

ars

# Programme de développement de la **Télémédecine** de Haute-Normandie

Arrêté le 15 avril 2013

programme définitif  
**2013-2017**



# Sommaire

## Programme régional de télémedecine de Haute-Normandie

<b><i>Pourquoi un programme régional de télémedecine ?</i></b>	<b>2</b>
<b>1 <i>Etat des lieux et retours d'expérience</i></b>	<b>5</b>
1.1 Actes de télémedecine recensés en 2009 dans le cadre de la téléimagerie	5
1.2 Prise en charge de l'AVC	5
1.3 Actes de télépsychiatrie	5
1.4 Télésurveillance en périnatalité	6
1.5 Téléexpertises en cancérologie	6
1.6 Retour d'expériences	6
<b>2 <i>Programme régional de télémedecine</i></b>	<b>9</b>
2.1 Démarche d'élaboration	9
2.2 Priorités nationales	9
2.3 <b>Priorités régionales</b>	<b>10</b>
2.3.1 Déclinaison des axes stratégiques du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)	10
2.3.2 Déclinaison du Projet Régional de Santé (PRS)	10
2.4 <b>Objectifs du programme</b>	<b>13</b>
2.4.1 S'appuyer sur la téléimagerie pour faciliter la permanence des soins et le traitement de l'urgence : le projet PRATIC (Partage Régional d'Applications de Télémedecine et d'Imagerie Clinique)	17
2.4.2 S'appuyer sur la télémedecine pour maintenir et renforcer l'accès à la santé et à l'autonomie	20
2.4.3 S'appuyer sur la télémedecine pour les soins aux détenus	25
2.4.4 Poursuivre le développement de la télémedecine pour la prise en charge du cancer et la périnatalité	26
<b>3 <i>Gestion du programme</i></b>	<b>28</b>
3.1 Contractualisation des actes de télémedecine	28
3.2 Gouvernance du programme de télémedecine	28
3.3 Evaluation du programme de télémedecine	28
<b>4 <i>Annexes</i></b>	<b>31</b>

# Préambule

## Pourquoi un programme régional de télémédecine ?

L'article L. 1434-2 du code de la santé publique dispose que « le projet régional de santé est constitué :

1° d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;

2° de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

3° de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine ».

La télémédecine se définit comme un acte médical pratiqué à distance (loi HPST). La définition des actes de télémédecine est donnée dans le décret du 19 octobre 2010 joint en annexe au programme.

En Haute-Normandie, ses enjeux sont de :

- éviter une perte de chance pour le patient ;
- favoriser un accès égal aux soins dans un contexte de baisse de la démographie médicale en contribuant à l'organisation territoriale de l'offre de soins ;
- éviter des déplacements géographiques :
  - aux patients, dans un contexte de vieillissement important de la population et d'augmentation de la dépendance ;
  - aux professionnels de santé, notamment les médecins spécialistes (optimisation du temps médical).
- faciliter la prévention et la prise en charge des maladies chroniques ;
- éviter certaines hospitalisations ou ré-hospitalisations.

Par conséquent, le développement de la télémédecine en Haute-Normandie se fonde sur deux principes :

- la télémédecine s'intègre à l'offre de soins,
- elle est portée par les médecins.

La télémédecine s'appuie sur la télésanté, c'est-à-dire sur la mise en œuvre des technologies de l'information et de la communication au service de la coordination des acteurs de santé et de la relation avec les patients (messagerie sécurisée, dossier médical partagé, Dossier Médical Personnel ou DMP,...), cette dernière faisant l'objet d'un schéma directeur régional du système d'information de santé. En effet, le développement de la télémédecine intervient dans un contexte caractérisé par la modernisation des systèmes d'information des établissements, des cabinets médicaux, et par la création de nouveaux réseaux de santé, des maisons pluridisciplinaires de santé et des pôles de santé.

Le programme régional a une durée de 5 ans. Il s'articule avec les objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) et avec le Projet Régional de Santé (PRS), selon la méthode présentée dans le corps du programme. Il a une double ambition :

- renforcer l'offre de soins en rendant possible des organisations nouvelles au sein des territoires,
- accroître l'attractivité de la région Haute-Normandie vis-à-vis des professions médicales et paramédicales, du fait de l'utilisation de la télémédecine pour développer les pratiques collaboratives et innovantes.

La télémédecine est inscrite dans le PSRS comme l'un des leviers permettant la réussite des axes stratégiques du plan.

Le programme régional de télémédecine décline opérationnellement les dispositions arrêtées dans les schémas d'organisation des soins du PRS, en particulier pour la période 2012-2014.

En effet, l'absence de dispositions relatives à la tarification des actes de télémédecine, le fait que les premières évaluations ne seront produites qu'à fin 2013, ainsi que le caractère très novateur de la télémédecine au domicile tant au plan médical qu'au plan technique, qui vont faire l'objet d'expérimentations ciblées, font qu'il est difficile de prévoir une planification opérationnelle complète au-delà de 2014.

En conséquence, un bilan d'étape courant 2014 permettra d'asseoir les orientations 2015-2017.

Les éléments relatifs à l'infrastructure (réseau haut débit, infrastructure partagée, stations de télémédecine, logiciels) sont traités dans le schéma directeur régional du système d'information de santé (Schéma concerté d'aménagement numérique Santé de Haute-Normandie ou SCAHN Santé).

# ①

## Etat des lieux et retours d'expérience

- 1.1 Actes de télémédecine recensés en 2009 dans le cadre de la téléimagerie p.5
- 1.2 Prise en charge de l'AVC p.5
- 1.3 Actes de télépsychiatrie p.5
- 1.4 Télésurveillance en périnatalité p.6
- 1.5 Téléexpertises en cancérologie p.6
- 1.6 Retour d'expériences p.6

## 1 Etat des lieux et retours d'expérience

---

### 1.1 Actes de télé médecine recensés en 2009 dans le cadre de la téléimagerie

Grâce à une étude régionale préparatoire au développement de la téléimagerie, un premier état des lieux de l'existant des actes reposant sur un transfert d'images a été dressé en 2009-2010.

Les usages avérés recensés relèvent essentiellement du recours à la **Téléexpertise avec télétransmissions d'images**, au cours de laquelle il s'agit la plupart du temps pour le médecin urgentiste d'avoir l'appui d'un clinicien pour orienter la prise en charge du patient, celle-ci pouvant aller jusqu'à son transport vers un centre ou une unité régionale spécialisée.

Les actes de téléexpertise les plus répandus identifiés dans l'étude de 2009 sont :

- La prise en charge en urgence des traumatismes crâniens, entre les services d'urgence et le centre de référence de neurochirurgie au CHU de Rouen, utilisant des stations de transmission d'images médicales malgré leur renouvellement en 2009 en attendant le projet régional de téléimagerie,
- Les demandes d'avis en orthopédie par télétransmission d'images de radiologie conventionnelle,
- Les demandes d'avis en cardiologie par télétransmissions de fichiers d'ECG (qui s'est beaucoup développée en médecine générale).

### 1.2 Prise en charge de l'AVC

En 2009-2010, il n'y avait pas de prise en charge de l'AVC avec l'appui de la télé médecine.

Depuis, sous l'égide du Réseau Neuro-vasculaire Haut-Normand, le CHU de Rouen et le CHI Eure Seine ont mis au point en 2011 un projet pilote de téléimagerie pour la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) susceptibles d'être traités par une thrombolyse dans le cas où le patient n'a pas suivi le parcours de soins en urgence (il se peut que des patients ne soient pas arrivés par le SAMU qui transporte directement les patients ayant un AVC dans l'UNV du CHU de Rouen). Les référents neurologues du CHU de Rouen délivrent une téléexpertise concernant la pertinence ou non d'une thrombolyse et une téléassistance à la réalisation de cet acte par les urgentistes formés.

Depuis la mise en place du « télé-AVC » entre Evreux et Rouen, 9 patients ont pu bénéficier du dispositif de télé médecine depuis son installation. Tous ont reçu l'indication du traitement par fibrinolyse.

Ce projet pilote de « télé-AVC » a permis aux professionnels de santé (neurologues, neuroradiologues, urgentistes) de mettre au point un protocole de prise en charge, de définir un programme de formation et un accompagnement des équipes. Au plan technique, le dispositif rejoindra la plate-forme régionale de téléimagerie : les responsables informatiques d'Evreux et de Rouen participent au projet régional afin de définir le cahier des charges régional en tenant compte de leur retour d'expérience.

Depuis le dispositif est étendu au CH de Dieppe (démarrage début 2013), où les urgentistes ont été formés à la thrombolyse ; la prise en charge des patients par le service d'urgence du CH de Dieppe, régulé par le Centre 15, a pu se mettre en œuvre avec l'appui de la téléexpertise et de la téléassistance des neurologues référents du CHU de ROUEN.

