

e-santé



PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ

Midi-Pyrénées

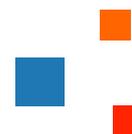
Programme régional de télémedecine

2012 / 2017



www.sante.midi-pyrenees.fr

ars
● Agence Régionale de Santé
Midi-Pyrénées



Contexte

p. 6

Les actions du premier Programme régional de télémédecine au service de la gradation des soins, dans les territoires de santé

p. 11

Partie 1 Trois priorités au service de la proximité des soins, au bénéfice des acteurs du premier recours et du médico-social

p. 12

Priorité

1

Développer l'usage de la télémédecine pour optimiser la prise en charge des personnes âgées hébergées en EHPAD et filière gériatrique

p. 12

Actions

1.1 Apporter dans chaque territoire et bassin de santé une expertise gériatrique aux personnes âgées hébergées en EHPAD

Priorité

2

Développer une meilleure prise en charge de la personne en situation de handicap avec la télémédecine

p. 15

Actions

2.1 Apporter dans chaque bassin de santé un avis spécialisé, notamment en psychiatrie

Priorité

3

Favoriser la prise en charge pluridisciplinaire, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques

p. 17

Actions

- 3.1 Evaluer l'efficacité de la télésurveillance dans la prise en charge du patient à domicile
- 3.2 Favoriser l'accès à l'expertise du médecin traitant

Partie 2 Trois priorités au service de l'organisation des soins spécialisés

p. 20

Priorité

4

Permettre le maintien d'un diagnostic radiologique de qualité, intégré au cœur du parcours de soins du patient, au sein des territoires de santé

p. 20

Actions

- 4.1 Dans chaque territoire de santé, organiser l'usage de la téléradiologie dans le cadre de l'activité programmée et de la permanence des soins
- 4.2 Organiser l'expertise

Priorité

5

Améliorer la fiabilité du diagnostic et assurer des décisions thérapeutiques ou des prises en charge adaptées, dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral

p. 24

Actions

- 5.1 Développer la télémédecine pour la phase aiguë de prise en charge de l'AVC
- 5.2 En phase post-AVC, organiser des échanges renforcés entre les UNV, SSR spécialisés et acteurs du premier recours

Priorité

6

Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues, par un meilleur accès aux soins spécialisés et une meilleure coordination

p. 27

Actions

- 6.1 Définir des propositions organisationnelles visant à favoriser et à pérenniser le recours à la télémédecine
- 6.2 Développer la téléradiologie entre les établissements pénitentiaires et les établissements référents, notamment pour le dépistage de la tuberculose

Partie 3 Une priorité transverse

p. 30

Priorité

7

Réunir les conditions de développement de l'usage de la télémédecine

p. 30

Actions

- 7.1 Valoriser l'activité de télémédecine
- 7.2 Favoriser la formation et l'information
- 7.3 Développer des outils/supports technologiques adaptés

Midi-Pyrénées, région pionnière dans le développement de la télémédecine

Quelques concepts pour comprendre

E-santé, télésanté, télémédecine, systèmes d'information de santé partagés... autant de notions dont il convient de partager la définition. Les concepts présentés visent à donner les clés de lecture, ainsi qu'à préciser le périmètre du Programme régional de télémédecine (PRT).

La notion de **télésanté** recouvre, selon l'OMS, « les activités, services et systèmes liés à la santé, pratiqués à distance au moyen des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC), pour les besoins planétaires de promotion de la santé, des soins et du contrôle des épidémies, de l'épidémiologie, de la gestion et de la recherche appliquées à la santé. Elle comprend les domaines suivant : Télé-éducation, Télémédecine, Télématique (activités, services et systèmes) pour la recherche médicale, la gestion des services de santé et la formation ».

Les **systèmes d'information de santé** couvrent la sphère de l'organisation des soins et visent à échanger ou accéder à des données médicales individuelles nominatives pour et entre les professionnels, et pour les patients. Ils permettent d'assurer la prise en charge des patients chez les médecins libéraux, à l'hôpital, et en établissement médico-social. Ils permettent également le partage d'informations médicales personnelles, au travers des réseaux de soins ou de dossiers médicaux partagés. Ils assurent enfin la remontée d'informations des opérateurs de santé vers les institutions : état avec le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) via l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), assurance maladie via les feuilles de soins et la facturation directe des établissements privés. Le Schéma directeur régional des systèmes d'information de santé fixera la feuille de route à cinq ans en Midi-Pyrénées.

La **télémédecine** vient d'être reconnue comme une pratique médicale à distance. Définie dans l'article 78 de la loi "Hôpital, patients, santé, territoires" (HPST), la télémédecine est une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». La loi précise qu'elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. La télémédecine 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 réaliser des prestations ou des actes, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients
[Art. L.6316-1 du code de la santé publique].

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 définit les cinq actes constitutifs de la télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre :

- La **téléconsultation**, consultation médicale à distance réalisée en présence du patient. Le patient acteur à part entière peut dialoguer avec le médecin requérant ou le médecin téléconsultant. Un professionnel de santé (médecin, infirmière, kinésithérapeute, manipulateur radiologue) 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**, acte médical diagnostique ou thérapeutique qui peut se réaliser en dehors de la présence du patient. Elle 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 **télesurveillance 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 médicale¹.**

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 supplémentaires quant à la traçabilité de l'acte de télémédecine sont demandées : compte rendu de la réalisation de l'acte, actes et prescriptions médicamenteuses effectuées, identité des professionnels de santé participant à l'acte, date et heure de l'acte, incidents techniques survenus au cours de l'acte.

S'agissant de l'organisation, le décret du 19 octobre 2010 prévoit également que toute activité de télémédecine doit donner lieu à la formalisation des engagements des acteurs à deux niveaux complémentaires :

1. Contractualisation entre l'ARS et les acteurs de l'activité,
2. Conventionnement qui organise les relations entre acteurs et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les exigences mentionnées dans le contrat.

La contractualisation, dans le champ de la télémédecine, poursuit les principaux objectifs suivants :

- Définir les modalités de l'inscription de l'activité dans le projet régional de santé, et plus précisément dans le Programme régional de télémédecine (PRT).
- Organiser un point de rencontre entre l'ARS et les acteurs de télémédecine pour s'assurer de la conformité du projet avec les conditions définies dans le décret du 19 octobre 2010.
- Définir les conditions du développement de l'activité (soutenabilité économique, organisationnelle et technique, modalités de régulation de l'activité).
- Suivre et évaluer l'activité.

La contractualisation s'applique à toutes les activités de télémédecine. Le contrat doit être signé à l'achèvement de la phase de conception du projet, avant que les patients ne soient pris en charge. A partir de février 2012, l'ARS a organisé cette démarche de contractualisation, avec l'information des organismes représentant les établissements et les professionnels de santé et la mise à disposition des documents types.

Dans le cadre de la mise en conformité des projets, il sera possible de constater que les pratiques actuelles nécessitent une délégation de tâches entre professionnels de santé. L'ARS pourra alors demander aux porteurs de projets de formaliser une demande d'agrément de leur protocole de coopérations pour transmission, par l'ARS, à la Haute Autorité de Santé (HAS).

L'expérience pilote de la région Midi-Pyrénées

La région Midi-Pyrénées est la région qui en France possède la plus ancienne expérience en télémédecine, avec une activité historique qui est devenue réglementaire en 1983 : l'aide médicale en mer.

Basé à Toulouse, le Centre de consultation médicale maritime (CCMM) assure 24h/24 un service de consultations et d'assistance télémedicales pour tout marin ou autre personne embarquée à bord de tout navire français ou étranger, conformément à l'instruction interministérielle du 29 avril 1983. Il organise la réponse médicale - en urgence ou non - par un médecin urgentiste spécialisé à la pratique de la télémédecine maritime, et le recours aux avis spécialisés des médecins du CHU. En 2010, 3 289 téléconsultations ont permis une réduction des inégalités d'accès aux soins, par la prise en charge de 1 625 patients isolés.

