrément sur l'hébergement des données de santé
- La Compatibilité avec le Dossier Médical Personnel (DMP)

### 2.3. Le plan national de déploiement

En 2011, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a initié la mise en place d'un Plan National de Déploiement de la Télémédecine dont la diffusion est prévue au cours de l'année 2012. Les objectifs de ce plan sont les suivants :

- 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 prérequis 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 de la visibilité à tous les acteurs concernés sur le cadre et les démarches en cours qui leur permettront de s'investir.

Ce plan propose :

- Une cartographie des projets de télémédecine existants ;
- Une stratégie nationale de déploiement des projets prioritaires.

Le plan national a permis d'identifier **5 domaines prioritaires de déploiement de la télémédecine** :

### 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.

Il existe des projets opérationnels déployés dans certaines régions. Les solutions techniques sont connues, maîtrisées et présentent l'avantage d'être évolutives. L'offre industrielle existe même si elle est perfectible. Les recommandations des sociétés savantes sont élaborées. Il existe des modèles financiers en termes de prestations et d'achat de matériel. Enfin, ce domaine de déploiement de la télémédecine s'inscrit dans le cadre plus large de la mise en place des réseaux PACS (Picture Archiving and Communication System) ; les traitements de l'image permettent par ailleurs d'améliorer les performances diagnostiques. Il s'agit désormais d'expertiser les organisations mises en place afin de poser des modèles organisationnels et financiers reproductibles.

### 2. Prise en charge de l'AVC (Accidents Vasculaires Cérébraux)

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 liées aux AVC.

Cette démarche s'inscrit en appui des mesures organisationnelles du plan national AVC. Elle apporte des solutions innovantes et pérennes. Les projets pilotes s'avèrent prometteurs. Les solutions techniques existent. En revanche, les modalités organisationnelles et financières sont à construire et pérenniser.

### 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 difficile l'accès aux consultations et en particulier aux spécialités. Les dispositifs de télémédecine permettent de prendre en charge ces patients en toute sécurité et de leur assurer des soins de qualité.

Ce domaine d'application de la télémédecine permet une modélisation intéressante d'une organisation globale de télémédecine sur un territoire de santé. La prise en charge de la santé des personnes détenues permet en effet d'appréhender l'ensemble des axes en termes de typologie d'actes, d'organisation, de financement, de techniques, d'industrialisation ainsi que de questions éthiques.

### 4. Prise en charge d'une maladie chronique

Cette application de la télémédecine oblige à un réel décroisement des différents champs d'intervention pour une prise en charge optimale des patients. L'augmentation constante du nombre de patients atteints de maladie chronique, le souhait des patients d'être soignés sur leur lieu de vie et la nécessité de maîtriser les dépenses de santé obligent à une prise en charge ambulatoire de ces patients. Les dispositifs médicaux communicants et les visioconférences doivent notamment contribuer à atteindre cet objectif.

Des réflexions doivent être engagées sur les modèles organisationnels et financiers, notamment avec les centres de premier recours. Les études pilotes actuelles qui impliquent les spécialités hospitalières dans la télésurveillance devront progressivement intégrer les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et les pôles de santé dans les schémas organisationnels.

### 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 HAD (hospitalisation à domicile). Il s'agit de maintenir au bon niveau les compétences des professionnels de santé intervenant en ambulatoire et en secteur médico-social. L'entourage du patient doit aussi être pris en compte, notamment dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

### 3. LES OBJECTIFS GENERAUX

Le **Programme Régional de Télémedecine (PRT)**, objet du présent document, constitue l'un des programmes spécifiques composant le Projet Régional de Santé (PRS). A ce titre, il a pour objectif de décliner les modalités spécifiques d'application des schémas. Ainsi, selon le décret du 18 mai 2010 relatif au PRS, le PRT définit les orientations souhaitables du développement de la télémedecine dans les territoires au service des axes retenus dans les schémas d'organisation.

Les objectifs principaux du PRT sont :

- d'apporter de la visibilité sur les besoins de la région en matière de solution de télémedecine ;
- d'assurer la prise en charge sécurisée des patients ;
- de promouvoir les bénéfices des actes de télémedecine ;
- d'apporter de la visibilité sur les priorités de développement afin de structurer les cofinancements sur la base de priorités communes et partagées.

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.

**Les objectifs attendus des usages de la télémedecine qui seront priorisés au sein du PRT sont d'améliorer :**

- **l'accès pour tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires**, notamment dans les zones enclavées ou sous-denses en matière de professionnels de santé, participant ainsi à la priorité nationale de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- **la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux ;**
- **le parcours de soins des patients.**

### 4. LES OBJECTIFS OPERATIONNELS

#### 4.1. L'état des lieux des projets

##### 4.1.1. L'existant et les projets en cours

Les outils identifiés comme étant en place et d'usage courant dans un cadre formalisé ou en cours de formalisation, sont les suivants :

- **Télé-imagerie** appliquée à la neurochirurgie ;
- **Télé-surveillance SCAD** (Suivi Clinique A Domicile de patients insuffisants cardiaques) ;
- **Transferts d'images de lames pour secondes lectures - MESOPATH** (centre international d'excellence sur le mésothéliome) ;
- **Visioconférences** (staff de périnatalité (diagnostic anténatal), Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)...).

##### 4.1.2. Les projets en préparation

Au cours de la phase d'état des lieux préparatoire au PRT, plusieurs nouveaux projets ont été proposés et plusieurs d'entre eux font déjà l'objet d'études préalables, pour certains en lien avec des actions similaires en préparation ou mises en œuvre dans d'autres régions.

Les projets en préparation, financés en tout ou partie sont :

- **Suivi des Plaies à distance (DOMOPLAIES)** : projet porté par l'association TELAP et retenu par l'ASIP-Santé en lien avec la région Languedoc-Roussillon, en attente d'un accord de cofinancement par le FEDER. En fonction de cette réponse annoncée pour fin juin 2012, le projet devrait démarrer à la rentrée 2012 ;
- **Amélioration de la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (Télé-AVC)** : projet en cours de définition dans le cadre de la mise en œuvre du Plan national AVC ;
- **Santé des détenus (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA) de Condé sur Sarthe)** : Préparation de la mise en place de l'Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires de la future Maison Centrale de Condé sur Sarthe (Orne) devant permettre un retour d'expérience en vue d'un déploiement sur les autres UCSA et SMPR (Service Médico-Psychiatrique Régional) de la région dans le cadre du « plan national d'actions stratégiques 2010-2014 portant sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice ».