### 1.3 Actes de télépsychiatrie

La région Haute-Normandie a mené dès 2007 une expérimentation de téléconsultations en psychiatrie, laquelle a fait l'objet d'un mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'études spécialisées en psychiatrie « la téléconsultation en psychiatrie : une étude de faisabilité en Haute-Normandie » présenté en janvier 2008 par Sophie NEBOUT.

Cette expérimentation a été menée par plusieurs établissements : CH du Rouvray, CH de Navarre, Groupe Hospitalier du Havre, CH de Dieppe, avec 3 Centres Médico Psychologiques, 1 Accueil Familial Thérapeutique pour Adultes (AFTA), 1 établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(EHPAD).

En gérontopsychiatrie, les téléconsultations et téléexpertises se sont réalisées en routine entre le CH du Rouvray et l'EHPAD de Gournay-en-Bray ; elles représentent un total d'environ 500 actes de télémédecine.

Ceci a donné naissance au programme de télémédecine en structure médico-sociale, appelé TISSE, lequel est présenté plus loin dans le programme régional de télémédecine.

## 1.4 Télésurveillance en périnatalité

Les objectifs du télémonitoring des grossesses à risque à domicile sont :

- l'amélioration des conditions de suivi des patientes, car la télésurveillance leur permet de rester dans leur environnement à domicile tout en garantissant une efficacité de surveillance prénatale équivalente à la surveillance conventionnelle ;
- la réduction des hospitalisations prénatales et / ou des consultations à la maternité ;
- la réduction des coûts de surveillance prénatale.

Depuis la mise en place de la télésurveillance, le Réseau Périnatalité a pris en charge 1 293 femmes (statistique arrêtée au 30 septembre 2011) en télésurveillance des grossesses à risque à domicile.

A noter au plan de la télésanté, l'existence du Dossier Partagé de Périnatalité régional (DPP), tenu au niveau du réseau par certains établissements membres, soit par saisie directe dans le dossier partagé, soit par interfaçage (dont le CHU de Rouen). Il contient depuis 2011 une fiche spécifique au télémonitoring des grossesses à domicile.

## 1.5 Téléexpertises en cancérologie

Pour l'instant les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) se déroulent essentiellement en réunissant les professionnels dans une salle de réunion, à l'exception d'une sur le territoire de santé d'Evreux se déroulant en visioconférence. Une expérimentation est en cours de mise en place sur une RCP de recours régionale.

Toutes les RCP de cancérologie sont retracées et suivies dans le dossier du patient du réseau régional, le Dossier Commun de Cancérologie (DCC). Ce dossier contient également le programme personnalisé de soins proposé au patient. A terme les images devraient être également partagées au sein d'un dossier commun d'imagerie de cancérologie.

## 1.6 Retour d'expériences

Il existe des pré-requis généraux et des pré-requis par type d'acte/spécialité pratiqués.

A ce stade, nous pouvons indiquer des pré-requis généraux, qui devront ensuite être déclinés dans les différentes propositions du schéma régional.

Le premier pré-requis, observé au cours des expérimentations, est la volonté des professionnels à faire de la télémédecine. Ceci nous conduit à envisager un déploiement partant des professionnels de santé les plus moteurs.

Le second pré-requis, incontournable, est l'insertion dans une pratique ou une filière de soins : la télémédecine ne peut que concourir à l'amélioration de la prise en charge ; si un acte est réalisé en télémédecine, il est toujours relié in fine à une prise en charge sur un territoire, soit en urgence soit en programmé.

Le troisième pré-requis au déploiement de la télémédecine est de réunir des conditions de réalisation :

- un nombre suffisant de professionnels mobilisables (par exemple infirmières) ;
- l'existence d'un projet médical et de protocoles formalisés (et une contractualisation depuis le décret du 19 octobre 2010) ;
- l'application du régime de responsabilité en vigueur pour les demandes d'avis ;
- un environnement physique et une technologie adaptés.

Le quatrième pré-requis est la formation et l'appropriation des outils et des protocoles par les professionnels de santé, et la sensibilisation, voire également la formation pour la télésurveillance, des patients eux-mêmes.

Les contraintes évoquées lors des retours d'expérience sont de nature organisationnelle :

- investissement en attention des partenaires et du patient « des deux côtés de l'écran » (Sadeq HAOUZIR du CH du Rouvray) ;
- insertion dans les modalités de travail : par exemple, les consultations initiales de gérontopsychiatrie se font en présentiel,

Les facteurs clé de succès sont :

- des outils ergonomiques qui facilitent les pratiques (par exemple affichage de qualité, possibilité de dictée numérique,...), et qui sont faciles à utiliser, installés dans un environnement physique adéquat (emplacement isolé des bruits extérieurs par exemple) ;
- une bonne acceptation des patients ;
- un lien avec la télésanté pour la coordination des soins ;
- une incitation financière à faire ;
- un retour d'informations permettant de mesurer le retour sur investissement qualitatif et quantitatif.

Les apports souvent cités par les professionnels de santé sont les suivants :

- gain de temps (pour les médecins, pour les patients) et diminution de la fatigue correspondante ;
- réduction des coûts directs (frais de déplacement des médecins, frais de transport des patients...) ;
- réduction des hospitalisations et ré-hospitalisations ;
- staffs pluridisciplinaires plus fréquents ;
- amélioration de la qualité de vie du patient au domicile ;
- convivialité ;
- une meilleure coordination des soins du point de vue des médecins traitants et médecins coordonnateurs, favorisant la continuité des soins par le recours à la consultation d'un spécialiste et le renforcement des liens avec l'hôpital.

# ②

## Programme régional de télémédecine

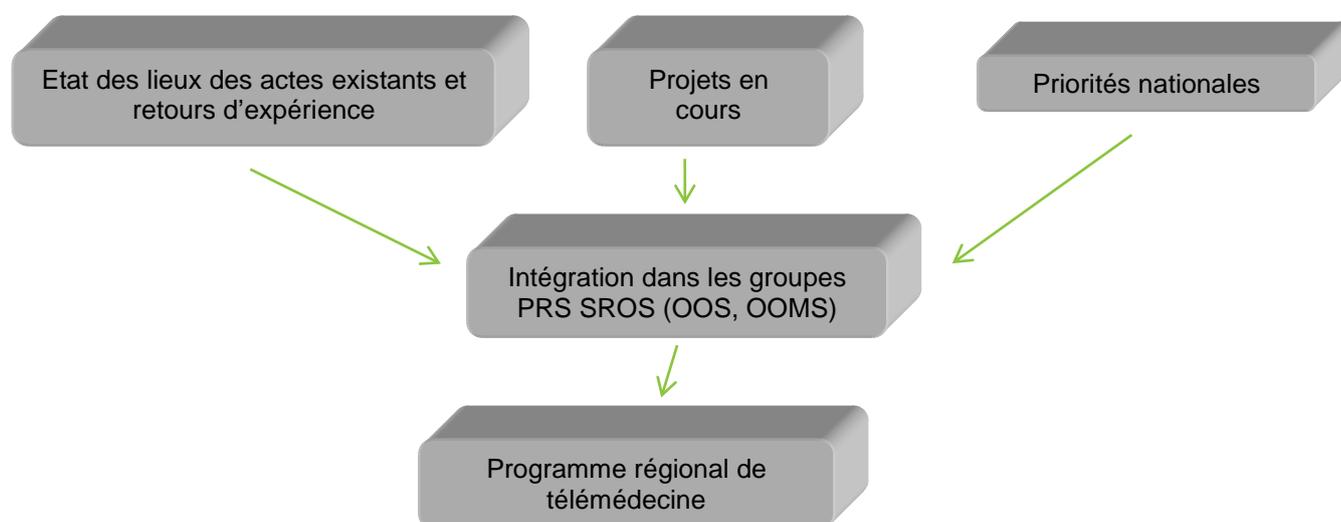
<b>2.1 Démarche d'élaboration</b>	<b>p.9</b>
<b>2.2 Priorités nationales</b>	<b>p.9</b>
<b>2.3 Priorités régionales</b>	<b>p.10</b>
<b>2.4 Objectifs du programme</b>	<b>p.13</b>

## 2 Programme régional de télémédecine

### 2.1 Démarche d'élaboration

La démarche employée en région Haute-Normandie est similaire à celle édictée dans le « guide méthodologique pour l'élaboration du programme de télémédecine » publié par la DGOS, à la différence près que l'ARS a souhaité, dans un souci d'intégration de la télémédecine à l'organisation des soins le plus en amont possible, faire émerger les priorités de télémédecine au sein même des groupes de travail des schémas d'organisation des soins en sanitaire et en médico-social.