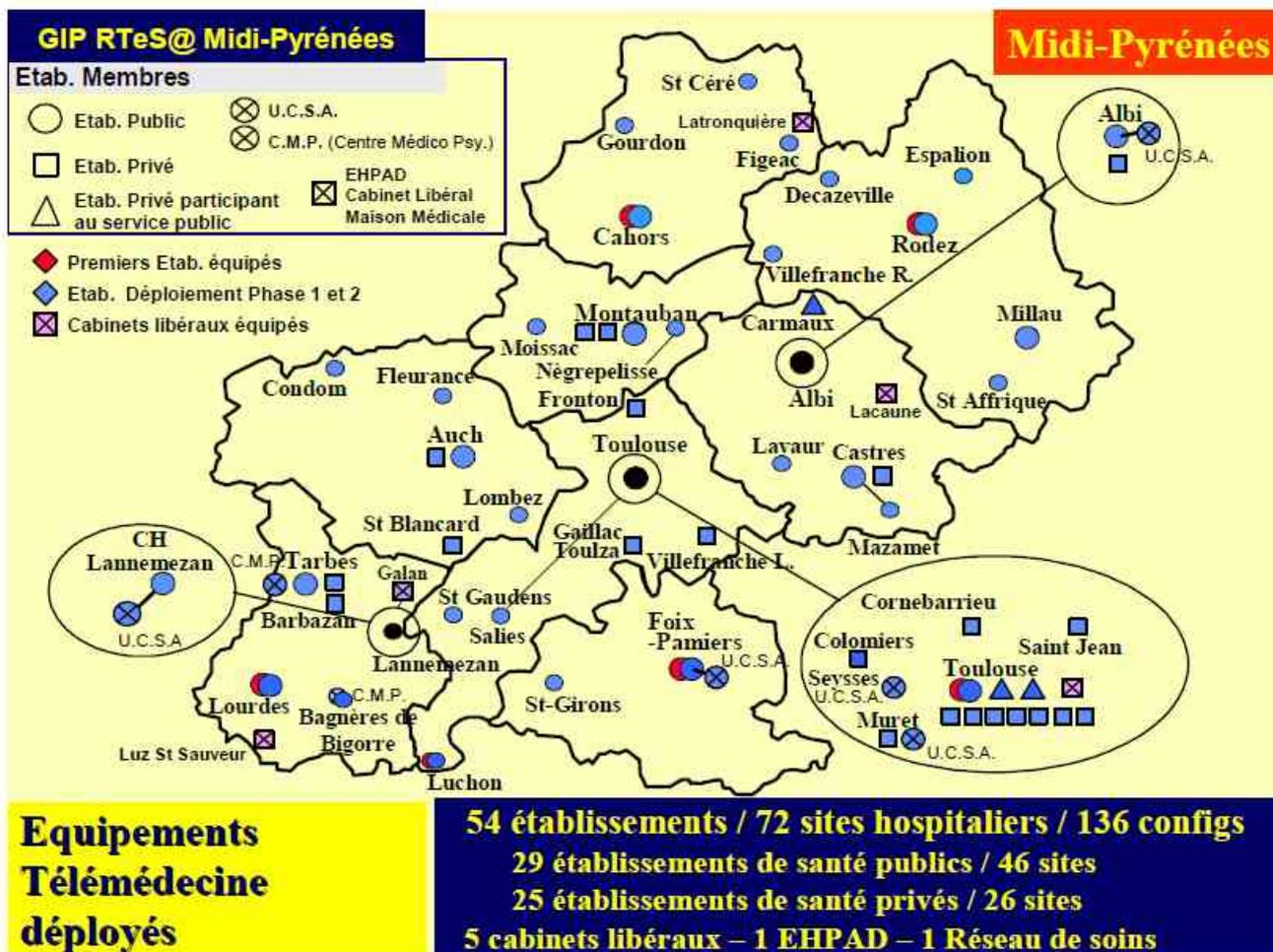
Activité historique, mais également acteur historique majeur, avec le Pr Louis Lareng, reconnu promoteur de la télémédecine en France. Né d'une réflexion engagée en 1992, le GIP RTeS@ Midi-Pyrénées, dont il a assuré la présidence, a été transformé en GCS Télésanté Midi-Pyrénées le 28 mars 2011, afin d'intégrer en son sein, outre les établissements sanitaires publics et privés, les établissements médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux, les réseaux de santé et les autres organismes de la e-santé. En organisant la coopération entre ses 133 membres, il vise aujourd'hui à conduire et coordonner les activités de télémédecine et e-santé en Midi-Pyrénées. Structure de maîtrise d'ouvrage de l'Espace numérique régional

¹ Cet acte n'est pas traité dans le cadre du Programme régional de télémédecine.

de santé Midi-Pyrénées, il lui appartient de constituer le relais opérationnel référent pour la mise en œuvre du Projet régional de santé, et notamment du programme régional de développement de la télémédecine. Initialement construit en étoile autour du CHU de 1996 à 2001, le réseau régional de télémédecine s'est ensuite développé dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) selon un maillage territorial avec graduation des échanges reflétant :

- Une logique territoriale inter-établissements,
- Un recours aux pôles de spécialités toulousains,
- La complémentarité public/privé dans 64 % des dossiers traités.

Fin 2010, 54 établissements sanitaires (29 publics et 25 privés) représentant 72 sites hospitaliers, 5 cabinets libéraux, 1 établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 1 réseau de soins palliatifs étaient équipés, offrant un maillage territorial important :



Source : GIP RTeS@ - Rapport d'activité 2010

Des usages croissants mais encore confidentiels

Le bilan des 14 dernières années d'activité fait apparaître des usages croissants mais qui demeurent encore confidentiels.

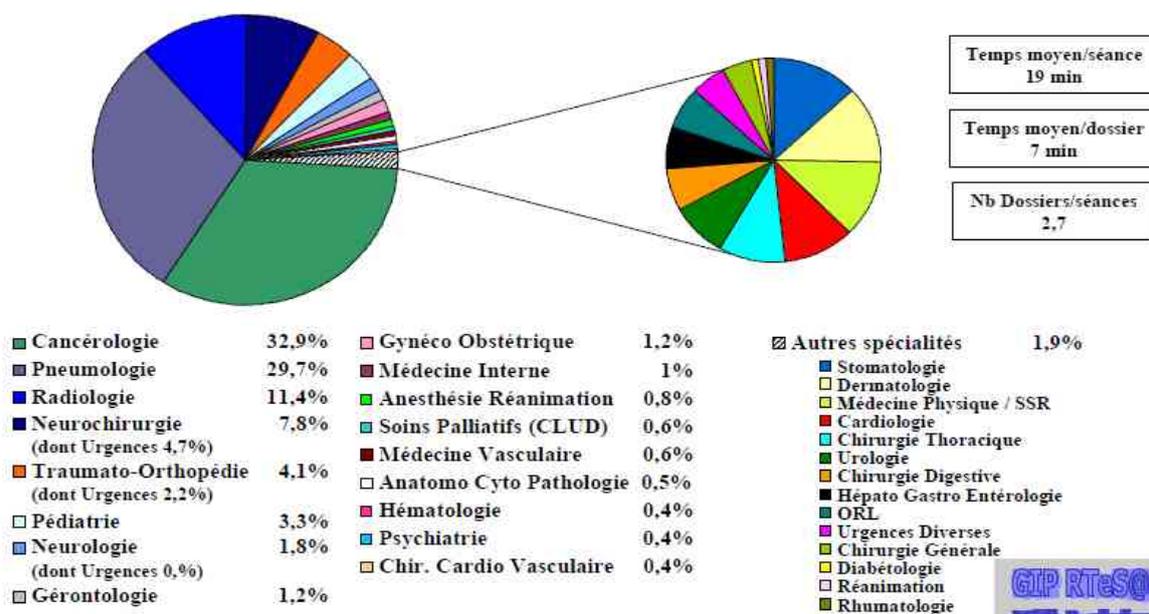
Depuis 1996, l'activité du Groupement de coopération sanitaire (GCS) Télésanté Midi-Pyrénées atteste d'un usage de la télémédecine très dispersé entre de nombreuses disciplines : 25 720 dossiers patients ont été traités dans 39 disciplines différentes. En 2010, les principales disciplines concernées² étaient la cancérologie pour un tiers des échanges, la pneumologie pour 30 % des échanges, la radiologie (11,4 %) et la neurochirurgie (7,8 %). L'essentiel des actes relevait de la téléexpertise : les téléconsultations concernaient 150 dossiers, soit 3 % des échanges.

² Ces éléments d'activité sont extraits du rapport d'activité 2010 du GCS Télésanté Midi-Pyrénées. Ils ne sont pas exhaustifs de l'ensemble de l'activité télémédecine de la région Midi-Pyrénées.

RESEAU TELEMEDECINE ET ES@NTE MIDI-PYRENEES
Dossiers traités par Télémedecine - Année 2010
Spécialités sollicitées en référence

4921 dossiers – 582 H 50

Analyse des séances Télémedecine selon le nombre de dossiers traités



Source : GIP RteS@ - Rapport d'activité 2010

L'analyse des connexions des structures équipées par le GCS Télésanté Midi-Pyrénées révèle la sous-utilisation des équipements : en 2009, 26 % des 73 sites équipés n'utilisaient pas le système.

Les principaux freins identifiés dans le cadre du programme Emergence sont les suivants :

- La problématique d'organisation des soins qui sous-tend la télé-médecine, avec nécessité d'élaborer un modèle organisationnel et médico-économique adapté. Le déficit de valorisation de l'activité de télé-médecine est aujourd'hui l'une des causes majeures du non développement des usages.
- Le manque d'adhésion de certains professionnels de santé à l'usage de la télé-médecine, par la sous-estimation de ses bénéfices.
- Des moyens techniques insuffisamment intégrés dans la pratique des professionnels de santé. La complexité d'utilisation et d'initialisation des sessions de télé-médecine, considérée comme un frein à l'usage régulier, entraîne un abandon progressif de la pratique.

Enjeux, objectifs et bénéfices attendus des activités de télé-médecine en Midi-Pyrénées

L'enjeu du programme est de faire passer la télé-médecine d'un stade où les usages restent encore confidentiels (4 921 dossiers en 2010) à une phase de développement des usages et de généralisation.

Le développement de la télé-médecine doit être considéré non pas comme une finalité mais comme l'un des leviers permettant d'améliorer l'accessibilité à des soins de qualité et efficaces dans un contexte d'optimisation de la ressource médicale.

Son usage doit permettre de réduire les inégalités d'accès aux soins qu'elles soient liées à la géographie de notre territoire, à la prise en charge de populations spécifiques comme les détenus ou les personnes en perte d'autonomie, à l'hyperspécialisation de la médecine et à la redistribution de l'offre hospitalière.

La télémédecine constitue une réponse à l'isolement de certains professionnels de santé et permet de décroiser le parcours de santé du patient Ville - Hôpital - Médico social, pour favoriser la continuité des soins. Ce mode d'exercice de la médecine doit permettre de favoriser un recours maîtrisé au système curatif en diminuant la fréquentation des urgences, et le recours au dispositif de permanence des soins. Enfin, il doit permettre de prendre en compte les besoins et attentes du patient, acteur à part entière de sa santé, en facilitant le maintien à domicile ou en établissement médico-social des personnes en situation de perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques.