#### 4.1.3. Liens avec le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)

Orientations du PSRS	Réalisations/projets associés
<b>HANDICAP ET VIEILLISSEMENT</b>	
Le respect du projet de vie de la personne en perte d'autonomie	
Les maladies neuro-dégénératives, en particulier la maladie d'Alzheimer	
La réponse aux besoins des populations vieillissantes en situation de handicap	
La prise en charge des personnes en situation de handicap psychique ou d'autisme	
<b>RISQUES SANITAIRES</b>	
Le dispositif de la veille, de la sécurité et de l'information sanitaire	
La qualité de l'environnement pour prévenir les risques sanitaires liés aux milieux de vie	
La culture en santé environnement	
<b>PERINATALITE ET PETITE ENFANCE</b>	
Les troubles neuropsychiques et sensoriels des jeunes enfants	
L'accès à la santé des enfants et notamment des populations fragilisées	
Libre choix et accompagnement de la grossesse	Visioconférence (staffs de diagnostic anténatal)
<b>MALADIES CHRONIQUES</b>	
Le cancer	MESOPATH Visioconférence (RCP) Santé des détenus
Les maladies neuro-cardiovasculaires	SCAD Télé-AVC Santé des détenus
Les maladies du métabolisme	DOMOPLAIES Santé des détenus
<b>SANTE MENTALE ET MAL-ETRE</b>	
Le mal-être et les troubles psycho-sociaux des enfants et adolescents	
Les consommations excessives d'alcool	Santé des détenus
Les souffrances psychiques	Santé des détenus

Les réalisations et les projets en préparation peuvent aussi être rapprochés des axes stratégiques d'organisation de l'offre de santé issus du PSRS :

Décloisonner les prises en charges	SCAD Visioconférence
Maintenir un accès de proximité	Télé-imagerie DOMOPLAIES Télé-AVC Santé des détenus
Rechercher l'efficience	Télé-imagerie MESOPATH Télé-AVC
Reconfigurer l'offre de soins	Télé-imagerie Télé-AVC

#### 4.2. Les bénéfices attendus

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

- pour le patient :
  - Prise en charge adaptée, réduction des délais de prise en charge ;
  - Diminution de la fréquence et de la durée des hospitalisations ;
  - Maintien à domicile ou au sein de structures médico-sociales.
- pour les professionnels de santé :
  - Meilleure coordination entre premier et second recours (avis spécialisé) ;
  - Fin de l'isolement des professionnels exerçant en zones sous denses.
- pour les pouvoirs publics :
  - Levier d'optimisation de l'organisation des soins pour les ARS ;
  - Maintien de présence des dispositifs sanitaires de qualité dans les zones sous denses ;
  - Prévention de complication pour les patients atteints de maladies chroniques.

Afin d'identifier les actions réalisées ou en préparation concourant à l'atteinte de ces objectifs, un recensement de l'existant a été effectué dans la phase de préparation du Programme Régional de Télémédecine.

## 5. NOTRE AMBITION

**Dans le cadre de son Projet Régional de Santé (PRS), l'ARS de Basse-Normandie souhaite mettre en œuvre des infrastructures et des services socles permettant aux usages d'y prendre appui pour être en conformité avec le cadre national.**

Ainsi, un certain nombre de **prérequis** sont identifiés, et des **priorités de santé** sont mises en avant pour déterminer les champs dans lesquels les projets de télémédecine devront se développer.

### 5.1. La mise en œuvre des prérequis

Afin de faciliter l'atteinte des objectifs du PRT et la réalisation des projets prioritaires identifiés, la mise en œuvre et le maintien en conditions opérationnelles des prérequis techniques suivants doivent être assurés :

- Existence d'une **infrastructure réseau haut-débit** entre les acteurs de santé *déjà mise en place par le GCS TSBN* et en capacité de s'étendre à de nouveaux acteurs en lien avec la Stratégie de Cohérence Régionale d'Aménagement Numérique (SCORAN) ;
- Mise à disposition d'un **service de visioconférence** fiable et répondant aux besoins réels : service de communication multipoints *en cours de mise en place par le GCS Télésanté Basse-Normandie (GCS TSBN)* en lien avec les acteurs de santé ;
- Mise à niveau du **parc de stations de visioconférences** leur permettant de communiquer selon les standards actuels du marché. Une coordination des actions (cahier des charges commun, éventuel appel d'offres mutualisé, ...) est requise afin d'assurer un choix et une utilisation optimale des solutions : *à réaliser par les structures détentrices de ces stations* ;
- Déploiement de **systèmes de gestion des images médicales (PACS)** permettant un stockage/archivage et un partage de celles-ci. Des démarches communes permettant la mutualisation territoriale de ces infrastructures/services dans une cohérence régionale, peuvent être initiées afin de favoriser les échanges entre acteurs : *à réaliser par les structures productrices d'images médicales* ;
- Déploiement d'un **service de messagerie sécurisée** facilitant la communication entre les acteurs de santé hospitaliers et de ville : *partiellement réalisé dans l'attente de la mise en place d'un service national de messagerie sécurisée par l'ASIP-Santé (2013)* ;
- Mise en place d'un **portail d'accès unique** permettant de rationaliser l'accès au SI régional : *en cours par le GCS TSBN* ;
- Elaboration de **référentiels uniques** (annuaires, nomenclatures) en lien avec les référentiels nationaux (RPPS, RASS, cadre d'interopérabilité des SIS, ...) : *en cours par le GCS TSBN* ;
- Mise à disposition d'un **service d'hébergement régional** dans le respect du décret sur l'hébergement des données de santé : *en cours par le GCS TSBN* ;

- Mise en place d'**outils régionaux de pilotage et d'aide à la décision** : *probablement à faire par le GCS TSBN dans le cadre d'un futur projet régional (ex : Observatoire Régional des Urgences)* ;
- Accompagnement des acteurs de santé dans la mise en œuvre et l'utilisation du **Dossier Médical Personnel** : *à réaliser par le GCS TSBN* ;
- Mise en place dans le SI régional d'un **Service d'Echanges et d'Intégration de données** : *à faire éventuellement par le GCS TSBN en fonction des projets qui seront retenus.*

### 5.2. Les priorités du PRT

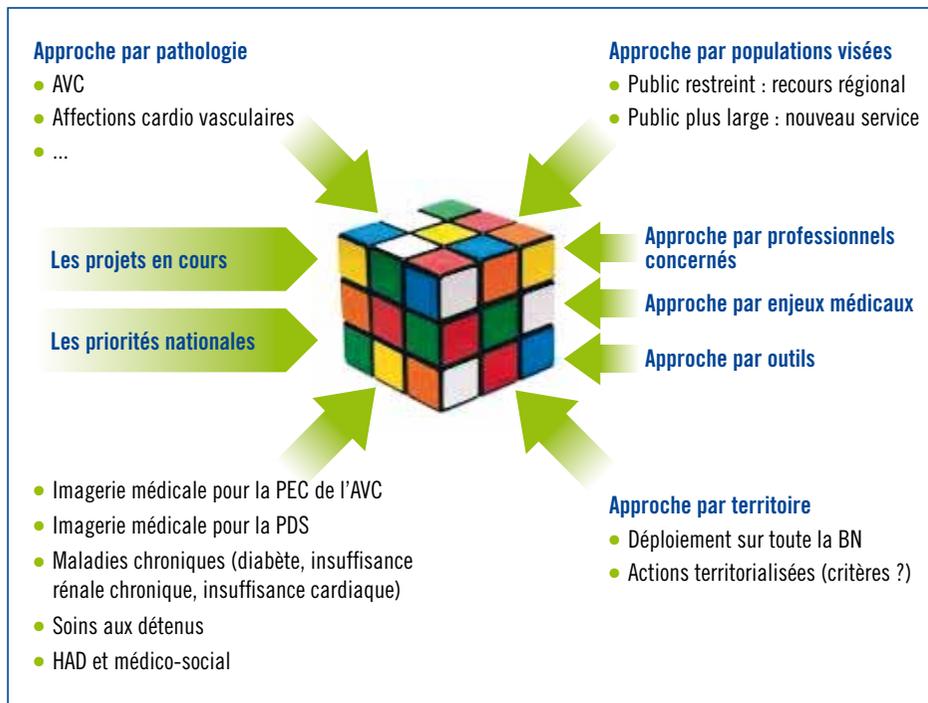
L'analyse des tableaux du paragraphe 4.1.3. démontre que les réalisations et les projets en préparation portent sur la majorité des domaines priorisés par le PSRS, mais aucune action ne concerne le domaine du « **Vieillessement et du Handicap** ». Les priorités issues du PRT doivent couvrir l'exhaustivité des domaines dans lesquels la télémédecine peut être utile.