Pour plus d'efficacité, l'ARS a ciblé les groupes de travail concernés par les priorités nationales de télémédecine, par les usages les plus matures en Haute-Normandie (démonstré par l'état des lieux, comme par exemple la télépsychiatrie) et par les projets déjà engagés (par exemple prise en charge de l'AVC) au titre du SROS III (essentiellement les actes utilisant la téléimagerie).



### 2.2 Priorités nationales

Le guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine publié par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) comprend **5 priorités nationales de déploiement de la télémédecine**.

Les trois premières portent « sur des champs relativement matures, c'est-à-dire que les expériences ont été mises en œuvre sur plusieurs régions ». Dans ces domaines, l'objectif sera « de modéliser les applications de télémédecine pour les rendre totalement généralisables ». Ce sont respectivement **la permanence des soins en imagerie, la prise en charge de l'AVC et les soins aux détenus**.

Les deux autres priorités « font aussi prévaloir l'accessibilité et le parcours de soins ». Il s'agit de la **prise en charge des maladies chroniques**, en particulier l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque et le diabète ainsi que les soins en **structures médico-sociales et d'hospitalisation à domicile (HAD)**.

La DGOS entend « capitaliser sur ces chantiers pour faire émerger des modèles d'organisation, mais aussi des modèles économiques » encore caractérisés par leur « imprécision ».

## 2.3 Priorités régionales

### **2.3.1 Déclinaison des axes stratégiques du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)**

La télémédecine est un levier identifié dès le PSRS pour améliorer les prises en charge de proximité, « la télémédecine permettant de faciliter les coopérations inter-établissements et interprofessionnels et ainsi améliorer et sécuriser les prises en charge de proximité ».

Ainsi, la télémédecine contribue aux axes stratégiques du PSRS que sont :

- le maintien et le renforcement de l'accès à la santé et à l'autonomie,
- la réduction des inégalités sociales d'accès aux soins et des inégalités territoriales de santé,
- le renforcement et la garantie de la qualité et de l'efficacité des dispositifs ainsi que la performance des organisations.

### **2.3.2 Déclinaison du Projet Régional de Santé (PRS)**

La télémédecine est un levier transversal à la plupart des priorités du Projet Régional de Santé.

Le tableau ci-dessous reprend sa contribution à sept des dix priorités thématiques présentées dans la synthèse du PRS en mars 2012.

Thème	Contribution Télé médecine
<b>Cancérologie</b>	Créer un dossier régional d'imagerie en cancérologie dans le cadre du réseau régional téléimagerie, et faciliter la tenue des réunions de concertation pluridisciplinaires en visioconférence <sup>1</sup> .
<b>Santé mentale</b> <b>Handicap psychique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En pédo-psychiatrie, une équipe mobile de pédopsychiatrie intervient en téléexpertise auprès des ITEP et des IME en amont et en aval d'une hospitalisation en centre hospitalier psychiatrique.</li> <li>• En prise en charge de l'autisme adulte, il s'agit d'améliorer la prise en charge par la tenue d'examen cliniques indirects (en présence d'un soignant ou en concertation avec un confrère à distance), de visio-staffs<sup>2</sup> et de développement de l'information et de la formation des professionnels de proximité.</li> <li>• En psychiatrie adulte, il s'agit d'améliorer la prise en charge par des téléconsultations de suivi et des visio-staffs.</li> <li>• Améliorer les soins aux détenus en psychiatrie (Evreux, Le Havre...) et faciliter le travail du centre de référence Saint-Sever (suivi des auteurs de violence sexuelles).</li> </ul>
<b>Maladies chroniques</b>	<p>Pour la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique (IRC), faciliter la mise en place d'Unités de Dialyse Médicalisées (UDM) grâce à la télésurveillance par les néphrologues (dans les conditions du décret 2012-202), et ultérieurement la télésurveillance de la dialyse péritonéale (DP) au domicile.</p> <p>Pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, faciliter le suivi des patients au domicile après leur hospitalisation.</p> <p>Utiliser télésanté et télé médecine pour l'éducation thérapeutique du patient.</p> <p>Améliorer la prise en charge des personnes détenues au plan des maladies chroniques.</p>
<b>Périnatalité et petite enfance</b>	Poursuivre la télésurveillance à domicile des grossesses à risque.
<b>Personnes âgées</b>	Téléexpertises et téléconsultations par les équipes mobiles en gériatrie et en gérontopsychiatrie en lien avec les équipes médicales et soignantes des structures médico-sociales, afin de favoriser le maintien en établissement, d'éviter l'hospitalisation et la prise en charge en urgence des résidents.

<sup>1</sup> Les «visio-staffs » entrent dans la catégorie des téléexpertises, ils permettent de se concerter à distance entre professionnels de santé ; à noter que les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires en cancérologie ne sont pas soumises à l'établissement d'un contrat de télé médecine (voir note de la DGOS de juillet 2012 à ce sujet)

Thème	Contribution Télémedecine
<p><b>Urgences et permanence des soins</b></p>	<p>Poursuivre le développement de la télémedecine pour la prise en charge de l'AVC en phase aigüe et en soins de suite.</p> <p>Mettre en place la garde régionale d'imagerie grâce à la télémagerie afin de conserver les services d'urgence de proximité.</p> <p>Rénover et développer les téléexpertises en urgence (neurochirurgie...).</p> <p>Poursuivre le développement en programmé de la télémagerie et des téléexpertises.</p> <p>Améliorer la prise en charge des détenus en urgence.</p>
<p><b>Focus sur la démographie des professionnels de santé</b></p>	<p>Développer les pratiques collaboratives et innovantes en télémedecine et télésanté permettant une amélioration des prises en charge sur les territoires de premier recours.</p>

## 2.4 Objectifs du programme

Le programme régional de télémédecine comporte **4 grands objectifs** :

- s'appuyer sur la téléimagerie pour faciliter la **permanence des soins et le traitement de l'urgence**, et développer la téléimagerie en programmé,
- s'appuyer sur la télémédecine pour maintenir et renforcer **l'accès à la santé et à l'autonomie**,
- s'appuyer également sur la télémédecine pour l'amélioration des **soins aux détenus**,
- poursuivre le développement de la télémédecine pour la prise en charge du **cancer et la périnatalité**.

Les objectifs et les actes présentés dans le tableau ci-dessous ont tous été identifiés avec les référents ARS de la spécialité ou de la filière de soins, sur la base de projets présentés par des professionnels de santé. Ils ne sont mis en œuvre qu'une fois le projet porté par une gouvernance adéquate.

Voici une vision synthétique de chacun d'entre eux, mais chaque projet est documenté de manière détaillée au fur et à mesure de l'avancement des travaux.

S'agissant de la déclinaison des objectifs pour les années 2012-2013, l'orientation a été prise dès février 2011 de développer **les actes sur lesquels les professionnels de santé de la région ont le plus de maturité** :

- soit parce que ces actes sont déjà pratiqués en télémédecine (faisabilité et retour d'expérience sont disponibles) ;
- soit parce qu'ils ont fait l'objet d'études préliminaires dans le SROS III et que le principe en est acquis sans toutefois que l'organisation ait été définie de manière fine (par exemple, la garde régionale d'imagerie avec la téléimagerie).

Deux raisons à ce choix :

- les actes ont prouvé leur utilité et trouvé leur place dans l'organisation des soins,
- réussir le développement du programme en se basant sur un socle éprouvé peut avoir un effet d'entraînement vis-à-vis d'autres acteurs de santé.

De plus, une attention particulière a été portée à l'articulation au sein du programme régional entre priorités régionales et priorités nationales.

Les bénéfices attendus sont des entrées du système de recueil d'indicateurs en vue de l'évaluation du programme de télémédecine.