En conséquence, l'ARS Midi-Pyrénées a inscrit le développement de la télémédecine comme l'une des priorités de son Projet Régional de Santé. Le programme régional de télémédecine privilégie une approche pragmatique basée sur l'analyse des besoins et de l'existant. Via les Comités techniques régionaux (COTER), l'ARS a demandé aux professionnels de se prononcer sur les opportunités de la télémédecine dans leur discipline, en particulier pour le premier recours, la psychiatrie, les maladies cardio-neuro-vasculaires... Les travaux d'élaboration ont également été alimentés par les retours des conférences de territoires. Enfin, l'expression des besoins des membres du GCS Télésanté Midi-Pyrénées a été recueilli dans le cadre du programme Emergence³.

Arrêté pour une durée maximale de cinq ans, le Programme régional de télémédecine pourra être révisé en tant que de besoin afin de prendre en compte le caractère émergent et rapidement évolutif de la télémédecine. En outre, ce programme sera ajustable et adaptable en fonction du déploiement et des apports du plan national de déploiement de la télémédecine.

³ Le programme EMERGENCE lancé par l'Agence des Systèmes d' Information Partagés de Santé (ASIP Santé) en 2010 est destiné à faire émerger ou consolider dans chaque région une maîtrise d'ouvrage, désignée par l'ARS, pour porter l'Espace numérique régional de santé (ENRS).

Les actions du premier Programme régional de télémédecine

Au service de la gradation des soins, dans les territoires de santé

Outre la capitalisation des expériences passées et des dynamiques engagées sur le terrain, plusieurs facteurs de réussite sont à prendre en considération dans la mise en œuvre du programme :

1. Construire un projet médical partagé entre les acteurs et une nouvelle organisation des soins adaptés aux besoins identifiés.
2. Développer des solutions techniques en matière d'interopérabilité, de dossier médical partagé, répondant aux usages des professionnels.
3. Mettre en œuvre un modèle médico-économique pérenne : la question de la valorisation de l'activité de télémédecine et de l'évaluation de son impact économique est cruciale.
4. Permettre l'appropriation par les acteurs de santé de la nouvelle organisation et des nouvelles pratiques, avec formation des professionnels de santé et accompagnement des usagers et des patients à l'usage des TIC.

Une priorité transverse, six priorités thématiques ou populationnelles et treize actions :

Partie 1 Trois priorités au service de la proximité des soins, au bénéfice des acteurs du premier recours et du médico-social

- | | | | |
|----------|----------|---|-----------|
| Priorité | 1 | Développer l'usage de la télémédecine pour optimiser la prise en charge des personnes âgées hébergées en EHPAD et filière gériatrique | 1 action |
| Priorité | 2 | Développer une meilleure prise en charge de la personne en situation de handicap avec la télémédecine | 1 action |
| Priorité | 3 | Favoriser la prise en charge pluridisciplinaire, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques | 2 actions |

Partie 2 Trois priorités au service de l'organisation des soins spécialisés

- | | | | |
|----------|----------|--|-----------|
| Priorité | 4 | Permettre le maintien d'un diagnostic radiologique de qualité, intégré au cœur du parcours de soins du patient, au sein des territoires de santé | 2 actions |
| Priorité | 5 | Améliorer la fiabilité du diagnostic et assurer des décisions thérapeutiques ou des prises en charge adaptées, dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral | 2 actions |
| Priorité | 6 | Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues, par un meilleur accès aux soins spécialisés et une meilleure coordination | 2 actions |

Partie 3 Une priorité transverse

- | | | | |
|----------|----------|--|-----------|
| Priorité | 7 | Réunir les conditions de développement de l'usage de la télémédecine | 3 actions |
|----------|----------|--|-----------|

Trois priorités au service de la proximité des soins, au bénéfice des acteurs du premier recours et du médico-social

Priorité

1

Développer l'usage de la télémédecine pour optimiser la prise en charge des personnes âgées hébergées en EHPAD et filière gériatrique

Ce chantier permet, au moyen de la télémédecine, d'améliorer le parcours de soins des personnes âgées, que ce soit à domicile ou en établissements et services médicalisés, dans un contexte de vieillissement important de la population de la région Midi-Pyrénées plus prononcé dans les départements les plus ruraux, et qui se poursuivra sur les 25 années à venir avec une progression de 50 %.

Il contribue à une prévention de l'aggravation de la dépendance de la personne âgée et à une gradation de la prise en charge du sanitaire au médico-social.

Etat des lieux

- RESATER (Réseau de santé et télémédecine en zones rurales) du pays du Couserans en Ariège et du pays de Figeac dans le Lot [en phase d'expérimentation].
- Projet Pôles d'Excellence Rurale (PER) Gers Santé Ruralité – Volet Gériatrie [en conception].
- Projet porté par les Hôpitaux de Lannemezan [en conception].
- Projet d'expérimentation du bassin de santé de Muret [en conception].
- Télémédecine au CCAS de Toulouse [en phase d'expérimentation, à développer].
- Projet de téléexpertise et téléconsultation du Gérontopôle de Toulouse [en conception].

Types d'actes et acteurs concernés

Types d'actes		Acteurs	
Téléconsultation <input checked="" type="checkbox"/>	Médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrit une consultation d'un médecin spécialiste. 	
Télé-expertise <input checked="" type="checkbox"/>	Médecin spécialiste	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Téléconsultation réalisée avec un ou plusieurs professionnels de santé (requérants éventuellement présents auprès du patient), qui assistent le médecin spécialiste requis. 	
Télesurveillance médicale <input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Téléexpertise. 	
Téléassistance médicale <input type="checkbox"/>			

Apporter dans chaque territoire et bassin de santé une expertise gériatrique aux personnes âgées hébergées en EHPAD

1.1.1 Eléments de contexte

Des filières gériatriques sont en cours de structuration, mais on constate parfois une offre peu visible ou une prise en charge inadéquate avec un recours important à une hospitalisation en urgence ou des transferts entre EHPAD et établissements de santé trop fréquents.

La prise en charge des soins s'effectue parfois de manière isolée alors que la mise en commun d'éléments de la situation du résident dans le cadre de réunions de concertation pluridisciplinaire, peut être nécessaire notamment en matière de médication.

1.1.2 Objectifs

Il s'agit d'apporter dans chaque territoire une expertise gériatrique aux médecins traitants et/ou médecins coordonnateurs d'EHPAD.

Les téléconsultations spécialisées et la téléexpertise doivent permettre de lutter contre la fragmentation du parcours de santé de la personne âgée, de favoriser la coordination des soins, de limiter l'isolement des professionnels intervenant notamment en EHPAD et de réduire les déplacements/transferts de la personne âgée, au moyen d'une articulation des ressources des bassins de santé, territoires de santé et pôles régionaux.

1.1.3 Résultats attendus :

- Faciliter l'accès aux soins au sein des territoires,
- Réduire les transferts des résidents entre EHPAD et établissements de santé,
- Permettre et/ou améliorer les liens entre acteurs de premier recours et spécialistes en limitant l'isolement du professionnel intervenant en EHPAD, surtout dans certaines zones géographiques telles que les zones rurales et/ou montagneuses,
- Réduire les risques de iatrogénie.

1.1.4 Description de l'action

Accompagner et évaluer les projets existants :

A la date d'élaboration du programme, 6 projets sont identifiés dans le cadre de l'expérimentation des bassins de santé, ou avec des structures volontaires et présentant une dynamique de coopération et coordination. (cf Etat des lieux). Ces projets seront développés à grande échelle, en concernant l'ensemble des EHPAD du bassin ou du territoire. A l'issue de la période 2012-2013 (phase d'accompagnement / déploiement), ces projets seront évalués afin de déterminer les critères de généralisation (période cible: 2014-2015).

En fonction des résultats des expérimentations, permettre la généralisation du service :

A terme, la structuration de la réponse régionale en matière d'expertise gériatrique (bassins de santé-territoires de santé-pôle régional) devra couvrir l'ensemble des besoins régionaux. Le médecin traitant de la personne âgée résident en EHPAD, à défaut le médecin coordonnateur de cette structure pourra avoir recours au médecin gériatre du bassin de santé et à défaut du territoire de santé pour disposer d'une aide au diagnostic ou d'un deuxième avis sur la prise en charge.

Les sessions se développeront en fonction de projets médicaux établis et partagés :

- Entre les acteurs du bassin de santé en matière de gériatrie (en complément de l'intervention des équipes mobiles) et psychiatrie,
- Entre les acteurs du territoire de santé pour les autres disciplines de spécialités.

Dans les cas les plus complexes, le gériatre du territoire de santé pourra avoir recours au pôle régional d'expertise gériatrique du centre hospitalier universitaire de Toulouse qui, interviendra alors en dehors du rôle de proximité du CHU. Dès janvier 2012, il met à disposition des plages de référence, ouvertes en priorité aux gériatres mais également aux médecins généralistes.

La télé expertise pourra permettre la concertation multidisciplinaire pour avis diagnostique et/ou thérapeutique (avec un gériatre ou plusieurs spécialistes) dans des situations de polyopathologies fréquentes.

Trois priorités au service de la proximité des soins, au bénéfice des acteurs du premier recours et du médico-social

Priorité

2

Développer une meilleure prise en charge de la personne en situation de handicap avec la télémédecine

Au moyen de l'utilisation des TIC, ce chantier répond à la nécessité d'améliorer la prise en charge en établissement médico-social pour les personnes présentant les restrictions à l'autonomie les plus importantes qui ne permettent pas un maintien à domicile.

Etat des lieux

- Diagnostic précoce d'enfants présentant de l'autisme ou des troubles envahissants du développement (TED) - Centre Ressources pour l'Autisme de Midi-Pyrénées [opérationnel].