Parmi les **priorités identifiées**, certaines ressortent comme devant impérativement être traitées dans la période couverte par le PRS.

- **Optimisation de l'offre de santé notamment dans le domaine du « Vieillessement et du Handicap »** : des téléconsultations (en urgence par visioconférence légère avec les SAMU et/ou les services d'urgences, ou programmées comme les téléconsultations mises en place entre HEGP et Vaugirard, ou la télépsychiatrie avec les EHPAD en Haute-Normandie) devront être mises en place entre les établissements hospitaliers et les structures médico-sociales (EHPAD, ...) dans les domaines requis (gériatrie, dermatologie, psychologie, cardiologie...);  
Des solutions de télésurveillance au domicile pourraient aussi être mises en place pour la prévention et la détection des chutes, le suivi du poids, de la nutrition, ... pour les personnes âgées ou fragilisées. Les **acteurs de la médecine de ville devront être associés** à ces projets (cabinets libéraux, PSLA...);
- **Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux** : l'optimisation des modalités de prise en charge des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux est une obligation dans le cadre du Plan national AVC. L'utilisation du Télé-AVC permettra de diminuer les délais d'accès à la thrombolyse et de réduire les séquelles qui en résultent ;
- **Santé des détenus** : L'accès aux soins des détenus devra être facilité dans la mesure du possible à l'intérieur des murs de l'établissement. Les UCSA et SMPR doivent permettre l'accès à des spécialistes (téléconsultations) par l'intermédiaire de la télémédecine ;
- **Organisation de la permanence des soins en imagerie** : les outils de télé-imagerie récemment déployés doivent être le support à la mise en place d'une organisation territoriale de la permanence des soins en imagerie médicale permettant de pallier les problèmes de démographie médicale qui sont rencontrés ;
- **Prise en charge des maladies chroniques** : les dispositifs de télésurveillance mis en œuvre pour le suivi des patients insuffisants cardiaques, doivent être étendus au suivi d'autres pathologies.

## 6. LA SELECTION ET LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS

Dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS), les projets proposés doivent faire l'objet d'une analyse selon des axes divers, afin d'établir leur priorité de mise de œuvre.



### 6.1. Les priorités régionales

#### 6.1.1. Une priorité selon la/les pathologie(s) concernée(s)

Le déploiement des outils de télémédecine auprès de populations plus larges nécessite d'identifier des pathologies pour lesquelles la plus value d'une solution de télémédecine est plus importante.

Face aux besoins de santé et priorités identifiés au sein du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), les pathologies chroniques (insuffisances cardiaque, diabète, cancer...) pourraient constituer le champ privilégié du développement de nouvelles solutions de télémédecine en région.

#### 6.1.2. Les enjeux médicaux couverts par l'approche retenue

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) précise les grands défis à relever, les axes d'évolution de l'organisation de l'offre et les principes de base de cette évolution.

Les projets de télémédecine proposés et inscrits au PRT doivent répondre aux enjeux médicaux identifiés dans le PSRS et pour lesquels l'organisation est matérialisée dans l'un des 3 schémas du PRS.

#### 6.1.3. Le cadre d'éligibilité et de sélection des projets

Afin d'être éligible et sélectionné pour sa mise en œuvre, un projet devra répondre à un certain nombre de critères permettant d'en assurer son portage, sa réalisation dans les meilleures conditions et sa pérennité.

- Il devra s'appuyer sur un projet médical pertinent ;
- Le projet devra être porté par une maîtrise d'ouvrage métier dûment identifiée ;
- Il devra prévoir une révision de l'organisation en place adaptée au périmètre du projet et intégrer une coordination permettant l'accompagnement du dispositif (choix des outils, conduite du changement et développement des usages) ;
- Le plan de financement du projet devra être complet ;
- Le projet doit présenter une entière conformité avec le décret télémédecine ;
- Si de nouvelles compétences sont identifiées (assistant de télémédecine, IDE coordonnateur de télémédecine, assistant technicien télémédecine, chef de projet télémédecine...), elles devront faire l'objet d'un descriptif de poste permettant de définir le profil adéquat ;
- Le projet devra permettre l'élaboration d'un modèle économique permettant de pérenniser l'activité ;
- Le projet doit prévoir la réalisation d'une évaluation de ses activités sur les différents champs (organisationnel, médical, technique, médico-économique...).

#### 6.1.4. Les outils utilisés et les possibilités de mutualisation entre les projets

Les projets terminés ou en cours s'appuient sur des solutions techniques relativement diverses. Or, face au développement des projets et des solutions de télémédecine, **il ne semble pas opportun de multiplier les solutions techniques et les outils pour réaliser le même type d'actes de télémédecine**, tels que reconnus aujourd'hui par la réglementation. En effet, la multiplication des solutions peut engendrer :

- une multiplication des coûts d'investissement et de maintenance pour chaque projet ;
- une complexité pour les populations desservies potentiellement par plusieurs dispositifs de télémédecine (notamment populations âgées à pathologies chroniques et / ou polyopathologiques) ;
- un risque de désaffection des professionnels intervenant dans le champ sanitaire et médico-social.

Des projets de convergence des outils sont déjà à l'œuvre (Réseau Régional d'Aide Médicale Urgente (RRAMU)... ) permettant de faire émerger des solutions homogènes et communicantes, et d'envisager à terme de nouveaux usages et des mutualisations.

Parmi les outils identifiés pouvant favorablement faire l'objet d'une mutualisation citons :

- Les outils de télésurveillance du projet SCAD (insuffisance cardiaque) qui peuvent être utilisés pour le suivi d'autres pathologies (diabète, insuffisance rénale chronique, asthme... ) ;
- La plate-forme de télé-imagerie actuellement utilisée pour les transferts d'images en neurochirurgie et qui a vocation à s'étendre notamment au télé-AVC, à la permanence des soins en imagerie et aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) ;
- Les solutions qui seront mises en œuvre par le projet DOMOPLAIES (association TELAP) pour les infirmières libérales et qui pourraient être utilisées à d'autres fins pour éviter de démultiplier les outils mis à leur disposition.

Face aux nouveaux projets qui pourront être approuvés par l'ARS Basse Normandie, il conviendra donc dans la mesure du possible de favoriser des solutions techniques déjà existantes et une intégration des outils autour de solutions homogènes. L'intégration de projets nationaux devra lorsque ce sera possible, respecter les choix régionaux.

## 6.2. Le public

### 6.2.1. La population concernée par les actions

Les projets sélectionnés aujourd'hui en Basse Normandie et en cours de développement sont majoritairement des projets portant sur des pathologies de recours régional auprès de populations ciblées. Un axe majeur du Programme Régional de Télémedecine de Basse Normandie est de parvenir à diffuser largement les usages de ces nouvelles modalités de prise en charge, auprès de populations plus nombreuses.

Les outils de télémedecine permettent également de décloisonner les prises en charge. A cet égard, l'accès à la santé en faveur de publics fragiles et leur suivi pourrait être facilités par des solutions visant à offrir au plus près des lieux de vie un suivi de qualité.

### 6.2.2. Professionnels concernés par les projets

Le développement de la télémedecine nécessite une appropriation des enjeux et des outils par l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès de la population (professionnels médicaux et paramédicaux, auxiliaires de vie, accompagnateurs des prises en charge médico-sociales,...). Afin de faciliter cette appropriation, les outils retenus devront correspondre au besoin, être simples d'utilisation et apporter un confort dans l'exercice de leur profession.