Objectifs du programme	Objectifs thématiques	Objectifs 2012-2013	Bénéfices attendus
S'appuyer sur la téléimagerie pour faciliter la permanence des soins et le traitement de l'urgence	Mettre en place la garde régionale d'imagerie (imagerie en coupe)	Garde d'imagerie pour les centres hospitaliers avec plateau technique sans radiologue	Amélioration des délais et de la qualité de prise en charge en urgence
	Moderniser les moyens de la garde régionale de neurochirurgie	Services d'urgence et service de neurochirurgie du CHU	Faciliter et sécuriser la prise en charge en urgence des traumatisés crâniens
	Développer la prise en charge en urgence des AVC	Pilote : Service d'urgence d'Evreux en relation avec l'UNV USIC de référence du CHU, Extension au Service d'urgence du CH de Dieppe en relation avec l'UNV USIC de référence du CHU	Eviter des pertes de chance pour les patients non transférés directement à l'UNV-USIC
	Mettre en place des coopérations en télé médecine : exemple téléradiologie conventionnelle et avis orthopédique	CH de Neufchâtel et clinique de l'Europe et GIE des Deux Rives	Permettre de conserver une offre de soins de proximité performante malgré une démographie médicale défavorable

Objectifs du programme	Objectifs thématiques	Objectifs 2012-2013	Bénéfices attendus
S'appuyer sur la télémédecine pour maintenir et renforcer l'accès à la santé et à l'autonomie	Projet "Télémédecine dans les structures médico-sociales" (TISSE) pour les personnes âgées	Téléconsultations et téléexpertises par 7 établissements sanitaires et 36 EHPAD	Eviter les passages aux urgences et les transferts EHPAD/Services d'urgence - Suivi des propositions thérapeutiques et réponse rapide sur la conduite à tenir en cas d'urgence
	Projet "Télémédecine dans les structures médico-sociales" (TISSE) pour les personnes en situation de handicap psychique	Téléconsultations et téléexpertises par 4 établissements sanitaires et 21 établissements médico-sociaux	Amélioration de la prise en charge par les téléexpertises entre spécialistes et personnels de l'Institution, évaluation du handicap, préparation de l'hospitalisation et du retour en Institution; information et formation des personnels des Institutions
	Poursuite et développement des téléconsultations et de la télésurveillance pour les patients sur leur lieu de vie, en lien avec les équipes mobiles et les structures de coordination des soins	Poursuite et développement des téléconsultations et engager des projets en HAD et au domicile hors hospitalisation	Améliorer le suivi des patients par la tenue de téléconsultations de suivi et la télésurveillance des patients au domicile
	Prise en charge de maladies chroniques	Télésurveillance des insuffisants cardiaques à domicile ; développement d'unités de dialyse de proximité grâce à la télésurveillance par les médecins	Eviter les ré-hospitalisations par une meilleure éducation thérapeutique et par un suivi fréquent des paramètres communiqués par le patient

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques	Objectifs 2012-2013	Bénéfices attendus
S'appuyer sur la télémédecine pour les soins aux détenus	Téléconsultations (en soins somatiques, en psychiatrie)	Territoire de santé pilotes d'Evreux et du Havre	Eviter les transferts et hospitalisations tout en renforçant le lien avec le médecin coordinateur de l'UCSA ou du SMPR
Poursuivre le développement de la télémédecine pour la prise en charge du cancer et la périnatalité	Accompagner le développement des RCP à l'aide de la visioconférence	Expérimentation fin 2012 et projet pilote fin 2013 sur la nouvelle infrastructure	Accompagner la montée en charge des RCP, éviter les hospitalisations en cas de grossesse à risque

### **2.4.1 S'appuyer sur la téléimagerie pour faciliter la permanence des soins et le traitement de l'urgence : le projet PRATIC (Partage Régional d'Applications de Télémédecine et d'Imagerie Clinique)**

La région Haute-Normandie se situe parmi les régions où la démographie médicale est très défavorable : la décroissance attendue des effectifs de médecins radiologues (- 25 % d'ici à 2020) pose le problème du maillage du territoire et de la pérennité de structures d'hospitalisation sans radiologue.

L'une des solutions envisageables consiste à réorganiser la prise en charge en interprétation des images médicales grâce à l'implantation de solutions de téléimagerie. Ces dernières peuvent être fournies par l'un des opérateurs de télé-interprétation présents sur le marché français, ou être conçues dans le cadre d'une relation bilatérale entre deux établissements ou bien encore être implantées dans le cadre d'un projet régional d'échange et de partage d'images.

C'est cette troisième solution qui a été retenue en Haute-Normandie pour supporter l'organisation des soins prévue dans le projet régional de santé.

Le partage d'images entre professionnels recouvre trois grands types de pratiques :

- un partage d'images immédiat, comme dans le cas d'une décision commune urgentiste/neurologue/radiologue sur la prise en charge d'un AVC en complément d'un échange audiovisuel entre professionnels ;
- un partage en différé, comme dans le cas d'une demande de téléexpertise adressée à un radiologue expert ou à un clinicien ;
- enfin un partage planifié, comme à l'occasion d'une réunion de concertation pluridisciplinaire ou tout simplement d'un visioconférence.

Ainsi, le projet vise à améliorer le partage de l'image et les échanges entre professionnels de santé pour fluidifier le parcours de soins des patients, notamment dans le domaine :

- de l'urgence (transfert instantané d'images pour télé-expertise, vidéoconférence entre urgentiste et neurologue avec visualisation du patient, notamment dans le cadre de la prise en charge de l'AVC) ;
- de la permanence des soins (mutualisation de la garde régionale d'imagerie avec télé-interprétation par un radiologue dans un site distant) ;
- de la cancérologie (mise à disposition des images dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaires) ;
- du suivi des pathologies chroniques : mise à disposition des examens antérieurs sur un archivage régional centralisé.

PRATIC vise donc à déployer une solution d'échange entre établissements, permettant l'interprétation en temps réel d'examens d'imagerie ou la télé-expertise, d'archivage et de partage des examens d'imagerie (un « PACS », acronyme anglo-saxon de « Système d'Archivage et de Partage des Images), alimentée et accessible par les établissements hospitaliers et les sites libéraux, conforme à la réglementation sur l'exercice de la télémédecine et hébergée par un hébergeur agréé.

La solution comprend notamment une gestion des processus de travail et de la traçabilité des opérations.

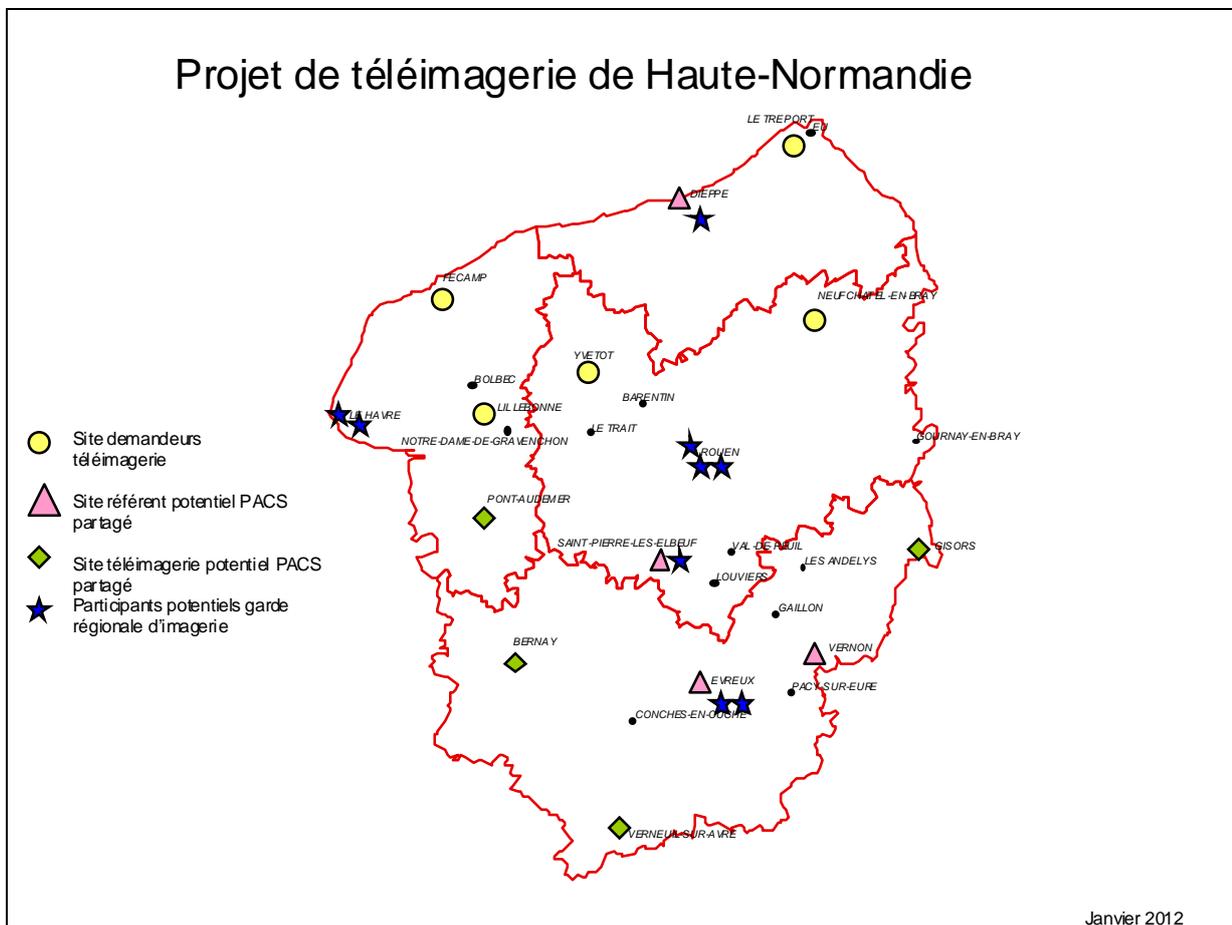
Au plan de la santé publique, on peut noter la réduction attendue de la redondance d'examens médicaux, facilitée par la mise à disposition aisée des examens réalisés sur d'autres sites, qui combinée à une utilisation croissante de techniques spécialisées d'imagerie, entraînera une diminution significative de l'exposition des patients aux rayons X.