Action

2.1

Apporter dans chaque bassin de santé un avis spécialisé, notamment en psychiatrie

2.1.1 Eléments de contexte

Actuellement dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap ayant des troubles psychiques, le recours aux ressources spécialisées se traduit par un transport, puis une hospitalisation en établissement sanitaire parfois en urgence et un retour à l'établissement médico-social.

Cette organisation peut concourir à l'aggravation du handicap et induit des coûts de transport.

2.1.2 Objectifs

Par le développement de téléconsultations et de téléexpertises, l'objectif est de favoriser l'accès aux soins spécialisés - notamment psychiatriques - des personnes en situation de handicap hébergées en établissement médico-social.

2.1.3 Résultats attendus

- Eviter les ruptures de prise en charge,
- Prévenir et mieux gérer les situations de crise,
- Limiter l'isolement du professionnel intervenant en établissement médico-social,
- Réduire les transferts entre établissements médico-sociaux et établissements de santé.

2.1.4 Description de l'action

Procéder à une étude d'opportunité sur l'apport de la télémédecine pour les personnes en situation de handicap ayant des troubles psychiques :

En lien avec les COTER maladies mentales et médico-social, l'ARS procédera à cette étude. En fonction des résultats, un appel à projets sera lancé.

Développer des expérimentations dans le cadre d'appel à projets :

Ces expérimentations pourraient être lancées en 2013, avec des structures volontaires et présentant une dynamique de coopération et coordination. En fin de programme, l'évaluation de ces projets à caractère expérimental permettra d'envisager une éventuelle généralisation.

Les projets pourront concerner des actes de téléconsultation ou de téléexpertise, permettant la concertation pluridisciplinaire.

Trois priorités au service de la proximité des soins, au bénéfice des acteurs du premier recours et du médico-social

Priorité

3

Favoriser la prise en charge pluridisciplinaire, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques

Ce chantier très novateur oblige à un réel décloisonnement des différents champs d'intervention pour une prise en charge optimale par le biais de la mise en place d'organisations innovantes. L'augmentation constante du nombre de patients atteints de maladies chroniques, 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, les visioconférences devraient contribuer à atteindre cet objectif.

Les études pilotes actuelles qui impliquent les spécialités hospitalières dans la télésurveillance devront progressivement intégrer maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et pôles de santé dans les schémas organisationnels.

Etat des lieux

- SEHO 2.0 : CHIC de Castres-Mazamet permettant de rompre l'isolement du patient en chimiothérapie à son domicile [opérationnel].
- E-HAD porté par MHCOMM et la Clinique Pasteur, [en phase d'expérimentation, à visée d'industrialisation].
- Projet E-cardiologie, porté par la Clinique Pasteur [en conception].
- Projet E Medical Link, porté par ER, en lien avec le CHU [en conception].
- Projet HUB Autonomie et Santé, porté par INEO en collaboration avec le CHU et le Centre e-santé [en conception].
- Projet PER Gers Santé Ruralité - Volet télésurveillance à domicile, porté par UDCCAS32, en collaboration avec le CH d'Auch [en conception].
- Projet Télésurveillance de l'insuffisance cardiaque, porté par le CHU [en conception].

Action

3.1

Evaluer l'efficacité de la télésurveillance dans la prise en charge du patient à domicile

3.1.1 Eléments de contexte

On constate une augmentation de la prévalence d'affections de longue durée et de maladies chroniques notamment pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, avec un souhait du maintien à domicile, de la part de la personne et de sa famille.

En routine, le suivi d'une maladie chronique consiste dans :

- Le suivi de paramètres biologiques du patient,
- La vérification du fonctionnement du dispositif médical pour les patients appareillés,
- Le recours à un médecin spécialiste.

La périodicité de suivi du patient par un professionnel de santé est variable suivant la pathologie : pluri-hebdomadaire pour l'insuffisance rénale chronique à inférieur au semestre pour l'insuffisance cardiaque. Dans tous les cas, le patient prend une part active dans la gestion de sa maladie.

Les nouvelles générations d'équipements connectés permettent de suivre à distance les paramètres biologiques. Les dispositifs médicaux sont communicants et informent au jour le jour de leur fonctionnement. La détection d'anomalies peut être faite plus tôt et permet une intervention précoce auprès du patient.

Les maladies chroniques et affections de longue durée ont des caractéristiques communes pour lesquelles la télémédecine peut aider à améliorer l'efficacité du parcours de santé du patient : le travail d'équipes pluridisciplinaires autour du patient, la durée de la prise en charge et un recours important au système de santé.

3.1.2 Objectifs

L'objectif est, d'une part, d'assurer au moyen d'indicateurs pertinents un meilleur suivi longitudinal du patient en l'aidant dans la gestion de sa maladie et de déclencher une réponse médicale en cas de besoin si possible avant une aggravation de l'état de santé du patient ; d'autre part, d'améliorer le confort de vie du patient en ne déclenchant une consultation directe avec un médecin spécialiste ou une hospitalisation que quand cela apparaît nécessaire.

Vu leurs impacts populationnels et financiers, les actions de télémédecine se focaliseront principalement sur les maladies chroniques ou affections de longue durée suivantes : maladies cardio-vasculaires, l'insuffisance rénale chronique, le cancer, le diabète.

3.1.3 Résultats attendus

- Améliorer la vie du patient :
 - Favoriser le maintien à domicile,
 - Autonomiser le patient dans la gestion de sa maladie,
 - Éviter des déplacements,
 - Éviter des hospitalisations injustifiées.
- Prévenir l'aggravation de l'état de dépendance.
- Gain de temps dans la décision thérapeutique.
- Augmenter l'efficacité des organisations.

3.1.4 Description de l'action

Identifier les initiatives de télésurveillance, notamment celles qui concernent les patients atteints de maladies chroniques :

Les initiatives aujourd'hui identifiées concernent essentiellement les maladies cardio-vasculaires (suivi à distance de l'insuffisance cardiaque, des dispositifs cardiaques implantables, des suites de l'AVC) et le cancer. L'ARS lancera auprès des offreurs de soins un appel à déclaration des initiatives de télésurveillance existantes, en vue notamment de la mise en conformité avec le décret du 19 octobre 2010. Les dossiers reçus seront analysés et donneront lieu après validation à contractualisation avec l'ARS.

S'agissant de l'insuffisance rénale chronique, l'ARS souhaite expérimenter la télésurveillance de la dialyse. Avec le COTER Maladies Chroniques, sous-groupe Insuffisance rénale chronique, l'ARS étudiera l'opportunité et la faisabilité d'un système de télésurveillance de la dialyse.

La définition du modèle médico-économique devra être intégrée dans chacun des projets.

Sur la durée du programme, suivre et évaluer les projets qui auront fait l'objet d'une contractualisation avec l'ARS :

La mise en œuvre devra s'effectuer dans le cadre de l'ENRS, conformément aux procédures définies par le GCS Télésanté Midi-Pyrénées. L'évaluation médico-économique (annuelle) aura un caractère obligatoire. Les porteurs de projets pourront s'appuyer sur les compétences du Centre e-santé en matière d'assistance à maîtrise d'ouvrage au montage de projets favorisant l'émergence de solutions et d'organisations innovantes dans le champ de la prise en charge à domicile. Une revue de projets annuelle sera organisée.

D'autres campagnes de labellisation pourront être lancées en tant que de besoin.

Déterminer le cadre organisationnel, technologique et financier permettant de généraliser la télésurveillance à domicile :

Les expérimentations menées sur la durée du programme devront permettre à l'ARS d'évaluer la pertinence de la télésurveillance à domicile et de proposer, s'il y a lieu, un modèle permettant sa généralisation. L'objectif sera au terme du programme d'avoir les éléments suffisants tant organisationnels, technologiques que financiers pour définir une politique de télésurveillance.

Action

3.2

Favoriser l'accès à l'expertise du médecin traitant

3.2.1 Objectifs

L'objectif est d'intégrer plus fortement le médecin traitant et les équipes du premier recours à la prise en charge du patient, et de favoriser leur accès à l'expertise.

3.2.2 Résultats attendus

- Augmenter les liens entre les professionnels de santé intra et extrahospitaliers, optimisant les interventions de chacun,
- Favoriser les conditions d'accès du médecin de traitant à l'expertise depuis son cabinet.

3.2.3 Description de l'action

Le développement d'actes de téléconsultations et de téléexpertise, l'organisation éventuelle de réunions de concertation pluridisciplinaires en téléconférence à l'initiative du médecin traitant devront permettre d'améliorer les conditions d'accès à un avis d'expert pour décider d'une prise en charge, dégager une conduite à tenir, ou adapter un traitement.

Procéder à une analyse des besoins :

En lien avec le COTER Premier recours, l'ARS procédera à cette analyse, qui devra permettre de qualifier les besoins des médecins traitants, de décrire les objectifs opérationnels de l'activité de télémédecine souhaitée, ainsi que les cibles en termes de déploiement des usages et de bénéfices attendus.

Développer des expérimentations dans le cadre d'appels à projets :

Des projets pilotes seront conduits dans le cadre des bassins de santé expérimentateurs, s'appuyant ainsi sur des dynamiques de coopération et de coordination existantes. Les projets présenteront les modalités organisationnelles définies entre les professionnels du premier recours et les praticiens spécialistes au sein des bassins de santé.

Ils se déploieront de manière privilégiée dans le cadre des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et des pôles de santé.

Trois priorités au service de l'organisation des soins spécialisés

Priorité

4

Permettre le maintien d'un diagnostic radiologique de qualité, intégré au cœur du parcours de soins du patient, au sein des territoires de santé

Ce chantier répond notamment à la problématique de la permanence de soins des établissements de santé dans un contexte de plus en plus contraint en termes de ressources médicales et de spécialisation des radiologues. Il existe des expérimentations en région. Une solution technique existe. Enfin, ce chantier s'articule avec la mise en œuvre d'un PACS mutualisé (Picture Archiving and Communication System).