Des actions de sensibilisation sur les enjeux et de formation aux outils disponibles pourront être organisées afin de faire des professionnels intervenant dans les champs sanitaires et médico-sociaux des promoteurs des nouveaux usages au profit des populations desservies.

En coopération avec les représentants des professionnels de santé et médico-sociaux et le Conseil Régional de Basse Normandie, un programme de formation pluri annuel pourrait être construit et déployé sur l'ensemble de la région.

## 6.3. Les modalités d'instruction

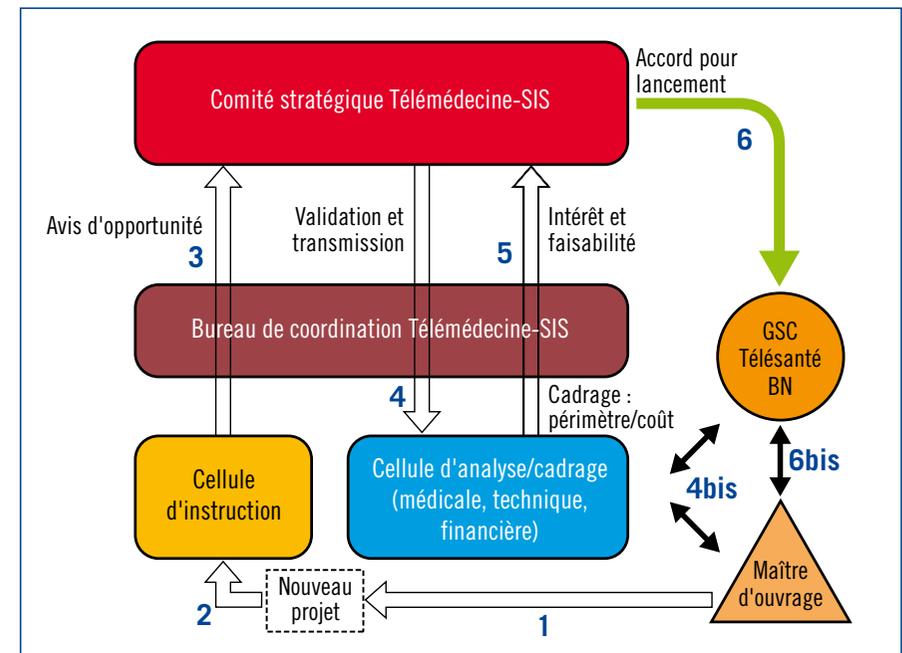
Un nouveau projet peut être initié par différents types de promoteurs<sup>1</sup> (maîtres d'ouvrage) :

- une maîtrise d'ouvrage métier (professionnels de santé, établissements, ... ) ;
- une instance métier de l'ARS (Instance Collégiale Régionale des Urgences (ICRU), cellule de coordination SSR, ... ) ;
- une agence ou service ministériel (consigne/orientation nationale).

Ce projet pourra s'il est retenu, être mis en œuvre opérationnellement par un porteur<sup>2</sup> dûment identifié.

### 6.3.1. Présentation d'un nouveau projet

Le promoteur (éventuellement en lien avec le porteur) soumet un dossier à l'ARS Basse Normandie (1) présentant le contexte, le contenu de son projet, ses objectifs, les acteurs/structures potentiellement concernés, les gains escomptés (financiers ou non), les coûts estimés et des pistes éventuelles de financement.



<sup>1</sup>Le promoteur est celui qui donne la première impulsion à un projet. Il peut aussi en être le porteur ou le confier à une structure qui le portera opérationnellement et/ou administrativement.

<sup>2</sup>Le porteur est celui qui porte opérationnellement et/ou administrativement les actions en vue de la mise en œuvre du projet.

Les projets proposés à l'ARS feront l'objet d'une première instruction (2) réalisée par une cellule ad hoc sous la responsabilité du Bureau de Coordination ARS. Celle-ci rassemblera l'ensemble des éléments permettant au comité stratégique télémédecine-Systèmes d'Information de Santé (SIS) d'émettre un avis sur l'opportunité à approfondir le projet et accompagner le promoteur dans sa formalisation avant mise en œuvre (aspects organisationnels métier, techniques, financiers).

Si le comité stratégique émet un avis d'opportunité (3) positif au projet présenté, et que cet avis est suivi par le Directeur général de l'ARS, le comité stratégique propose la désignation d'une cellule d'analyse et d'accompagnement du projet (4 et 4bis) qui doit notamment approfondir la faisabilité opérationnelle du projet. Cette cellule est formée de compétences :

- métiers pour évaluer/définir l'organisation cible,
- techniques pour évaluer/définir l'architecture cible,
- financières pour évaluer/estimer le coût du projet, ainsi que les modes de financements possibles.

Les résultats issus de cette phase d'analyse et d'accompagnement sont présentés au comité stratégique (5) après présentation et validation par le bureau télémédecine - SIS. Le comité stratégique émet un avis sur l'intérêt du projet, sa faisabilité opérationnelle et technique ainsi que son plan de financement prévisionnel. Un ordre de priorité peut lui être accordé en cas de multiplicité de projets.

Si le comité stratégique valide le projet et que cet avis est suivi par le DG de l'ARS, le lancement du projet (6 et 6bis) est alors validé. Les modalités prévisionnelles de financement et de mise en œuvre doivent être précisées au maître d'ouvrage et/ou au GCS TSNB, mais ni l'ARS, ni le comité stratégique ne se substituent aux instances décisionnelles des différents financeurs potentiels (Conseil Régional, Conseils Généraux, commission européenne, ASIP-Santé, DGOS...). Le promoteur et/ou le porteur doit alors effectuer ses demandes d'accompagnement financier selon les circuits d'instruction des différentes institutions.

**Une formalisation de la fréquence des réunions, du circuit et des délais d'instruction fera l'objet d'un règlement intérieur à valider par le comité stratégique.**

### 6.3.2. Les cellules

Afin d'assurer l'instruction des projets, deux cellules sont créées, dont la composition est propre à chaque projet :

- **Cellule d'instruction** : elle est composée d'un expert métier sur la thématique concernée (médical ou non, issu de l'ARS ou non) désigné par le Directeur général de l'ARS, et du chargé de mission systèmes d'information. Cette cellule porte à la connaissance du

comité stratégique tous les éléments lui permettant d'émettre un avis d'opportunité sur les projets en matière de télémédecine et de SIS. Cette cellule pourra s'adjoindre au besoin l'avis de correspondants hors ARS pour un avis complémentaire (GCS TSNB, directions d'établissements, autres professionnels de santé...);

- **Cellule d'analyse et d'accompagnement** : Elle est composée a minima du chargé de mission systèmes d'information de l'ARS, d'un expert métier et d'un représentant de la DOSA (Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie de l'ARS). Cette cellule doit travailler de concert avec le porteur du projet pour approfondir les éléments organisationnels, techniques et financiers et accompagner le promoteur dans la formalisation définitive de son projet. Au besoin, des acteurs externes à l'ARS pourront être sollicités, et notamment le GCS TSNB pour évaluer/définir l'architecture technique cible, et pour participer au montage financier du dossier. Seront notamment approfondis les éléments relatifs au financement du projet, l'identification et l'évaluation des cofinancements potentiellement mobilisables.

Ces deux cellules traiteront les dossiers à tour de rôle selon le stade d'instruction initiale (opportunité) ou d'approfondissement (cadre, faisabilité).