PRATIC s'inscrit dans un contexte réglementaire qui a connu des évolutions importantes ces dernières années. Trois contraintes méritent tout particulièrement d'être rappelées :

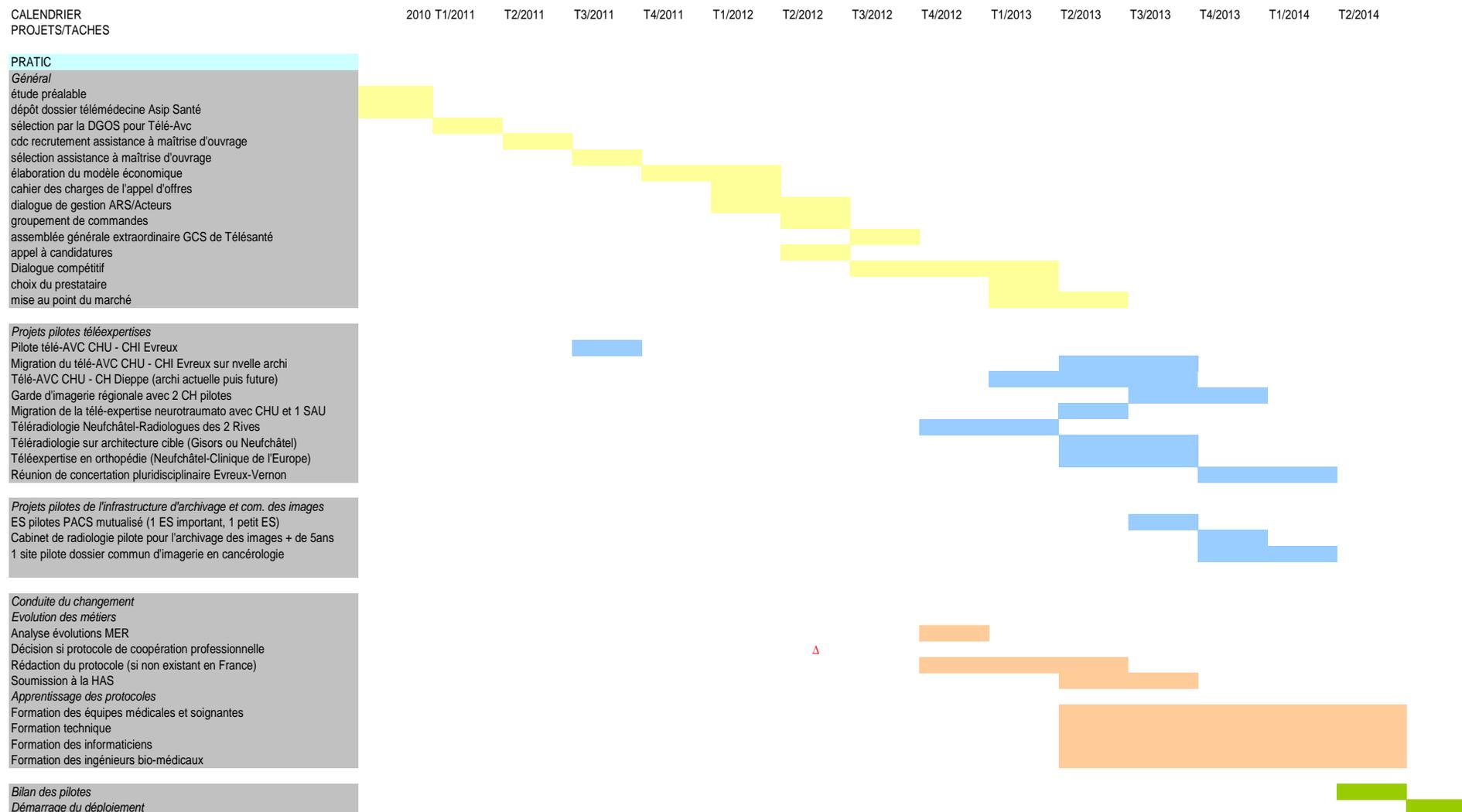
- en vertu du décret sur la télémédecine du 19 octobre 2010, les échanges entre professionnels de santé, réalisés dans le cadre d'un dispositif de télémédecine, doivent impérativement être tracés, ainsi que l'accès aux images. Cette traçabilité est particulièrement importante en cas de procédure médico-légale ;
- les examens d'imagerie doivent être archivés pendant 3 ans en accès immédiat, correspondant à la durée durant laquelle un examen est susceptible d'être revu en comparaison clinique. Passée cette période, sauf cas exceptionnel, l'examen doit être conservé au titre de l'archivage légal, dans des conditions d'accès en différé. Pour les patients hospitalisés, les examens doivent être conservés pendant une durée de 20 ans. L'hébergement doit être assuré par un hébergeur agréé pour les données de santé ;
- l'ASIP Santé propose depuis 2 ans un cadre d'interopérabilité entre les différentes applications de santé, venant compléter un certain nombre de normes et standards internationaux d'échanges d'images (Dicom, IHE, HL 7) et assurant la compatibilité avec le Dossier Médical Personnel (DMP). L'utilisation d'un Identifiant National de Santé (INS) garantit une identification pérenne et partagée du patient entre les différents systèmes d'information.

Les moyens de remplir ces conditions réglementaires sont traités dans le schéma directeur régional SCAHN Santé.

Le projet est piloté par les acteurs de santé : le comité de pilotage du GCS de Télésanté – Télémédecine de Haute-Normandie est co-présidé par le radiologue libéral animant le G4R et par le directeur général adjoint du CHU.



## Le calendrier prévisionnel s'établit ainsi :



## **2.4.2 S'appuyer sur la télémédecine pour maintenir et renforcer l'accès à la santé et à l'autonomie**

### **2.4.2.1 Projet TISSE « Télémédecine en structure médico-sociale »**

La région Haute-Normandie s'est engagée dans la télépsychiatrie dès 2007 à l'occasion d'une expérimentation impliquant 5 établissements sanitaires. Dans le prolongement de cette expérimentation, certains établissements ont continué à travailler en télémédecine notamment avec des structures de prise en charge de personnes âgées dépendantes ou d'adultes en situation de handicap psychique.

Sur la base de cette expérience, le projet de télémédecine appelé programme TISSE (pour Télémédecine en Structure médico-Sociale), a pour objet d'améliorer la prise en charge des résidents dans le secteur médico-social, en intégrant les actes de télémédecine comme modalité d'intervention des équipes mobiles et hospitalières dans le domaine de la psychiatrie et de la gériatrie. Il concerne, à fin 2012, 16 établissements du handicap et 36 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le dispositif s'appuie sur les liens professionnels qui ont été établis entre les établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux, dans les domaines de la psychiatrie et de la gériatrie. Il est mené par 11 médecins responsables et 5 établissements référents. L'établissement sanitaire référent est le pivot du dispositif.

S'agissant de la prise en charge du handicap psychique, dans un contexte de diminution ou d'absence de psychiatres dans les établissements médico-sociaux pour conduire l'évaluation du handicap psychique et pour la prise en charge des personnes notamment lors des phases de décompensation, la télémédecine est l'une des composantes du dispositif d'appui aux établissements médico-sociaux pour l'accompagnement de la personne en situation de handicap psychique :

- en pédo-psychiatrie, une équipe mobile de pédopsychiatrie intervient auprès des ITEP et des IME en amont et en aval d'une hospitalisation en centre hospitalier psychiatrique ;
- en prise en charge de l'autisme adulte, il s'agit d'améliorer la prise en charge par la tenue d'exams cliniques indirects (en présence d'un soignant ou en concertation avec un confrère à distance), de visio-staffs<sup>3</sup> et de développement de l'information et de la formation des professionnels de proximité ;
- en psychiatrie adulte, il s'agit d'améliorer la prise en charge par des téléconsultations de suivi et des visio-staffs.