Etat des lieux

- Téléradiologie entre le CH de Saint-Girons et le CHU de Toulouse [en phase d'expérimentation].
- Téléradiologie au CH de Lavaur, avec la société CGTR et plusieurs établissements de santé (CHU, clinique de l'Union) [opérationnel].
- Téléradiologie au CH de Moissac avec la société CGTR [opérationnel].
- Téléradiologie au CH de Lannemezan avec la société CGTR [opérationnel].
- Téléradiologie entre le Centre Hospitalier du Val d'Ariège et le CH de Lavelanet [opérationnel].
- Téléradiologie entre le Centre Hospitalier de Millau et le CH de St-Affrique [opérationnel].

Types d'actes et acteurs concernés

Types d'actes		Acteurs
Téléconsultation <input checked="" type="checkbox"/>	Médecin urgentiste	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prend en charge le patient. ▪ Est en relation avec le téléradiologue pour initier la demande d'acte et récupérer le diagnostic. ▪ Sécurise l'acte auprès du manipulateur (si nécessaire).
Télé-expertise <input checked="" type="checkbox"/>	Manipulateur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est en relation avec le téléradiologue pour réaliser l'acte sécurisé par le médecin urgentiste et transmettre les images.
Télésurveillance médicale <input type="checkbox"/>		
Téléassistance médicale <input checked="" type="checkbox"/>	Téléradiologue	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Est en relation avec le médecin urgentiste pour définir l'acte à réaliser et poser un diagnostic. ▪ Est en relation avec le manipulateur pour préciser techniquement l'acte à réaliser (conseil et assistance à distance) et pour la récupération des images.

Source : Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine
Déploiement technique : urbanisation et infrastructure - DGOS - Novembre 2011

Dans chaque territoire de santé, organiser l'usage de la téléradiologie dans le cadre de l'activité programmée et de la permanence des soins

4.1.1 Éléments de contexte

Actuellement, l'insuffisance des effectifs de médecins radiologues dans les établissements de santé met en difficulté de nombreux établissements de santé de proximité et soulève des difficultés aiguës :

- Pour la prise en charge des patients dans les services d'urgence : problématique forte pour la permanence des soins,
- Pour l'interprétation des images radiologiques dans le cadre de l'activité programmée.

Ces problèmes de démographie des radiologues génèrent par ailleurs des surcoûts financiers pour les établissements de santé concernés, qui ont recours à des remplaçants et des intérimaires.

Paradoxalement, la demande en examens d'imagerie en coupe ne cesse de croître aux dépens des examens d'imagerie conventionnelle, demandant plus de temps médecin pour la réalisation des examens.

L'échographie qui nécessite la présence sur place d'un opérateur est exclue du champ de la téléradiologie.

4.1.2 Objectifs

L'objectif est de répondre - dans le cadre de la gradation des soins - aux besoins des établissements de santé du territoire en imagerie compte tenu des difficultés de recrutement médical :

1. Dans le contexte de l'urgence, en organisant une permanence téléradiologique, sur la base de coopérations public-privé, permettant la prise en charge du patient :
 - Dans le cadre du schéma cible de la permanence des soins des établissements de santé, organisée autour d'une ligne d'astreinte mutualisée sur chaque territoire de santé
 - Dans le cadre du service de jour : heures ouvrables d'un service de radiologie en cas de pénurie ponctuelle de médecin radiologue (maladie, congés...)
2. Dans le contexte de l'activité programmée, les actes concernés sont le télédiagnostic et la téléexpertise programmés, en absence de médecin radiologue dans l'établissement distant ou soutien à l'interprétation en cas d'insuffisance de temps de radiologue local, sur des plages données, pour des examens programmés.

A échéance du programme, la téléradiologie devra être opérationnelle pour l'ensemble des territoires de santé et concerner toutes les structures publiques ou privées détentrices ou utilisatrices d'équipements médicaux lourds.

4.1.3 Résultats attendus

- Gain de temps dans la décision thérapeutique,
- Qualité de l'interprétation et de la prise en charge par la mutualisation des compétences,
- Diminution des coûts de la permanence radiologique pour les établissements de santé.

4.1.4 Description de l'action

Sur la base de l'organisation de la PDSES attribuée dans le cadre des missions de service public, la réponse téléradiologie sera organisée selon les principes suivants :

- Une réponse territoriale, privilégiant la coopération public-privé. La mise en place du projet médical de territoire en radiologie permettra, dans ces zones présentant des difficultés de fonctionnement telles que décrites plus haut, de déployer des solutions de téléradiologie territoriales par la mutualisation des ressources humaines et matérielles.
- Si nécessaire, la possibilité d'organiser une réponse inter-territoriale, avec la participation de professionnels de plusieurs territoires.

Trois étapes viendront décliner cette action :

Dans chaque territoire de santé, actualiser et faire partager un diagnostic des ressources mobilisables (radiologues, EML...), de l'activité pour l'imagerie en coupe et conventionnelle, et des besoins :

Sur la base de l'étude relative à la téléradiologie en Midi-Pyrénées réalisée par le GCS Télésanté Midi-Pyrénées en 2010, l'ARS pilote ces travaux en lien avec le COTER Imagerie, territoire par territoire, depuis le 1^{er} semestre 2012.

Dans chaque territoire, définir un modèle organisationnel et financier :

En lien avec le COTER Imagerie, l'ARS finalisera les bases d'un modèle organisationnel pour chaque territoire : nombre de radiologues, type d'activité, gestion des tableaux de garde. L'organisation cible devra être discutée et partagée avec les professionnels de santé du territoire afin de garantir leur adhésion. Des réunions territoriales seront organisées dans chaque territoire. Elles associeront l'ARS, le COTER Imagerie et le GCS Télésanté Midi-Pyrénées. Elles réuniront les établissements de santé et professionnels concernés (médecins radiologues, médecins urgentistes, manipulateurs).

La téléradiologie pratiquée dans le cadre de la permanence des soins s'inscrira dans le schéma de financement cible de la PDSES. S'agissant de l'activité programmée, les travaux intégreront la définition d'un modèle financier.

Le GCS Télésanté Midi-Pyrénées accompagnera la déclinaison opérationnelle de ces projets territoriaux, notamment en favorisant le conventionnement des acteurs et le déploiement du socle technologique adapté.

La mise en œuvre de ce programme sera par ailleurs accompagnée d'actions de formation au « Guide du bon usage des examens d'imagerie médicale », à destination des professionnels de santé intervenants (médecins urgentistes, médecins radiologues, manipulateurs radio).

Elles devront permettre d'améliorer les pratiques par la rationalisation des indications des examens d'imagerie. Ces sessions de formation seront organisées en lien avec le COTER Imagerie et le COTER Urgences, en fonction du calendrier de déploiement des projets de téléradiologie.

Enfin, si les professionnels ne proposent de modèle organisationnel dans tous les territoires de la région, l'ARS Midi-Pyrénées publiera un appel à projets, ouvert à des prestataires de services.

Action

4.2

**Organiser
l'expertise**

4.2.1 Eléments de contexte

Dans le domaine de la radiologie, la télémédecine s'est développée en permettant aux radiologues des établissements de la région de bénéficier de l'expertise de leurs confrères du pôle hospitalo-universitaire spécialisés dans les différents domaines.

4.2.2 Objectifs

L'objectif est de structurer une réponse régionale avec l'organisation d'un pôle régional et interterritorial de téléradiologie visant à intervenir en référence pour couvrir l'ensemble des besoins régionaux. Les spécialités concernées sont notamment la neuroradiologie et l'imagerie cardiovasculaire.

En favorisant et facilitant la mise en complémentarité des compétences médicales, la concertation pluridisciplinaire et le transfert du savoir-faire entre professionnels de santé, la télémédecine concourt à assurer l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la rationalisation des soins au bénéfice des patients au sein des territoires.

En région Midi-Pyrénées, la télémédecine s'est initialement développée dans une dimension de téléexpertise au regard de l'hyperspécialisation croissante et rapide de la médecine.

4.2.3 Résultats attendus

- Eviter les transferts non justifiés,
- Diminuer les déplacements.

4.2.4 Description de l'action

Identifier des équipes référentes régionales ou interterritoriales, ainsi que des temps d'intervention, permettant de répondre aux besoins des territoires de santé :

L'ARS Midi-Pyrénées proposera à des équipes régionales ou interterritoriales de s'organiser pour intervenir en référence dans les sur-spécialités concernées. Une procédure d'appel à projets sera mise en œuvre.

Trois priorités au service de l'organisation des soins spécialisés

Priorité

5

Améliorer la fiabilité du diagnostic et assurer des décisions thérapeutiques ou des prises en charge adaptées, dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral

Ce chantier correspond à l'utilisation des TIC pour accélérer la prise en charge pluridisciplinaire des AVC et permettre ainsi la mise en œuvre d'un traitement efficace pour diminuer la mortalité et les séquelles des AVC. Il s'inscrit en complémentarité des mesures organisationnelles du plan national AVC.

Etat des lieux

- La région de Midi-Pyrénées ne compte pas d'expérimentation de « télé-AVC ».