### 6.4. Les conditions techniques de mise en œuvre

La télémédecine, comme tout acte de nature médicale, doit respecter les principes de droit commun de l'exercice médical et du droit des patients, des règles de compétences et de coopérations entre professionnels de santé, du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, et des échanges informatisés de données de santé.

Des exigences de **traçabilité de l'acte de télémédecine** sont demandées. En effet, sont inscrits dans le dossier du patient :

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

Les actes de télémédecine, impliquant la présence du patient (téléconsultation, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et réponse médicale), se font avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Le patient doit donc être informé de manière claire des conditions de cet acte. La formalisation de ce consentement n'est pas obligatoire, et le patient peut ne pas donner son consentement.

La téléexpertise qui peut se faire en dehors de la présence du patient doit faire l'objet d'une **information préalable du patient** (patient dûment informé) et à la condition que celui-ci ne s'y soit opposé.

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

Les conditions de mise en œuvre sur les plans technique et organisationnel sont précisées dans le décret télémédecine du 19 octobre 2010. Les conditions techniques de qualité et de sécurité du dispositif respectent les modalités générales d'élaboration des référentiels validés par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP santé), relatifs à la qualité et à la confidentialité des données.

## 6.5. Les modalités de financement

Il faut distinguer le remboursement des actes de télémédecine (tarification des actes) du financement de l'organisation de l'activité de télémédecine.

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 (Soins de Suite et de Réadaptation) et psychiatrie), L.162-22-6 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en MCO (Médecine, Chirurgie et Obstétrique)), et L. 162-32-1 (dispositions relatives aux centres de santé) du code de la sécurité sociale.

L'organisation de l'activité de télémédecine peut être soutenue :

- par l'**ARS** au moyen des fonds d'intervention qu'elle gère,
- par des subventions directes dans le cadre d'appels à projets de l'**ASIP Santé** ou d'autres opérateurs (**le FEDER<sup>3</sup>, la DATAR (Délégation interministérielle à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale) pour les pôles d'excellence rurale, le Commissariat général à l'investissement dans le cadre du Fonds pour la Société Numérique**),
- par des subventions des **collectivités territoriales**.

## 6.6. Les modalités de contractualisation et de suivi des projets

Lorsqu'un projet de télémédecine est validé, le porteur contractalise/conventionne avec ses différents financeurs pour effectuer le suivi des actions et des financements associés.

S'agissant de projets de Télémédecine, les structures et professionnels de santé réalisant des actes de télémédecine, doivent passer un contrat avec l'ARS conformément au décret Télémédecine du 19 octobre 2010. La DGOS a publié en mars 2012, un « Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions de télémédecine » qui a vocation à orienter les acteurs sur ce champ et à fournir des modèles de contrats/conventions.

Le suivi de l'avancement du projet de télémédecine sera effectué par le chargé de mission systèmes d'information de l'ARS en lien avec le GCS TSNB et les maîtrises d'ouvrage métiers concernées. Il informera le comité stratégique, instance régionale de gouvernance de la télémédecine et des systèmes d'information de santé, de l'avancement des projets. Le comité stratégique pourra émettre des avis sur les conditions de mise en œuvre des projets.

Le suivi des projets doit aussi permettre d'assurer une pérennité dans leur fonctionnement, tant du point de vue financier, qu'organisationnel et technique.

## 6.7. Les modalités d'évaluation des actions

Tous les projets qui seront proposés dans le cadre du PRT devront faire l'objet d'une évaluation.

Cette évaluation poursuivra plusieurs objectifs : évaluation de moyens, évaluation de résultats mais également perspectives de modélisation, notamment techniques.

### 6.7.1. L'évaluation du processus

L'évaluation du processus permettra d'observer les actions du programme, leur élaboration, leurs conditions de mise en œuvre, leur adéquation au public cible. Il s'agira également d'évaluer les moyens et ressources (personnel, matériel, moyens financiers), la pratique des professionnels, les méthodes utilisées, les outils développés au regard des objectifs opérationnels. L'évaluation du processus pourra prendre la forme d'un suivi annuel sur la durée du PRS.

C'est grâce à cette évaluation que l'ARS pourra, le cas échéant, corriger ou réorienter certaines actions au regard des objectifs poursuivis par le PRT.

### 6.7.2. L'évaluation des résultats

L'évaluation des résultats permettra, a posteriori, d'observer les retombées du programme. Ces effets seront appréciés au regard des objectifs du PRT et des résultats attendus. Cette évaluation sera réalisée à l'issue du PRS. Elle permettra également d'intégrer l'impact des actions (résultats inattendus ou dépassant le cadre des objectifs de départ).

### 6.7.3. Les perspectives de modélisation

Selon les dispositifs mis en place, un axe technique pourra être également évalué sur les aspects suivants :

- qualité des données transmises
- vitesse de transmission
- fiabilité des outils
- support du tiers technologique
- confidentialité des données

afin d'envisager les conditions de reproductibilité ou d'extension à d'autres pathologies et/ou populations.

<sup>3</sup>Le programme FEDER (Fonds européen de développement régional) 2007-2013 venant à échéance prochainement, il serait souhaitable que la future programmation pour la période 2014-2020 soit l'occasion (si possible) d'une déclinaison e-santé pilotée par la gouvernance de la Télémédecine et des Systèmes d'Information de Santé en Basse-Normandie.

Ainsi, chaque projet devra prévoir l'évaluation en amont pour permettre le recueil des données requises. Dès la rédaction des objectifs, des critères et des indicateurs devront être définis et leur mode de recueil devra être déterminé.

Les critères sont des variables capables de rendre compte de manière pertinente et fiable, soit de l'atteinte des objectifs, en particulier de l'état de santé, des connaissances ou des attitudes, soit des différentes composantes du programme.

Les indicateurs sont des données concrètes qui, dans la réalité, rendent compte du critère choisi. Ils doivent être déclinés en cohérence avec les objectifs associés à chaque priorité du PRS.

A chaque objectif, doivent être associés des indicateurs. Les indicateurs relatifs au volume d'actes et à la file active seront indispensables. Les indicateurs doivent être mesurables et leur définition doit être claire et partagée par tous les acteurs du projet.

Lors de l'analyse des résultats, il convient d'identifier l'impact réel des actions liées à l'utilisation de la télémédecine, et éviter d'évaluer l'apport conjoint d'un dispositif mis en place en parallèle (ex. : éducation thérapeutique).

La Haute Autorité de Santé (HAS) travaille à l'élaboration d'un cadre méthodologique d'évaluation de la télémédecine. Les évaluations qui seront réalisées devront s'appuyer sur ce cadre qui devrait être publié au cours de l'année 2012.