S'agissant de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, le projet consiste à permettre aux équipes mobiles qui travaillent avec les EHPAD d'étendre leur couverture territoriale, à effectif constant et dans la mesure des moyens disponibles, grâce à l'optimisation du temps des médecins et à la possibilité de travailler de manière plus souple avec les équipes et les médecins coordonnateurs en faisant des téléconsultations de suivi et des téléstaffs :

- en gérontopsychiatrie et psychogériatrie, l'objectif est principalement d'assurer un suivi des propositions thérapeutiques avec les médecins coordonnateurs et les médecins traitants, et de donner une réponse rapide de conduite à tenir en cas d'urgence dans les EHPAD sur des cas psychiatriques ;
- en gériatrie, l'objectif est d'optimiser la prise en charge par la tenue de téléconsultations de suivi ainsi que les transferts EHPAD/Hôpital et d'éviter les passages aux urgences évitables.

Les patients ont été vus lors de consultations médicales sur site (interventions d'une équipe mobile, par exemple). La possibilité de faire des actes en télémédecine vise à consolider voire dans certaines

---

<sup>3</sup> Les « visio-staffs » entrent dans la catégorie des téléexpertises, ils permettent de se concerter à distance entre professionnels de santé.

conditions à étendre cette prise en charge.

Les établissements sanitaires référents restent le pivot du dispositif et organisent avec les établissements médico-sociaux la tenue des actes de télé-médecine. L'équipe n'intervient que sur demande des médecins traitants, et ne prescrit des actes et des médicaments uniquement si les médecins coordinateurs ou traitants leur en font la demande. C'est le médecin traitant qui reste au cœur de la prise en charge.

Au plan du déroulement de la téléconsultation, la télé-médecine est un outil d'appoint qui permet de rassurer les équipes et d'être réactifs. Le patient n'est jamais vu en première consultation, et il n'est jamais vu seul en téléconsultation mais toujours accompagné d'une infirmière référente.

Au terme de la première consultation sur place, il est proposé aux patients pouvant être inclus dans le programme, avec leur consentement explicite, de les voir en téléconsultation si des circonstances contraignent le faire (conditions météorologiques, en cas de nécessité d'une action rapide comme une modification de traitement...) ou de demander un avis en téléexpertise au gériatre ou au psychiatre toujours en cas de besoin.

Pour l'instant, il s'agit d'un dispositif simple fonctionnant entre deux entités (caméra, sonorisation, réseau haut débit sécurisé...) avec traçabilité de l'authentification des professionnels de santé, mais sans partage en ligne de données ni d'accès à un dossier partagé. La station de télé-médecine ne permet pas encore de faire des évaluations neurologiques, ni de se rendre « au lit du patient », les chambres n'étant souvent pas desservies par wi-fi. Néanmoins, une caméra mobile ajoutée à la caméra de la station permet de voir le patient avec le niveau de détail nécessaire, par exemple en dermatologie.

La station de télé-médecine va permettre également les visio-staffs pour le partage d'expérience à distance entre les deux équipes, notamment pour préparer les hospitalisations, et la formation à distance.

Trois structures appuient ce travail au niveau régional les établissements sanitaires et médico-sociaux :

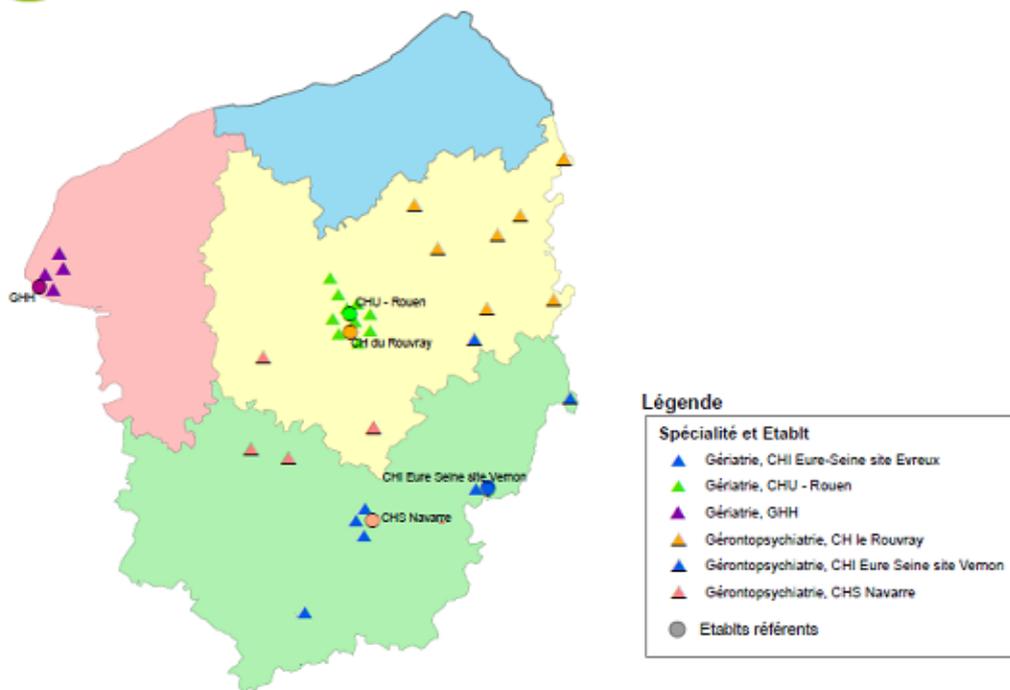
- le CH du Rouvray : le président de la CME du CH du Rouvray est le référent médical du programme ;
- le CHI Eure Seine : le directeur des systèmes d'information est le référent pour les aspects technologiques (rédaction du cahier des charges et processus d'acquisition des stations de télé-médecine, études d'éligibilité et préparation des commandes de réseau haut débit SYRHANO) ;
- le GCS de Télésanté-Télé-médecine de Haute-Normandie qui porte le marché du réseau de collecte SYRHANO et permet la traçabilité de l'authentification des professionnels de santé participant aux actes de télé-médecine.

Après un programme de déploiement technique mené pendant toute l'année 2012, les téléconsultations et téléexpertises démarrent début 2013.

Les résultats attendus du programme TISSE sont :

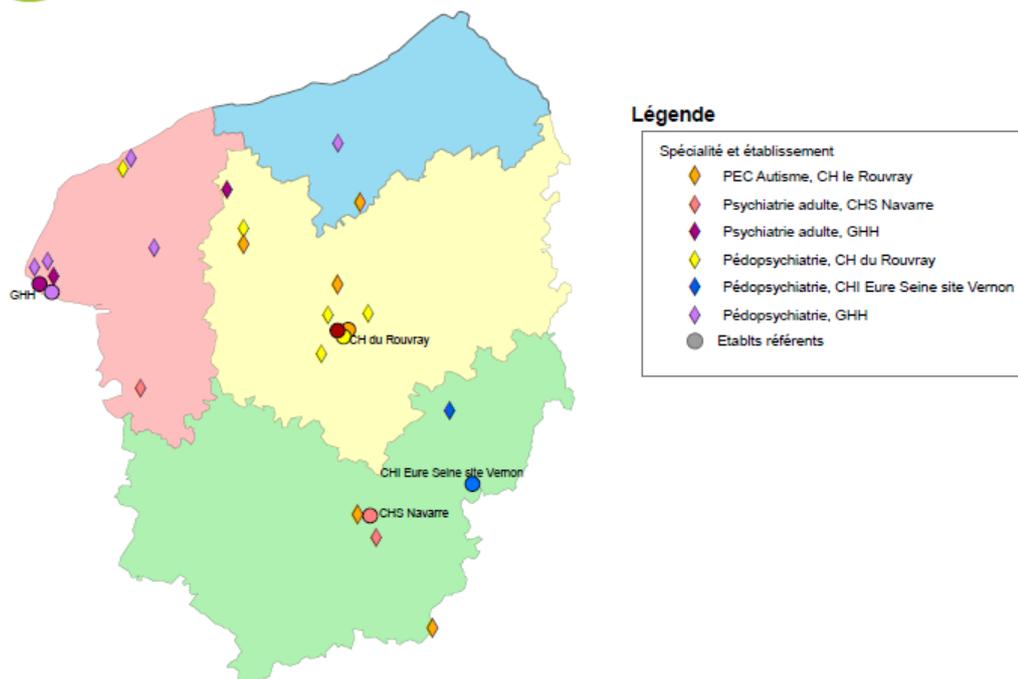
- la démonstration à une échelle significative de l'utilité de la télé-médecine dans des établissements isolés d'une région à faible démographie médicale,
- l'ancrage de la télé-médecine dans les pratiques,
- le retour d'expériences permettant d'amener la télé-médecine au domicile en vue du maintien à domicile des populations fragiles.