Types d'actes et acteurs concernés

Acte	Objet	Acteurs
Téléconsultation en neurologie	<ul style="list-style-type: none"> En urgence. Lors du suivi. 	<ul style="list-style-type: none"> Professionnel de santé (médical ou non) de l'établissement d'accueil. Manipulateur. Médecin neurovasculaire de l'établissement de recours.
Téléconsultation en radiologie	<ul style="list-style-type: none"> Permet au médecin en contact direct avec le patient de disposer de l'avis et de l'interprétation d'un médecin radiologue ou neuro-radiologue distant du lieu de réalisation de l'examen de l'imagerie, formé à la lecture de l'imagerie AVC. 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin requérant Manipulateur Radiologue ou neuro-radiologue requis
Téléexpertise	<ul style="list-style-type: none"> Permet à un médecin radiologue ou non (médecin urgentiste, neurologue, ...) de disposer d'avis spécialisés en neurovasculaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Neurologues
Téléassistance	<ul style="list-style-type: none"> Permet au médecin qui a en charge un patient d'assister à la réalisation de certains actes et au suivi des patients : réalisation de la thrombolyse, réalisation de l'examen d'imagerie. 	<ul style="list-style-type: none"> Médecin requérant Neurologue requis

Source : Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine
Déploiement technique : urbanisation et infrastructure - DGOS - Novembre 2011

Développer la télémédecine pour la phase aiguë de prise en charge de l'AVC

5.1.1 Eléments de contexte

Le diagnostic relatif au parcours de santé des personnes atteintes d'AVC révèle :

- Des inégalités d'accès aux soins qui persistent : un nombre important de patients ne bénéficient pas d'une prise en charge en unité neurovasculaire (UNV).
- L'accès à l'imagerie est à optimiser (peu ou pas d'IRM en première intention).
- L'accessibilité à des examens IRM en urgence H 24 n'est pas garantie.

5.1.2 Objectifs

L'objectif est de permettre en urgence le développement d'examens neurologiques à distance par le médecin de garde de l'unité neurovasculaire (UNV) à la demande de l'urgentiste en vue d'une décision diagnostique ou thérapeutique pour respecter le délai de 4 heures 30 d'administration des thrombolytiques lorsqu'ils sont indiqués.

5.1.3 Résultats attendus

- Accéder à un diagnostic précoce,
- Réduire les délais d'accès à la thrombolyse pour les patients éligibles,
- Optimiser les transferts,
- Réduire les pertes de chances.

5.1.4 Description de l'action

La région Midi-Pyrénées ne pouvant pas capitaliser sur des expérimentations existantes, cette action s'organise en 3 phases : cadrage, définition et réalisation de projets pilotes puis généralisation à partir de leur évaluation.

Promouvoir et optimiser l'organisation de la filière et la formation des urgentistes en télé-AVC :

Les COTER Urgences, Risques Vasculaires / Neurologie et Imagerie participeront à la promotion de ce principe.

Formaliser les protocoles entre urgentistes et neurologues d'astreinte au sein des UNV, de manière à répondre à des demandes de téléconsultations / téléexpertises :

Les dossiers de reconnaissance d'UNV déposés devront prévoir et développer les modalités d'intervention entre les neurologues d'astreinte au sein des UNV et les services d'urgence du territoire de santé.

En 2012, déployer le télé-AVC dans l'Ariège et le Sud de la Haute-Garonne, en lien avec le CHU de Toulouse :

Le GCS Télésanté Midi-Pyrénées est chargé d'accompagner le projet, notamment par rapport à la mise en œuvre d'un socle technologique adapté. Il convient de noter que, dans l'Ariège, le SROS prévoit l'ouverture d'une UNV dans les cinq ans à venir.

A compter de 2013, cette expérimentation devra permettre la généralisation du télé-AVC entre les services d'urgence des centres hospitaliers de proximité et ceux dotés d'une UNV (au sein de chaque territoire).

En phase post-AVC, organiser des échanges renforcés entre les UNV, SSR spécialisés et acteurs du premier recours

5.2.1 Éléments de contexte

Environ 30 % des patients victimes d'un AVC constitué sont hospitalisés en soins de suite et de réadaptation (SSR) au détour de leur prise en charge en soins de courte durée. 73 % d'entre eux retournent ensuite à domicile. Les patients victimes d'AVC sont des malades « lourds » en SSR, la moyenne des scores de dépendance physique des patients post AVC est près de 50 % plus élevée que celle de l'ensemble des patients accueillis en SSR. De plus la proportion des personnes très dépendantes est particulièrement élevée dans les suites d'un AVC: 54,5 % en début de séjour SSR post AVC, contre 22,9 % pour l'ensemble du secteur SSR, l'écart étant sensible dans toutes les classes d'âge.

La réadaptation et les soins prodigués sont efficaces, mais les séquelles demeurent importantes : en fin de séjour AVC, la proportion de personnes très dépendantes physiquement reste de 43,2 % malgré une réduction de 11,3 points.

En région Midi-Pyrénées, le diagnostic relatif au parcours de santé des personnes atteintes d'AVC révèle :

- Des dispositifs de rééducation mobilisés tardivement,
- Des problématiques de coordination des prises en charge entre les structures de court séjour et SSR se traduisant par un refus de certains établissements d'accueillir en soins de suite, des patients lourds,
- Des difficultés de parcours ville/hôpital (dans le suivi du patient lors de son retour à domicile),
- Une offre encore trop cloisonnée entre les secteurs sanitaire et médico-social.

5.2.2 Objectifs

L'objectif est de mieux coordonner les interfaces ville/hôpital pour un meilleur suivi du patient (articulation neurologue-médecin traitant) et d'organiser précocement la rééducation des patients pour réduire les séquelles graves.

5.2.3 Résultats attendus

- Réduction des scores de dépendance physique,
- Diminution des durées de séjour.

5.2.4 Description de l'action

Cette action vise à définir des protocoles organisationnels et opérationnels permettant de développer - via des sessions de téléconsultation ou téléexpertise (complémentarité des compétences et travail pluridisciplinaire) - la coordination de la prise en charge au sein de la filière AVC, spécifique de par sa longueur, sa complexité et la multiplicité des structures et des spécialités qu'elle requiert.

Les téléconsultations en neurologie pourront être développées lors du suivi dans le cadre de l'hospitalisation initiale ou pour la consultation à 3 mois. Elles permettront de fiabiliser le diagnostic et de choisir les options de prise en charge.

Pour le patient hospitalisé en SSR, il conviendra de développer des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) entre professionnels intervenants en SSR et en UNV : neurologues, médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation (MPR), équipes de réhabilitation.

Le coordonnateur régional AVC assurera le suivi de la montée en charge de ce dispositif. Cette action concernera les structures SSR spécialisées en neurologie, qui devront s'organiser pour développer l'usage de la télémédecine. Un appel à projets permettra de retenir des projets pilotes en vue de leur généralisation.

Trois priorités au service de l'organisation des soins spécialisés

Priorité

6

Améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues, par un meilleur accès aux soins spécialisés et une meilleure coordination

La région Midi-Pyrénées comprend 10 établissements pénitentiaires dont 3 centres pour peines (St Sulpice La Pointe, Muret, Lannemezan), un établissement pénitentiaire pour mineurs (Lavaur) et 6 maisons d'arrêt (Albi, Foix, Montauban, Rodez, Seysses et Tarbes).

En matière de soins aux personnes détenues, tous les établissements pénitentiaires de Midi-Pyrénées disposent d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) dépendant directement d'un établissement de santé.

Un plan national d'actions stratégiques 2010-2014 dans le domaine de la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice a été élaboré par les ministères de la santé et de la justice. Une des actions de ce plan consiste à la mise en place d'un plan de développement de la télémédecine.

Cette priorité répond à la volonté d'offrir aux patients sous main de justice de bénéficier de soins équivalents aux autres patients. En effet la contrainte de la prison rend 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 dans des conditions de prise en charge de qualité.

Etat des lieux

- Santé des détenus à Lannemezan [opérationnel].
- Téléradiologie pour le dépistage de la tuberculose à la Maison d'arrêt de Seysses [opérationnel].

Types d'actes et acteurs concernés

Types d'actes	Acteurs
Téléconsultation <input checked="" type="checkbox"/>	▪ Patient sous main de justice.
Télé-expertise <input checked="" type="checkbox"/>	
Télésurveillance médicale <input type="checkbox"/>	▪ Professionnel de santé en unité sanitaire (requérant, présent pendant la réalisation de l'acte).
Téléassistance médicale <input checked="" type="checkbox"/> <i>(Cas du suivi des plaies chroniques de patients sous main de justice)</i>	▪ Médecin spécialiste requis (issu de l'établissement de référence ou externe à celui-ci).

Définir des propositions organisationnelles visant à favoriser et à pérenniser le recours à la télémédecine

6.1.1 Eléments de contexte

Le recours à la télémédecine en milieu pénitentiaire est encore très peu développé. Il est à noter au plan régional l'expérience de Lannemezan, où 11 spécialités sont sollicitées.

6.1.2 Objectifs

L'objectif est de faciliter l'accès à certaines spécialités particulièrement difficiles à faire intervenir au sein d'établissements pénitentiaires et en retour de contribuer à rompre l'isolement des praticiens exerçant au sein des UCSA.

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 (diagnostic, dépistage...), une augmentation des échanges médicaux, une meilleure coordination ainsi que la diffusion de bonnes pratiques.

6.1.3 Résultats attendus

- Faire bénéficier les personnes détenues de soins équivalents à ceux de la population,
- Améliorer l'accès aux soins spécialisés,
- Optimiser les extractions.

6.1.4 Description de l'action

A partir de l'évaluation des initiatives régionales existantes, et d'un benchmark avec les autres régions, proposer - en lien avec l'administration pénitentiaire - un plan de développement de la télémédecine au service des personnes détenues en région Midi-Pyrénées :

L'ARS Midi-Pyrénées, en lien avec le COTER Santé des détenus réalisera ces travaux durant l'année 2013.