## 7. LA GOUVERNANCE REGIONALE

La mise en place d'une gouvernance régionale doit permettre :

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

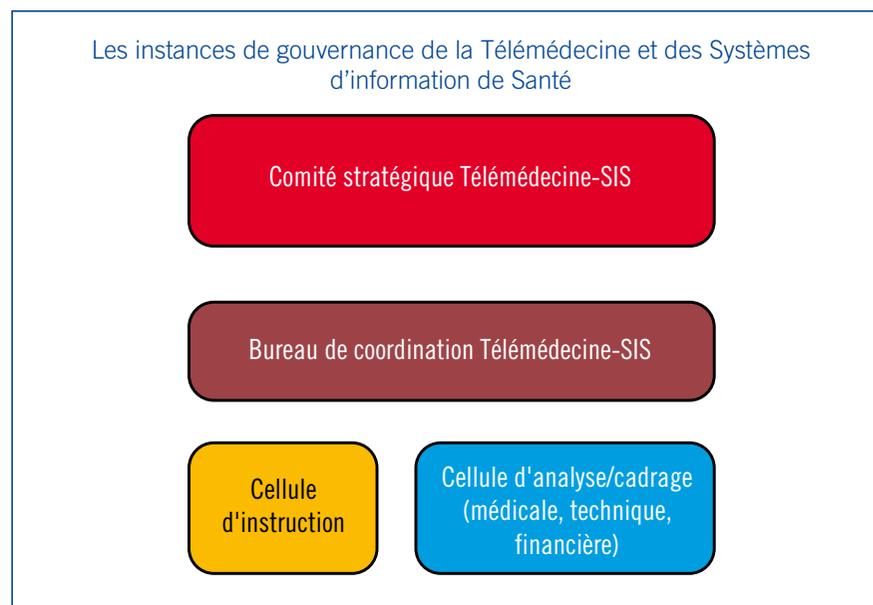
Les projets intégrant cette gouvernance concernent l'ensemble du champ de la Télémédecine tel que défini par le décret du 19 octobre 2010 et des Systèmes d'Information de Santé (SIS).

Les SIS comprennent notamment les systèmes d'information des établissements de santé et des professionnels de santé, les outils d'échanges et de partages d'information (messageries sécurisées, transferts d'images, portail et outils collaboratifs, dossiers de

réseau, DMP, DCC...), ainsi que l'application des référentiels définis au niveau national (sécurité, interopérabilité, identification des patients, ...).

La gouvernance doit identifier les différentes sources de financement mobilisables, émettre des avis et prioriser les projets à accompagner sans se substituer aux instances décisionnelles de chacune des institutions représentées au sein du comité.

### 7.1. Les instances de la gouvernance régionale



#### 7.1.1. Le comité stratégique télémédecine et systèmes d'information en santé

Ce comité se réunit dans sa configuration plénière au moins une fois par année. Trois à quatre fois par année une configuration plus restreinte de cette instance est mise en place afin de mettre en œuvre la stratégie et de suivre les travaux en cours. Les missions du comité stratégique sont les suivantes :

- Mettre en œuvre la stratégie régionale en matière de télémédecine et de SIS sur la base :
  - d'une part des directives émanant des instances nationales (Ministère de la Santé, ASIP-Santé, ANAP, DSSIS, INCA, ...),
  - et d'autre part des projets recensés sur le territoire de la Basse-Normandie, priorisés à partir du PRS et de son programme Télémédecine.

- Emettre un avis d'opportunité sur les différents projets ayant trait à la télémédecine et aux SIS
- Proposer au DG ARS la composition de l'équipe en charge de l'instruction et de l'accompagnement opérationnel des projets
- Identifier les financements régionaux ou gérés au niveau régional, et prioriser les projets susceptibles de faire l'objet d'un accompagnement financier
- Emettre un avis sur les actions proposées par le GCS TSNB quant aux projets qu'il accompagne en vue de l'obtention des subventions nécessaires à son fonctionnement interne et à la mise en œuvre des projets
- Effectuer le suivi macroscopique de l'avancement des projets

### 7.1.2. Le bureau de coordination ARS Télémédecine – SIS

Cette instance permet d'assurer la coordination interne entre les directions de l'ARS. Elle se réunit en tant que de besoin.

## 7.2. Le Groupement de Coopération Sanitaire Télésanté Basse-Normandie (GCS TSNB)

Le GCS TSNB, GCS de moyens de droit public, a été constitué en 2009. Ses membres sont issus du champ médical et médico-social bas-normand: établissements de santé publics et privés, ESPIC, réseaux de santé et associations de professionnels de santé.

TSNB est le maître d'ouvrage sur les infrastructures techniques régionales et l'assistance à maîtrise d'ouvrage régionale des acteurs métiers en matière de systèmes d'information de santé et de télémédecine. TSNB a pour missions :

- de mettre en œuvre les stratégies nationale et régionale ;
- d'accompagner ses membres dans la réalisation de leurs projets (expertise technique, ingénierie financière, contractualisation avec des prestataires externes et suivi de prestations, gestion de projet, déploiement d'infrastructures et de logiciels, conduite du changement) ;
- de proposer des actions innovantes aux instances régionales et nationales.

## 8. L'EVALUATION DU PRT

Outre l'évaluation des actions, le PRT pourra lui-même être évalué pour mesurer s'il a permis de :

- faciliter la mise en œuvre du PRS :

1. modalités de gouvernance globale du dispositif,
2. choix des projets : nombre de projets retenus, nombre de projets lancés, nombre de projets rejetés, nombre global d'acteurs impliqués, nombre global de patients concernés,
3. portage : structuration et qualité des porteurs de projets
4. accompagnement : qualité de l'accompagnement technique/méthodologique proposé aux porteurs
5. mise en œuvre : nombre de projets menés à terme, nombre de projets arrêtés/non-menés à leur terme
6. suivi : qualité du suivi des projets au niveau régional, pertinence des instances de suivi
7. financement : diversité et valeur des financements mobilisés

- favoriser de nouveaux usages pour répondre aux besoins de santé

1. en réponse aux priorités du PSRS
2. sur les sujets prioritaires : AVC, santé des détenus, Permanence des Soins (PDS) en imagerie, maladies chroniques et optimisation de l'offre de santé

Des exemples d'incitateurs permettant de mesurer la réalisation des actions sont présentés en annexe de ce document.



# ANNEXES



## ANNEXE 1 – EXEMPLES D’INDICATEURS PERMETTANT D’ÉVALUER LA RÉALISATION DU PRT

### Exemples d’indicateurs pour les projets identifiés

Projets	Indicateurs
Plate-forme de télé-imagerie appliquée à la neurochirurgie (et éventuellement à d’autres pathologies)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d’examens transférés</li> <li>Délai moyen de réponses obtenues</li> <li>Nombre de réponses formalisées (fiche suiveuse)</li> <li>Nombre de transferts de patients évités</li> </ul>
Télésurveillance SCAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de patients suivis</li> <li>Nombre de patients réhospitalisés/non réhospitalisés</li> <li>Nombre de consultations évitées</li> <li>Nombre de transports évités</li> </ul>
Transferts de lames MESOPATH	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d’images de lames transférées</li> <li>Nombre d’avis corrigés par une seconde lecture</li> <li>Délai moyen de réponses obtenues</li> </ul>
Visioconférence	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de dossiers discutés en RCP/staff</li> <li>Nombre de sites participants</li> <li>Nombre de professionnels de santé participants</li> <li>Impact des décisions prises en séances</li> </ul>
Suivi des plaies à distance (DOMOPLAIES)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d’infirmières dans le réseau</li> <li>Nombre de patients pris en charge</li> <li>Nombre de consultations virtuelles</li> <li>Durée moyenne d’une consultation virtuelle</li> <li>Délai entre la demande et la réalisation de la consultation virtuelle</li> <li>Délai pour joindre le médecin référent du centre</li> <li>Satisfaction des patients</li> <li>Qualité de vie des patients</li> <li>Satisfaction des infirmières libérales</li> <li>Satisfaction des infirmières expertes</li> <li>Satisfaction des médecins généralistes</li> <li>Durée de la prise en charge des plaies</li> <li>Diminution de la taille de la plaie</li> <li>Nombre de demandes de suivi par les médecins généralistes</li> <li>Nombre de demandes de suivi par les centres hospitaliers</li> <li>Nombre de demandes de suivi par les EHPAD</li> <li>Nombre de demandes de suivi par les HAD</li> <li>Nombre de jours d’hospitalisation</li> <li>Nombre d’hospitalisations pour plaies complexes</li> </ul>