## Télémédecine Personnes Agées Dépendantes 2012



Réalisation : Pôle OSA / HB - Janv 2012

## Télémédecine Personnes en situation de Handicap Psychique 2012



Réalisation : Pôle OSA / HB - Janv 2012

Le calendrier du projet s'établit comme suit :



### 2.4.2.2 La prise en charge des maladies chroniques et l'évolution vers le domicile

Les attentes des acteurs de la santé et de l'autonomie vis-à-vis de la contribution de la télémédecine à la prise en charge des maladies chroniques, que ce soit en institution ou au domicile, est très importante. En effet, la télémédecine apporte la possibilité :

- d'organiser une offre de soins de proximité : par exemple la télésurveillance des dialyses en Unités de Dialyse Médicalisée (UDM), qui va commencer au premier trimestre 2013 dans notre région, permet d'ouvrir des UDM plus proches des domiciles des patients, notamment du domicile des patients âgés dont le nombre s'accroît ;
- d'effectuer un suivi du patient atteint de maladie chronique, voire de l'aider à maintenir ses efforts de prise en charge de sa maladie, par un lien plus fréquent entre professionnels de santé et patient en Institution ou au domicile ; par exemple, il est envisagé de développer en 2013 un suivi des insuffisants cardiaques, en lien avec le programme TISSE pour les patients âgés dans le but de leur éviter une venue aux urgences.

Si l'on voit se développer des actes de télémédecine de manière opérationnelle dès 2013 en milieu hospitalier et médico-social, le développement de la prise en charge à domicile avec la télémédecine dépend essentiellement de celui des nouvelles pratiques d'organisation des soins de proximité et de l'intégration des nouvelles technologies desservant le domicile :

- l'utilisation de la télémédecine doit être envisagée dès le début des projets de pôles de santé en articulation avec les outils collaboratifs de télésanté, afin de faciliter les nouveaux exercices pluridisciplinaires entre médecins et professionnels de santé des pôles, entre les professionnels des pôles et les spécialistes libéraux et hospitaliers ;
- l'utilisation de la télémédecine dans les maisons pluridisciplinaires de santé dépend du degré de maturité du travail et des pratiques entre les professionnels de la maison pluridisciplinaire de santé ;
- le domicile, en particulier en milieu rural, reste un lieu mal desservi par les réseaux haut débit ; de plus force est de constater que le marché a plus tendance à vendre des solutions basées sur de nouveaux dispositifs technologiques (tablettes, micro-ordinateurs, téléphones de dernière génération...) que d'utiliser tout simplement le téléviseur numérique du patient (à l'instar de ce qui se fait en milieu hospitalier). Tant que les solutions ne seront pas simples et bon marché, le développement de la télémédecine s'en trouvera freiné ;
- les actes réalisés en télémédecine au domicile ne font pas encore l'objet d'une rémunération conventionnelle, mais seulement de rémunérations à titre dérogatoire prises sur le fonds régional d'intervention des ARS.

La collaboration avec les collectivités territoriales est par conséquent un levier majeur pour l'ARS dans la définition des priorités de prise en charge en télémédecine au domicile. Deux expérimentations devraient débiter courant 2013, l'une sur la prise en charge des personnes âgées en institution non médicalisée et au domicile des personnes âgées dans un territoire rural sans structure de santé de proximité, l'autre au domicile dans un contexte technologique facilité par les équipements déjà en place.

### 2.4.3 S'appuyer sur la télémédecine pour les soins aux détenus

« La télémédecine constitue un facteur d'amélioration du plan de santé des personnes détenues en permettant une diminution des pertes de chance, une réponse adaptée dès le début de la prise en charge du patient grâce à un accès aux différentes spécialités de médecine, un gain de temps pour les professionnels de santé (diagnostics, dépistages...), une augmentation des échanges médicaux, une meilleure coordination ainsi que la diffusion de bonnes pratiques.

En effet, la télémédecine facilite l'accès à certaines spécialités particulièrement difficiles à faire intervenir au sein des établissements pénitentiaires et en retour contribue à rompre l'isolement des praticiens exerçants au sein des UCSA.

Elle permet également une meilleure continuité de prise en charge, concentrant la démarche en un seul lieu, facilitant le cas échéant la mise en commun des données.

Enfin, elle contribue à des économies substantielles tant en termes de temps de travail médical, paramédical et technique que de gestion des organisations : temps des extractions ou temps de déplacement des médecins, délais d'organisation, déplacements de personnes détenues ou des médecins »<sup>4</sup>.

En Haute-Normandie, les soins aux personnes détenues constituent un volet spécifique du SROS, la télémédecine est l'une des orientations qui doit permettre, dans un contexte de pénurie croissante des professionnels de santé, d'améliorer l'accès aux soins notamment aux soins spécialisés, des personnes détenues, quel que soit leur lieu de détention. La mise en œuvre de la télémédecine peut aussi diminuer le nombre d'extractions souvent sources de difficulté pour la prise en charge.

De plus, le retour d'expériences d'autres régions ayant utilisé la télémédecine pour les soins aux détenus montre :

- d'une part que cette pratique remet le médecin et l'équipe de l'unité sanitaire au centre de la prise en charge médicale du détenu ;
- d'autre part que le patient détenu peut ainsi paradoxalement bénéficier d'une plus grande confidentialité des consultations (lors d'une extraction, il est accompagné par un personnel de l'administration pénitentiaire).

A ce jour, trois projets ont été proposés à l'ARS :

- deux projets entre l'établissement pénitentiaire, l'unité sanitaire et l'établissement MCO de référence : depuis la station de télémédecine située dans le service d'urgence de l'établissement sanitaire, des urgentistes et des médecins spécialistes vont intervenir en téléconsultation et lors de téléexpertises, en relation avec le médecin responsable et le personnel soignant de l'unité sanitaire. Ultérieurement, une autre station pourra être installée dans le local des visioconférences de justice de l'établissement pénitentiaire, afin de permettre aux urgentistes de voir le patient lors de demandes d'intervention en dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire. Ces projets sont en cours de définition à Evreux et au Havre pour un démarrage en 2013. Dans un deuxième temps, la démarche pourra être étendue aux établissements psychiatriques de référence du territoire dans le cadre de la prise en charge psychiatrique des personnes détenues ;
- un projet de téléexpertises pluridisciplinaires entre le centre Saint Sever, spécialisé dans le suivi des auteurs de violences sexuelles et les autres institutions impliquées dans le suivi avec obligation ou injonction de soins, CMP, unités sanitaires des établissements pénitentiaires (avec ou sans unités dites AVS), qui devrait voir le jour plutôt en 2014.

La cible est de déployer le programme de télémédecine dans tous les établissements pénitentiaires en 2015. La coordination du projet est réalisée par l'ARS en articulation avec les différentes structures.

---

<sup>4</sup> Action 10.3 du plan d'action stratégique 2010 – 2014 sur la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice

#### **2.4.4 Poursuivre le développement de la télémédecine pour la prise en charge du cancer et la périnatalité**

En France, les grands réseaux de santé ont été les premiers à expérimenter la télémédecine : c'est particulièrement vrai pour le réseau Périnatalité avec le suivi à domicile des grossesses à risque. Cette avancée doit être conservée et développée (voir à ce sujet l'état des lieux).

Le réseau de cancérologie haut-normand (RON) est en train de se saisir de l'appui de la télémédecine pour développer dans le cadre du projet PRATIC trois évolutions essentielles :

- les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) à distance entre plusieurs établissements et spécialistes libéraux ;
- la consultation pendant ces RCP de l'imagerie médicale en provenance des services ou des cabinets d'imagerie médicale ;
- la constitution au fur et à mesure des RCP d'un dossier commun régional d'imagerie de cancérologie du patient.

Une expérimentation a permis le 30 octobre 2012 de valider techniquement la mise en œuvre d'une RCP multi-sites en cancérologie digestive, avec consultation pendant la RCP des images et du DCC des patients.

# ③

## Gestion du programme

- 3.1 Contractualisation des actes de télémédecine p.28**
- 3.2 Gouvernance du programme de télémédecine p.28**
- 3.3 Evaluation du programme de télémédecine p.28**

## 3 Gestion du programme

---

### 3.1 Contractualisation des actes de télémedecine

Le décret de télémedecine du 19 octobre 2010 prévoit une mise en conformité des actes existants et une contractualisation au plus tard 18 mois après sa parution, soit en avril 2012.

Le contrat intervient entre l'organisateur de l'activité de télémedecine (établissement, maison de santé, médecin libéral...) et le directeur général de l'ARS<sup>5</sup>.