Au-delà du cadre organisationnel et technologique, le plan de développement devra définir, pour chaque catégorie d'établissements, les cibles en termes de déploiement, les types d'actes et spécialités pour lesquels l'usage de la télémédecine constitue une priorité, en prenant en compte la spécificité de chacune des structures, l'articulation des UCSA avec les établissements de rattachement et en cas de besoin le recours aux établissements de santé de la filière spécialisée.

Décliner le plan de développement :

Les établissements pénitentiaires et leurs UCSA déclineront le plan de développement avec l'accompagnement du GCS Télésanté Midi-Pyrénées, selon les modalités et le calendrier définis.

Développer la téléradiologie entre les établissements pénitentiaires et les établissements référents, notamment pour le dépistage de la tuberculose

6.2.1 Eléments de contexte

En matière de lutte contre la tuberculose, les données concernant les personnes détenues font état d'une incidence de l'ordre de 72/100 000 personnes détenues, probablement sous-estimée (soit 8 fois plus qu'en milieu ouvert). Cette situation est principalement due aux caractéristiques de la population pénale constituée de nombreuses personnes :

- En situation précaire, n'ayant guère eu accès aux soins en milieu libre,
- Nées et ou ayant vécu dans des zones de forte endémie tuberculeuse,
- Immunodéprimées (toxicomanes et/ou infectées par le VIH).

En outre, la promiscuité fréquente en milieu pénitentiaire favorise la transmission durant la détention. L'organisation du dépistage de la tuberculose en milieu pénitentiaire relève du centre chargé de la lutte anti-tuberculeuse (CLAT).

En matière d'expérience de téléradiologie adaptée au dépistage de la tuberculose en Midi-Pyrénées, les images de radiographie thoracique sont produites sur site à la maison d'arrêt de Seysses et leur lecture est faite par les médecins pneumologues de l'hôpital Joseph Ducuing. Ainsi, 1 455 dossiers ont été traités en 2010.

6.2.2 Objectifs

L'objectif initial est de permettre de compléter le dépistage de la tuberculose dans le cadre d'une démarche préventive en associant les professionnels de santé des UCSA et les médecins pneumologues de la ou des structures référentes. A cet objectif sera corrélée une analyse plus large des besoins en termes de radiologie.

6.2.3 Résultats attendus

- Optimiser l'organisation du dépistage de la tuberculose pour les personnes détenues,
- Réduire les délais d'interprétation des clichés radiologiques.

6.2.4 Description de l'action

Identifier les structures référentes en pneumologie des centres pénitentiaires :

Cette liste sera établie par l'ARS en lien avec le COTER santé des détenus.

A partir du retour sur expérience de la maison d'arrêt de Seysses et de l'hôpital J. Ducuing, définir les modalités de développement de l'utilisation de la téléradiologie pour le dépistage de la tuberculose et son éventuelle extension à d'autres actes :

Sur la période 2012-2015, en matière de dépistage de la tuberculose, les sites prioritaires de déploiement seront ceux pour lesquels la fréquence de dépistage est la plus faible et/ou les délais d'interprétation les plus longs et/ou les flux de détenus importants.

S'agissant de l'extension de la téléradiologie, une analyse des besoins sera réalisée dans le cadre du plan de développement visé à l'action précédente. Celui-ci devra notamment prendre en compte la question de l'accès à l'équipement au niveau des UCSA.

Priorité

7

Réunir les conditions de développement de l'usage de la télémédecine

Plusieurs rapports nationaux, dont les conclusions sont confirmées par la pratique régionale de la télémédecine, ont mis en évidence que le développement de la télémédecine est étroitement lié aux enjeux spécifiques des systèmes d'information de santé partagés :

- Protection des données personnelles : recueil du consentement du patient, sécurité des données médicales individuelles, authentification des professionnels de santé, identification du patient...
- Interopérabilité des systèmes d'information, avec le recours à des normes d'échange et de nommage des données partagées par tous les acteurs,
- Adoption des systèmes d'information dans le secteur de la santé, qui repose avant tout sur la compréhension de ses bénéficiaires par les acteurs de santé. Le développement des TIC au service du patient passe par la prise en compte des besoins et des attentes des professionnels de santé et des patients,
- Place des industriels : face aux enjeux techniques, organisationnels et spécifiques des systèmes d'information de santé partagés, les industriels de ce secteur sont des partenaires incontournables.

La consolidation des usages de la télémédecine nécessite à la fois la valorisation de l'activité, une simplification technologique et un accompagnement fort des utilisateurs.

Action

7.1

Valoriser l'activité de télémédecine

7.1.1 Eléments de contexte

Il faut distinguer l'investissement initial lié à l'organisation de l'activité de télémédecine du financement de l'activité récurrente (tarification des actes). S'agissant du financement de l'investissement initial ou ponctuel, plusieurs sources de financement⁴ peuvent être mobilisées pour initier les projets (hors valorisation des actes médicaux) : Fonds européen de développement régional (FEDER - commission européenne), Pôles d'excellence ruraux (DATAR), Fonds pour la société numérique (commissariat général à l'investissement), Fonds d'intervention régional (ARS).

7.1.2 Objectifs

L'objectif est de déterminer et d'expérimenter un modèle de financement de la télémédecine, permettant la valorisation de l'activité.

⁴ Dans le respect des enveloppes allouées

7.1.3 Description de l'action

Financer le fonctionnement récurrent :

La tarification des actes de télémédecine est intégrée au droit commun du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales.

Dans l'attente de l'élaboration d'un modèle national de financement de la télémédecine, chacun des projets régionaux intégrera des travaux sur les modèles médico-économiques, en vue de la définition d'un modèle générique qui s'adaptera le cas échéant. Ce modèle expérimental sera soumis à évaluation.

Action

7.2

Favoriser la formation et l'information

A / Introduire des modules de formation télémédecine et plus largement sur les technologies de l'information et de la communication dans les formations initiale et continue des professionnels

7.2.1 Eléments de contexte

La pratique de la télémédecine, en accompagnant une modification de l'organisation des soins et en modifiant la relation entre le patient et le professionnel de santé, entraîne une évolution des pratiques professionnelles et questionne les professionnels de santé sur les modalités de leur exercice.

7.2.2 Objectifs

L'objectif est de faire évoluer les compétences des professionnels de santé en matière de TIC et de renforcer leur adhésion à l'acte de télémédecine, en valorisant ses avantages en termes de qualité et de sécurité des soins.

7.2.3 Description de l'action

Intégrer des modules relatifs à la télémédecine et à l'usage des TIC en santé dans les cursus de formation initiale et/ou continue des professionnels de santé et médico-sociaux.

Améliorer les pratiques des professionnels utilisateurs en mettant en place des formations à l'environnement technologique de la télémédecine par le GCS Télésanté Midi-Pyrénées, dès intégration dans un projet de télémédecine.

Action

7.2

Favoriser la formation et l'information

B / Sensibiliser les utilisateurs (professionnels et patients) aux apports de la télémédecine pour garantir sa diffusion et sa pérennité

7.2.4 Eléments de contexte

L'état des lieux réalisé en région montre que l'absence de communication ou une communication jugée insuffisante par les professionnels de santé a été un frein au développement des usages, par méconnaissance des services proposés et des bénéfices induits.

7.2.5 Objectifs

L'objectif est de mettre en place des actions de communication sur le développement de la télémédecine, en relais des campagnes nationales, permettant de favoriser l'appropriation de la télémédecine et de valoriser ses bénéfiques.

7.2.6 Résultats attendus

- Appropriation de la télémédecine,
- Compréhension de ses bénéfiques.

7.2.7 Description de l'action

Mettre en place dans les territoires des actions de communication/sensibilisation en direction des professionnels de santé, du grand public, des associations de patients, des élus locaux :

La définition de la stratégie de communication du GCS Télésanté Midi-Pyrénées permettra d'identifier les opportunités de partenariats (événements, acteurs clés : université de la e-santé à Castres, journée du Catel,...) et les actions à mener.

Action

7.3

Développer des outils/supports technologiques adaptés

A / Développer l'environnement technologique dans le cadre de l'espace numérique régional de santé

7.3.1 Eléments de contexte

L'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC) par les professionnels de santé est déjà une réalité. Aujourd'hui, il existe des outils « historiques » de télémédecine qui garantissent le respect des contraintes éthiques et légales associées à l'usage des TIC par l'application de protocoles stricts.

Dans le cadre du programme Emergence de l'ASIP Santé, une assistance à maîtrise d'ouvrage a permis au GCS Télésanté Midi-Pyrénées de dresser un état des lieux de l'existant et des besoins en termes de systèmes d'information de santé partagés et de télémédecine, de manière à définir le premier portefeuille de projets de l'ENRS.

S'agissant plus particulièrement de la télémédecine et du socle technologique associé, l'état des lieux révèle la sous-utilisation des dispositifs mis à disposition de ses membres par le GCS Télésanté Midi-Pyrénées. Parmi les raisons majeures identifiées, il convient de noter :

- La complexité d'utilisation et d'initialisation des sessions considérée comme un frein à l'usage régulier, entraînant un abandon progressif de la pratique,
- Des moyens insuffisamment intégrés dans les pratiques des professionnels de santé.