Projets	Indicateurs
Télé-AVC	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de demandes d’avis</li> <li>Nombre de patients thrombolysés</li> <li>Délai moyen pour l’avis</li> <li>Qualité des images transmises</li> </ul>
Santé des détenus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de téléconsultations/télé-expertises réalisées</li> <li>Durée des téléconsultations/télé-expertises</li> <li>Nombre d’extractions qui auraient pu être évitées</li> <li>Nombre d’extractions évitées</li> </ul>

## ANNEXE 2 - AUTRES PROJETS CONNUS

Plusieurs projets ont été identifiés au cours des travaux préparatoires du PRT, mais n'ont pas fait l'objet d'une instruction ou d'un accord particulier. Afin d'être éventuellement pris en compte dans la stratégie régionale, ils devront faire l'objet d'une sollicitation officielle par leurs promoteurs auprès de la gouvernance régionale et d'une instruction dans le cadre du dispositif qui est décrit dans le présent PRT.

- **E-pathologie** : transferts d'images de lames d'anatomo-pathologie entre les structures d'anatomo-pathologie de Basse-Normandie. Projet proposé par le Dr GALATEAU-SALLE du CHU de Caen et proposé au financement par le FEDER.
- **DIABEO-TELESAGE** : projet expérimental multi-régions de télésurveillance de patients diabétiques financé par SANOFI. En Basse-Normandie, le projet est porté par le Pr REZNIK du CHU de Caen. Démarrage prévu en septembre 2012.
- **Télé-EEG** : assistance à distance à la réalisation et à l'interprétation d'EEG. Projet proposé par le Dr BESNARD du CHU de Caen.
- **Diabétologie** : Remontée et analyse automatisée des données des pompes à insuline. Projet proposé par le Dr REZNIK du Chu de Caen en lien avec la société MEDTRONIC.
- **Télé-expertise en Morphologie Hématologique** : projet proposé par le Pr TROUSSARD du CHU de Caen.
- **SYMPAD** : Système de Monitoring Médicalisé de Patients Chroniques en Pharmacie ou à domicile. Projet national porté par MédecinDirect retenu dans le cadre d'un appel à projets Investissements d'Avenir – Grand Emprunt et porté par la Communauté de Communes de Mortain en lien avec le Conseil Général de la Manche dans le cadre d'un Pôle d'Excellence Rural. Un déploiement serait prévu avant fin 2012 sur quelques pharmacies.
- **Projet e-chronic/e-Nephro**, pilote sur l'insuffisance rénale chronique (issu d'un projet lorrain et porté dans le cadre d'un appel à projet « Investissement d'Avenir-Grand Emprunt »)
- **Transformation de l'Antenne d'Argentan en Unité de Dialyse médicalisée fonctionnant en télé-médecine** : projet proposé par l'ANIDER en lien avec le CH d'Argentan
- **Dépistage de la rétinopathie des prématurés par RETCAM** : projet déjà opérationnel dans plusieurs régions et proposé en Basse-Normandie par les Prs F. MOURIAUX et B. GUILLOIS et le Dr E. DENION.
- **Mise en place d'une plateforme internet interactive de soutien et d'accompagnement des patients obèses** : projet proposé par les Drs François SAUDIN et Liliane THELUSME du CH de la Côte Fleurie.
- **Télé-expertise/Téléconsultation en EHPAD** : projet proposé par Michèle PATTI et le Dr Jean-Pierre BLANCHERE
- **Santé des Détenus (UCSA Caen)** : projet de télé-médecine dans les unités de consultation et de soins ambulatoires de la maison d'arrêt et du centre pénitentiaire de Caen, porté par le Dr Bruno LE CHEVALIER du CHU de Caen.

## ANNEXE 3 - GOUVERNANCE REGIONALE : COMPOSITION DU COMITE STRATEGIQUE

Le comité stratégique régional Télémédecine et Systèmes d'Information de santé (SIS) est réuni sous 2 configurations différentes : plénière et restreinte. Les participants à la configuration restreinte sont identifiés par la lettre **(R)** dans la composition ci-dessous. Selon les sujets traités en configuration restreinte, d'autres participants peuvent être associés aux travaux.

- DG ARS : Président **(R)**
- Ex-chef de la mission Télésoins, vice président **(R)**
- Le chargé de mission Systèmes d'information de l'ARS **(R)**
- 1 représentant de chacune des trois directions métiers de l'ARS **(R)**
- 1 représentant de la Préfecture de Région (SGAR) **(R)**
- 1 représentant du Conseil Régional **(R)**
- 1 représentant du Conseil Général pour chacun des Départements
- 1 représentant pour chacune des fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP, FNEHAD, FNCLCC) **(R)**
- 3 représentants URPS dont 2 médecins **(R)**
- 1 représentant par URPS (médecin, pharmacien, chirurgien dentiste, sage femme, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, infirmier)
- 1 représentant du conseil de l'Ordre départemental des médecins pour chacun des Départements (1 représentant sur les 3 en configuration restreinte) **(R)**
- 1 représentant du conseil de l'Ordre départemental des chirurgiens dentistes pour chacun des Départements
- 1 représentant du conseil de l'Ordre départemental des sages femmes pour chacun des Départements
- 1 représentant du conseil de l'Ordre départemental des pharmaciens pour chacun des Départements
- 1 représentant du conseil de l'Ordre départemental des masseurs-kinésithérapeutes pour chacun des Départements (L 4321-14 CSP)
- 1 représentant du conseil de l'Ordre départemental des infirmiers pour chacun des Départements
- 1 représentant des structures médico-sociales **(R)**
- Le Doyen de la Faculté de médecine
- 1 représentant de la recherche scientifique
- 1 représentant des usagers **(R)**
- 1 représentant de chacun des trois principaux régimes d'Assurance-Maladie
- 1 représentant de l'ASIP-Santé
- Assistent aux séances l'administrateur et le directeur du GCS TSBN **(R)**
- 2 personnalités qualifiées **(R)**

## ANNEXE 4 – QUELQUES ÉLÉMENTS DE SÉMANTIQUE

Avec la multiplication des rapports produits nationalement et des textes officiels autour de la télémédecine, le commun des mortels peut en perdre son latin quant à la sémantique qui y est employée. De plus, plusieurs retours d'expériences nous proviennent d'Outre-Mer, où les termes utilisés peuvent aussi être très différents.

Au cours des échanges préparatoires à la rédaction du PRT, il a été constaté que même entre les acteurs initiés la sémantique pouvait varier, et il a donc été décidé d'intégrer au PRT un glossaire permettant à tous de parler le même langage.

### GLOSSAIRE

**Assistance à maîtrise d'ouvrage** : L'assistant à maîtrise d'ouvrage (abrégé en AMO) a pour mission d'aider le maître d'ouvrage à définir, piloter et exploiter, le projet réalisé par le maître d'œuvre. L'assistant a un rôle de conseil et de proposition, le décideur restant le maître d'ouvrage. Il facilite la coordination de projet et permet au maître d'ouvrage de remplir pleinement ses obligations au titre de la gestion du projet.

**Etude d'opportunité** : phase dans la gestion d'un projet qui permet de réaliser la réflexion sur l'intérêt du projet en lui-même, en termes d'opportunité stratégique, suivant la manière dont se présente l'avenir.