Avant d'établir le contrat, l'ARS doit s'assurer du respect des dispositions réglementant l'activité, et notamment des obligations incombant aux organisateurs. Afin de faciliter le dialogue de gestion en vue de la contractualisation, l'ARS diffuse à chaque organisateur un dossier, dont un questionnaire de diagnostic et un guide lui permettant de présenter une demande de signature d'un contrat respectant la réglementation.

Les organisateurs (demandeurs, effecteurs) doivent signer entre eux une convention ou un contrat spécifique à l'activité de télémedecine. De plus, en cas d'implication d'un tiers technologique dans le dispositif, les responsabilités de ce dernier doivent être établies et faire partie intégrante de la convention ou du contrat entre les organisateurs. L'ARS dispose d'un modèle de convention-type.

Lorsque le dispositif médical communicant de la télémedecine n'est pas encore disponible (la plateforme régionale de téléimagerie par exemple), le contrat signé avec l'ARS comporte un engagement de l'organisateur à utiliser le dispositif dès que ce dernier sera disponible.

### 3.2 Gouvernance du programme de télémedecine

Au plan stratégique, le programme de télémedecine est piloté par l'ARS qui consulte régulièrement pour ce faire le Comité d'Orientation Régional pour le Système d'Information de Santé (COR-SIS), dans lequel tous les acteurs de santé sont représentés ainsi que les collectivités territoriales (Conseil Régional et Conseils Généraux) et l'Etat (Secrétariat Général aux Affaires Régionales de la Préfecture de Région).

Au plan tactique, un comité de télémedecine réunit les principaux opérateurs qui portent les outils méthodologiques médicaux et organisationnels ainsi que les infrastructures technologiques mutualisées (le GCS de Télé Santé-Télémedecine, les référents régionaux du programme TISSE...).

Au plan opérationnel, les actes de télémedecine sont organisés et réalisés par les porteurs de l'activité, que ce soit les établissements ou les médecins et professionnels de santé libéraux.

L'ARS pourra lancer des appels à projets pour le lancement d'activités de télémedecine. Ces projets seront instruits par un comité interne à l'ARS associant le médecin référent de l'activité, le référent Télémedecine et autant que de besoin les membres du comité de télémedecine concernés.

### 3.3 Evaluation du programme de télémedecine

L'évaluation est un élément fondamental pour le bilan des deux à trois premières années du programme :

- au plan de l'efficacité recherchée en termes de couverture territoriale par les spécialistes pour les publics fragilisés par l'âge et le handicap, ainsi que pour les malades chroniques ;

---

<sup>5</sup> Le législateur a également prévu la possibilité de contractualiser au niveau national

- au plan de l'organisation des soins, notamment en imagerie médicale et en expertise neurologique (télé-AVC, expertise en neurotraumatologie...);
- au plan du « modèle » médico-économique de manière à contribuer à l'instauration d'une tarification ;
- au plan de l'ergonomie des outils mis en œuvre, et de la facilité à les utiliser ;
- au plan de l'acceptation par les patients et de la jurisprudence.

Pour cela, l'ARS reprend les travaux déjà menés en région, en s'assurant d'un consensus entre les acteurs de santé, discipline par discipline, sur la base d'une réflexion portée par une organisation régionale (par exemple le réseau régional neurovasculaire de Haute-Normandie, le réseau régional de cancérologie, le Comité de Pilotage PRATIC), ainsi que les indicateurs suivis au plan national, pour recueillir régulièrement les indicateurs nécessaires à l'évaluation des dispositifs à mi-parcours du programme régional.

# 4

## Annexes

**Annexe n°1 : Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010  
relatif à la télémédecine**

**Annexe n°2 : Composition du Comité d'Orientation  
Régional pour le Système d'Information de Santé  
(COR-SIS)**

### Annexe n°1 : Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

21 octobre 2010

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 13 sur 98

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

#### Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

NOR : SAS1011044D

Le Premier ministre,  
Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,  
Vu le code de l'action sociale et des familles ;  
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6316-1 ;  
Vu le code de la sécurité sociale ;  
Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;  
Vu la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, notamment son article 44 ;  
Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 28 avril 2010 ;  
Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 3 mai 2010 ;  
Vu l'avis de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 11 mai 2010 ;  
Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 12 mai 2010 ;  
Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 25 mai 2010 ;  
Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 23 juin 2010 ;  
Vu l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 1<sup>er</sup> juillet 2010 ;  
Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Après le chapitre V du titre I<sup>er</sup> du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ajouté un chapitre VI ainsi rédigé :

« CHAPITRE VI

« *Télémédecine*

« Section 1

« *Définition*

« Art. R. 6316-1. – 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 téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

« 3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

« 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.

« Section 2

« Conditions de mise en œuvre

« Art. R. 6316-2. – Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4.

« Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication.

« Art. R. 6316-3. – Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant :

« 1° a) L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;

« b) L'identification du patient ;

« c) L'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ;

« 2° Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.

« Art. R. 6316-4. – 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.

« Art. R. 6316-5. – Les actes de télémédecine sont pris en charge dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

« Section 3

« Organisation

« Art. R. 6316-6. – L'activité de télémédecine et son organisation font l'objet :

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

« 2° Soit d'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° Soit d'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.

« Les contrats mentionnés aux 2° et 3° du présent article doivent respecter les prescriptions du programme relatif au développement de la télémédecine mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

« Art. R. 6316-7. – Les programmes et les contrats mentionnés à l'article R. 6316-6 précisent les conditions dans lesquelles s'exerce l'activité de télémédecine, en tenant compte notamment des spécificités de l'offre de soins dans le territoire considéré.

« Ils précisent en particulier les modalités retenues afin de s'assurer que le professionnel médical participant à un acte de télémédecine respecte les conditions d'exercice fixées à l'article L. 4111-1 ou à l'article L. 4112-7 ou qu'il est titulaire d'une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé et qu'il satisfait à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2.

« Art. R. 6316-8. – Les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine, 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.

« Art. R. 6316-9. – Les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémédecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémédecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.

« Art. R. 6316-10. – 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.

« *Art. R. 6316-11.* – L'activité de télémédecine peut bénéficier des financements prévus aux articles L. 221-1-1 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ainsi que dans les conditions prévues aux articles L. 314-1 et L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles. »

**Art. 2.** – Les organismes et les professionnels de santé mentionnés à l'article R. 6316-8 qui organisent ou exercent une activité de télémédecine disposent d'un délai de dix-huit mois à compter de la date de publication du présent décret pour se mettre en conformité avec ces dispositions.

**Art. 3.** – Le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, la ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 19 octobre 2010.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :

*La ministre de la santé et des sports,*  
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du travail, de la solidarité  
et de la fonction publique,*  
ERIC WOERTH

*Le ministre du budget, des comptes publics  
et de la réforme de l'Etat,*  
FRANÇOIS BAROIN

**Annexe n°2 : Composition du COR-SIS  
(Comité d'Orientation Régional pour le Système d'Information de Santé)**

Organisme	Titre
ARS	Directeur général
ARS	Directeur général adjoint
ARS	Directeur département "Qualité, Appui à la Performance"
ARS	Chargé de mission SI et Télésanté
ARS	Conseiller médical
Assurance maladie	Directrice DC GDR
CHU de Rouen	Directrice générale
CISS-HN	Président
Conseil de l'ordre des médecins 76	Vice-président
Conseil régional de l'ordre des chirurgiens dentistes	Président
Conseil départemental 27	Vice-présidente en charge de l'autonomie, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'accès aux soins
Conseil départemental 76	1 <sup>ère</sup> vice-présidente en charge de l'action sociale
Conseil régional de Haute-Normandie	Chef de projet "aménagement numérique des territoires"
Conseil régional de Haute-Normandie	Responsable santé
FHF HN	Déléguée régionale
GCS de télésanté de Haute-Normandie	Directeur, administrateur du GCS de télésanté-télé médecine
FHP	Président et administrateur du GCS de Télésanté-Télé médecine
FNEHAD	Délégué régional
FEHAP	Directeur la Ronce
FNLCC régionale	Président
G4 régional	Radiologue, copilote du projet PRATIC
GCS RRAMUHN	Administrateur
GCS RRAMU IR	Administrateur
GCS Télésanté-Télé médecine HN	Déléguée générale
Guichet technique réseaux et TISSE	Directeur des systèmes d'information
Réseau ONCO NORMAND	Médecin Coordinateur
SGAR Préfecture Haute-Normandie	Chargée de mission TIC
SGAR Préfecture Haute-Normandie	Chargé de mission santé
SYNERPA	Délégué régional
UFC Que Choisir	Vice-président
URIOPSS	Directrice
URPS Chirurgiens-Dentistes	Président
URPS Infirmiers	Secrétaire adjoint
URPS Masseurs-Kinésithérapeutes	Présidente
URPS Médecins	Directeur médical
URPS Pharmaciens	Président
Coordination OPHN	Médecin