7.3.2 Objectifs

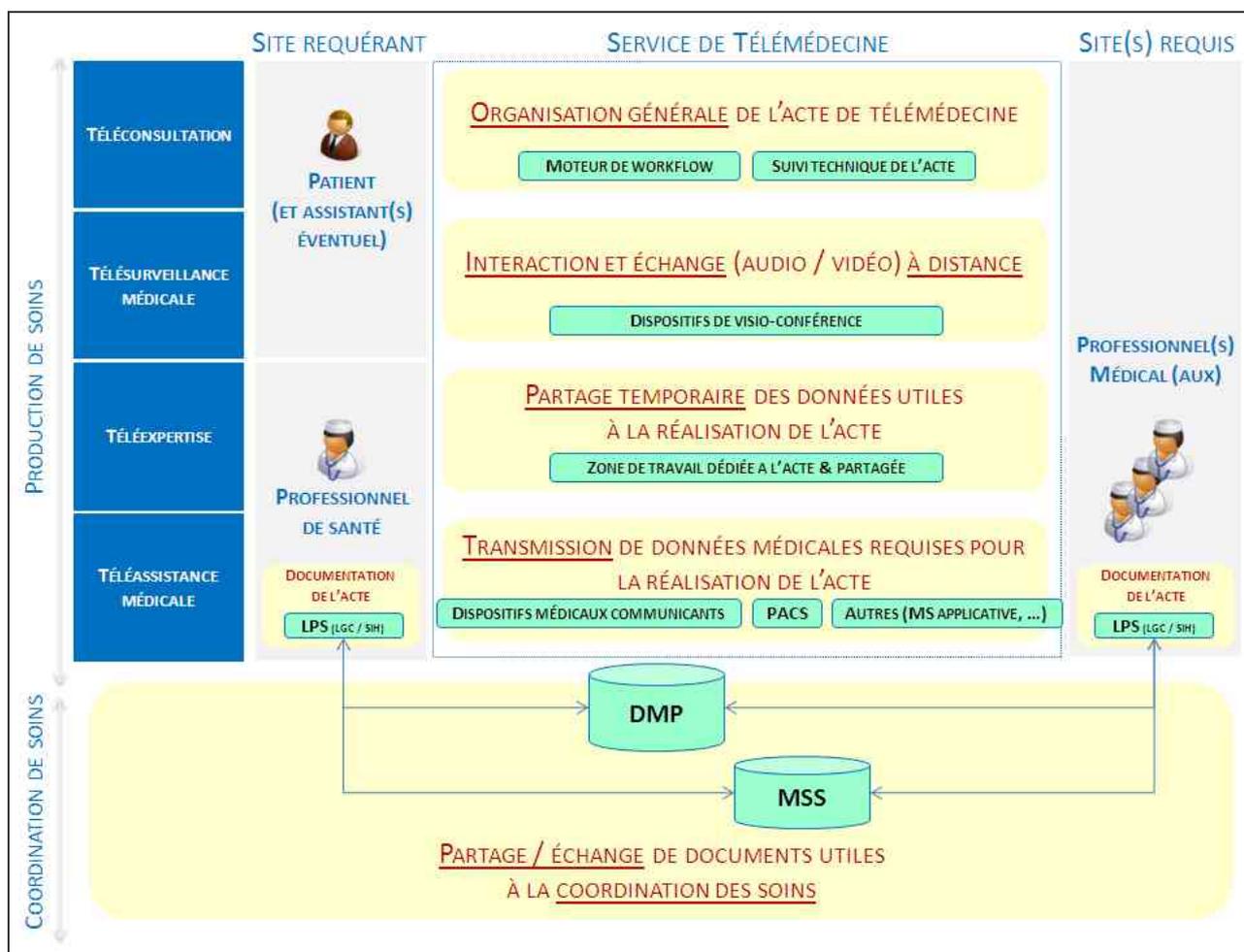
Dans le cadre de l'Espace numérique régional de santé, l'objectif est de développer l'usage par les professionnels de santé d'outils et de supports technologiques. Ceux-ci doivent permettre de couvrir les besoins fonctionnels associés à la réalisation d'un acte de télémédecine : organisation générale de l'acte, interaction et échange à distance, partage temporaire des données utiles à la réalisation de l'acte, transmission des données médicales requises pour la réalisation de l'acte, partage et échange de documents utiles à la coordination des soins. Systèmes d'information et composants applicatifs devront être intégrés à la pratique des professionnels de santé.

7.3.3 Résultats attendus

- Adhésion et implication des acteurs de santé, permettant le développement des usages,
- Respect des contraintes éthiques et légales associées à l'usage des TIC en santé,
- Mesure de l'impact de l'usage des TIC en santé,
- Augmentation de l'efficacité des processus de soins.

7.3.4 Description de l'action

Le volet technique du programme régional de télémédecine doit prendre en considération des principes généraux d'urbanisation, les règles de sécurité et d'interopérabilité, des pré-requis en matière d'infrastructure réseau. Schématiquement, la réalisation d'un acte de télémédecine met en jeu des besoins fonctionnels de cinq ordres. Pour couvrir ceux-ci, différents systèmes d'information et composants applicatifs peuvent être mobilisés :



Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine
Déploiement technique : urbanisation et infrastructure - DGOS - Novembre 2011

Les principaux objectifs seront notamment de :

- Promouvoir les conditions nécessaires au développement des usages,
- Les projets devront respecter les règles d'interopérabilité ainsi que les règles de sécurité : authentification des acteurs participant à l'acte de télémédecine, identification du patient concerné, information du patient et recueil de son consentement, confidentialité et intégrité des données échangées, traçabilité des échanges...
- Faire évoluer le socle technologique « télémédecine » existant pour l'adapter aux besoins fonctionnels et accompagner la mise en œuvre du programme en cours.

Parmi les composants génériques, à adapter selon le type d'acte concerné, figurent notamment :

- Les dispositifs de visioconférence, regroupant notamment les solutions de visioconférence/ audioconférence (nécessitant la gestion de un ou plusieurs ponts) et de web conférence (clients légers sur micro ordinateur fixe ou portable tirant parti d'une caméra de face),
- Le composant PACS, avec le déploiement d'un service de PACS mutualisé à l'échelle régionale, support au partage de l'imagerie médicale dans le cadre de la téléradiologie,
- Les outils d'échange et de partage des données de santé, notamment :
 - Messagerie sécurisée.
 - Dossier médical personnel (DMP).

Le développement de ce socle technologique s'effectuera dans le cadre de l'ENRS, dont la maîtrise d'ouvrage est assurée par le GCS Télésanté Midi-Pyrénées. La feuille de route est disponible dès 2012, avec les résultats de la mission Emergence Volet 2. Le contenu de cette action sera développé dans le cadre du Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Information de Santé (SDRSIS).

Action

7.3

Développer des outils/supports technologiques adaptés

B / Favoriser le déploiement de réseaux très haut débit permettant un maillage territorial conforme à la satisfaction des exigences de qualité et de sécurité des applications de télémédecine

7.3.5 Eléments de contexte

Le déploiement d'infrastructures numériques haut débit ou très haut débit sur l'ensemble du territoire représente un enjeu majeur pour la réalisation et la sécurisation des activités de télémédecine, qui pour certaines (téléradiologie notamment) nécessitent le transport d'importants volumes de données.

7.3.6 Objectifs

L'objectif est d'incorporer les besoins spécifiques « santé » lors de l'élaboration des Stratégies de cohérence régionale de l'aménagement numérique (SCORAN) et Schémas départementaux d'aménagement numérique sur le territoire de Midi-Pyrénées (SDAN).

7.3.7 Résultats attendus

- Permettre l'accès de tout acteur de santé intervenant dans l'activité de télémédecine à un réseau haut / très haut débit.

7.3.8 Description de l'action (développée dans le SDRSIS) :

Réaliser une étude du maillage entre les acteurs de santé intervenant dans l'activité de télémédecine prévue au programme :

Pour chacun des acteurs de santé, il conviendra de réaliser un état des lieux de leur situation actuelle en termes d'équipements et services. Pour chaque catégorie d'acteurs concernée par l'activité de télémédecine prévue au programme, seront définis les niveaux de services et débit nécessaires.

Le GCS Télésanté Midi-Pyrénées en lien avec l'ARS Midi-Pyrénées conduira ces travaux, en 2013.

Contribuer à l'élaboration des schémas d'aménagement numérique des collectivités territoriales :

Cette contribution se réalisera par l'apport des éléments de l'étude précitée, notamment dans le cadre des commissions consultatives territoriales.

Développer des outils/supports technologiques adaptés

C / Contribuer à soutenir l'innovation R&D et à développer la coopération entre pouvoirs publics et industriels

7.3.9 Eléments de contexte

A l'issue de l'étude menée conjointement, l'ASIP Santé et la Fédération des Industries Electriques, Electroniques et de Communication (FIEEC) ont identifié parmi les facteurs clés de succès du déploiement des projets de télésanté en Europe, la « nécessité d'une réflexion stratégique commune publique-privée pour la France, tant au niveau des bénéficiaires santé qu'au niveau de la compétitivité industrielle pouvant en découler ». Le rapport prône d'associer l'ensemble des acteurs du domaine (professionnels de santé, patients, industriels, Assurance Maladie, administrations, ministères, recherche...), l'identification et la réponse aux besoins de santé étant un facteur-clé de succès.

7.3.10 Objectifs

L'objectif est de faire le lien entre enjeux de santé publique et enjeux industriels en réintégrant les projets de télémédecine et plus largement de télésanté dans une approche systémique, faisant le lien entre le monde de la santé et le monde de l'industrie

7.3.11 Description de l'action

Engager un travail prospectif sur les évolutions du système de santé qui valoriseraient l'usage des TIC en santé :

L'ARS Midi-Pyrénées constituera un comité de pilotage [proposition de composition en cours].

Développer les relations et la concertation entre acteurs institutionnels en charge des mondes de la santé (ARS) et du développement industriel (Services de l'Etat et du Conseil régional) :

Cette concertation et la définition des actions à conduire seront menées dans le cadre de travaux d'interfaçage entre projet médical et solution technologique adaptée.



Midi-Pyrénées

**Agence régionale de santé
Midi-Pyrénées**

10 chemin du Raisin
31050 TOULOUSE CEDEX 9
05 34 30 24 00

www.ars-midipyrenees.sante.fr