**Etude de faisabilité** : phase dans la gestion de projet qui permet de déterminer ce qui est techniquement et économiquement faisable. Consultation des maîtres d'œuvres possibles, comparaison des propositions techniques et financières des réalisateurs possibles.

**Evaluation (projet)** : Il s'agit d'une technique de gestion utilisée afin de vérifier si un projet a été mis en œuvre tel qu'il a été planifié et s'il a atteint, ou est en voie d'atteindre, ses objectifs. Elle est l'un des principaux moyens dont disposent les gestionnaires de projet pour mesurer l'effet et ajuster leurs actions en fonction des buts qu'ils poursuivent. On dénombre plusieurs niveaux d'évaluation.

**Gestion de projet** : La gestion de projet est une démarche visant à organiser de bout en bout le bon déroulement d'un projet. Lorsque la gestion de projet porte sur un ensemble de projets concourant à un même objectif, on parle de gestion de programme.

**Maître d'œuvre/Maîtrise d'œuvre** : Le maître d'œuvre (abrégé en MOE) est la personne qui a vocation, pour le compte du Maître d'Ouvrage de concevoir un ouvrage en respectant les objectifs et les contraintes acceptées par ce dernier, d'en coordonner la

réalisation et d'en proposer la réception au maître d'ouvrage. Le maître d'œuvre a une mission définie dans un contrat passé avec le maître d'ouvrage.

**Maître d'ouvrage/Maîtrise d'ouvrage** : Le maître d'ouvrage (abrégé en MO ou MOA) ou la maîtrise d'ouvrage est le donneur d'ordre au profit duquel l'ouvrage est réalisé.

**Maîtrise d'ouvrage déléguée** : Entité à qui un maître d'ouvrage confie la mission d'exercer en son nom et pour son compte tout ou partie de ses responsabilités et prérogatives de maître d'ouvrage.

**Mise en Ordre de Marche (abrégé en MOM)** : Étape d'un projet se produisant lorsque tous les éléments le constituant sont prêts à être mis en service puis testés.

**Planification d'un projet** : La planification du projet est initialisée au début d'un projet et mise à jour pendant toute sa durée de vie.

**Porteur de projet** : Il s'agit de la personne (physique ou morale) qui porte opérationnellement et/ou administrativement les actions en vue de la mise en œuvre du projet.

**Projet** : On appelle projet un ensemble finalisé d'activités et d'actions entreprises dans le but de répondre à un besoin défini dans des délais fixés et dans la limite de l'enveloppe budgétaire allouée. Contrairement aux opérations, qui sont des processus répétitifs, l'essence d'un projet est d'être innovant et unique.

**Promoteur de projet** : Il s'agit de la personne physique ou morale qui donne la première impulsion à un projet. Il peut aussi en être le porteur ou le confier à une structure qui le portera opérationnellement et/ou administrativement.

**Recette (synonyme : VABF)** : En informatique, la recette est une des phases de développement des projets. C'est celle au cours de laquelle les différents acteurs du projet se rencontrent afin de vérifier que le produit est conforme aux attentes formulées.

**Suivi d'un projet** : Il s'agit de vérifier régulièrement que le déroulement des travaux est conforme aux prévisions et, éventuellement, de sanctionner tout retard par une décision immédiate d'action corrective.

**Télémédecine** : elle relève du champ **exclusivement médical** de la télésanté. Le décret du 19 octobre 2010 définit la Télémédecine de la façon suivante :

**La télémédecine** est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un

patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

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

Le décret définit plus spécifiquement les actes de télé-médecine :

- **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 ;
- **La téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
- **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 ;
- **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 ;
- **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.

**Télesanté** : utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques **tant médicales que médico-sociales**. Pour ce qui concerne le domaine médico-social, à titre d'exemple, les applications vues du patient peuvent être :

- **la télé-information** : capacité à accéder à un portail grand public sur lequel les usagers/patients et les acteurs du monde médico-social pourront accéder à des informations de prévention et de recommandations sanitaires, à des alertes (situations de crise, épidémie), à des conseils et bonnes pratiques, à des annuaires, des guides d'accompagnement leur permettant d'identifier le point d'entrée qui correspond à leur problématique ;

- **la télévigilance** : alerte, suivi et accueil téléphonique des personnes utilisant notamment des capteurs dynamiques de positionnement, de comportement, de fonctionnement d'organes vitaux ou d'appareils supplétifs et des outils de géolocalisation (par exemple pour les pathologies type Alzheimer) ;
- **le télémonitoring** : enregistrement de divers paramètres physiologiques sur un patient et transmission aux professionnels concernés (médecins, sages-femmes, infirmières...) souvent dans le cas de pathologies chroniques : enregistrement de la tension artérielle, surveillance des insuffisants respiratoires chroniques, surveillance des grossesses à risque ;
- **la télécollaboration** : outils d'animation de communautés et de réseaux de santé, plates-formes collaboratives dédiées ;
- **le télémaïjor dome** : outils et offres de services permettant à distance de commander ou mettre en œuvre des services d'accompagnement (restauration, aides à domicile...) notamment pour les maladies chroniques, les hospitalisations à domicile, les personnes handicapées... ;
- **la télé-animation** : accès à une gamme d'outils interactifs (loisirs, messageries multimédia simplifiées, web conférences...) incitant les usagers/patients à conserver un lien social et un minimum d'activité physique et cérébrale (explosion très significative des « jeux électroniques » pour seniors ou expérimentations d'activités physiques assistées réalisées par des kinésithérapeutes dans le domaine de la réadaptation) ;
- **la téléformation** : services de télécommunications synchrones ou asynchrones ; téléphonie, visioconférence, messagerie, forums, serveurs d'images. Ces services de formation à distance, s'adressant à des étudiants ou à des professionnels de santé, permettent l'accès à un savoir-faire ou à des connaissances, quelle que soit leur localisation (base de données médicales sur le web, modules de e-learning, interventions chirurgicales visualisées à distance par des internes...) ;
- **la téléprescription** : elle permet la dématérialisation des prescriptions médicales et offre d'éviter les déplacements inutiles.

**Télésoins** : Le rapport de M. Guy Paré paru en 2009 pour le compte de l'Agence d'Évaluation des Technologies et des modes d'Intervention en Santé du Québec, décrit les télésoins de la façon suivante :

- **Les Télésoins à domicile** constituent une forme particulière de service de télesanté qui engage activement le patient et consiste à transmettre à distance des données physiologiques et biologiques aux fins de suivi, d'interprétation et de prise de décision clinique. Cette transmission d'information peut aussi prendre la forme d'une téléconsultation entre le patient et les membres de son équipe traitante qui peuvent être situés dans un ou plusieurs points de services.



**Vérification d'Aptitude au Bon Fonctionnement (synonyme : recette)** : La vérification d'aptitude (abrégé en VA ou VABF) intervient après la mise en ordre de marche. Elle a pour objet de constater que les prestations, livrées ou exécutées, présentent les caractéristiques techniques qui les rendent aptes à remplir les fonctions précisées dans les documents particuliers du marché. Cette constatation peut aussi résulter de l'exécution, dans les conditions fixées par le marché, d'un ou de plusieurs programmes ou bancs d'essais. Si la décision de vérification d'aptitude est positive, la vérification de service régulier débute.

**Vérification de Service Régulier (VSR)** : La vérification de service régulier a pour objet de constater que les prestations fournies sont capables d'assurer un service régulier dans les conditions normales d'exploitation prévues dans les documents particuliers du marché.

