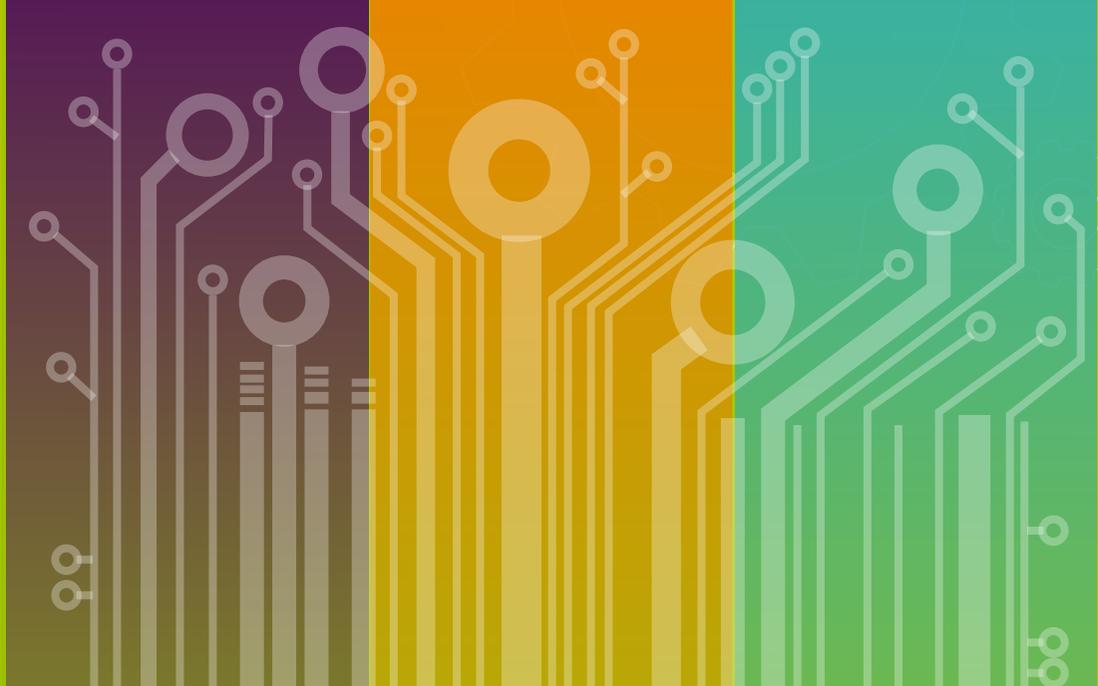


Un programme de télémédecine au service
des objectifs prioritaires de santé de la
région Languedoc-Roussillon



PROGRAMME RELATIF AU
DÉVELOPPEMENT DE LA
TÉLÉMÉDECINE

INTRODUCTION

Selon la définition adoptée en 1997 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « La télémédecine est la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique ».

En Europe, quelques pays ont été précurseurs et ont développé une démarche de politique publique volontariste en matière de télémédecine : Belgique, Danemark, Norvège, Pays-Bas, Grande-Bretagne ...

En 2010, la France s'est également dotée de cette volonté politique et a donné une assise réglementaire à la télémédecine dans la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire. Il s'agit d'une avancée majeure qui a été relayée par une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine et par une programmation régionale dans le cadre du Projet Régional de Santé des ARS.

L'enjeu est de faire évoluer la télémédecine d'une démarche innovante et expérimentale vers une démarche d'intégration dans les pratiques médicales au profit des usagers, des professionnels et des pouvoirs publics et de l'Assurance Maladie.

La télémédecine est un moyen d'organisation qui peut apporter des réponses aux défis majeurs auxquels est confronté le système de santé : transition épidémiologique, évolution de la démographie des professionnels de santé, préservation des grands équilibres économiques, accessibilité sociale, géographique et financière à la santé.

Elle est vectrice d'une coordination des acteurs hospitaliers, médico-sociaux et des soins de premier recours. Elle contribue à favoriser le bon usage du système curatif en diminuant les hospitalisations inadéquates, le recours aux urgences, etc. Elle facilite le maintien à domicile ou en établissement médico-social des personnes atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie.

La télémédecine est avant tout un nouveau mode d'exercice de la médecine qui au-delà de toute technologie, doit s'attacher à mettre en place ou conforter une organisation autour d'un projet médical partagé. Elle doit tenir compte de la réalité des pratiques des professionnels. Son déploiement doit veiller également à préserver la qualité de la relation soignant/soigné et ne pas opposer technologie et valeurs humaines. Il doit garantir le consentement du patient et la protection des données personnelles, selon les prescriptions du décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, intégré au code de la santé publique.

Le processus de mise en œuvre d'une stratégie de télémédecine est complexe. Le modèle économique et la responsabilité juridique (praticien, tiers technologique) doivent être stabilisés. Les acteurs impliqués sont nombreux : institutions, Etat, professionnels de santé et médico-sociaux, patients, collectivités territoriales, industriels... et il doit être recherché une articulation avec les autres politiques publiques telles que les politiques d'aménagement du territoire, sociale, environnementale, industrielle et de recherche, d'économie numérique.

L'ambition portée par l'ARS du Languedoc-Roussillon en matière de stratégie régionale de la e-santé(*) doit donner un cadre facilitant l'appropriation de nouveaux usages et leur organisation dans le cadre d'un schéma directeur régional des systèmes d'information de santé et d'un programme régional de télémédecine : la définition des axes stratégiques, la structuration de la gouvernance et la déclinaison des projets prioritaires.

Le présent programme s'inscrit dans cet objectif.

(*) Ensemble de technologies et de services dématérialisés au profit des personnels de santé et des patients.

PROGRAMME RELATIF AU DEVELOPPEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

ommaire

01

Les enjeux stratégiques régionaux de la e-santé

p.6

02

La Gouvernance de la e-santé : fédérer les acteurs

p.8

03

La méthodologie

p.10

04

Le choix des priorités

p.11

05

Les projets

p.20

Annexes

p.37

Glossaire

p.49

1. LES ENJEUX STRATEGIQUES REGIONAUX DE LA E-SANTE

1.1 Trois bonnes raisons de promouvoir la télémédecine et la e-sante en Languedoc-Roussillon

Un certain nombre d'arguments plaident pour le développement de la télémédecine et de la e-santé dans la région Languedoc-Roussillon comme outil de conduite du changement du système de santé :

- **la géographie** : région étendue, le Languedoc-Roussillon est une terre de contraste entre l'accessibilité du littoral et le relief plus tourmenté de l'arrière pays,
- **la démographie de la population et des professionnels de santé** : la région est à la fois en forte progression démographique et marquée par un vieillissement important. Les professionnels sont, pour le moment, nombreux et concentrés sur le littoral et les centres urbains. Une part significative de professionnels va cesser son activité, dans les toutes prochaines années. La situation sera moins favorable ce qui nécessite des solutions organisationnelles nouvelles intégrant les contraintes environnementales et économiques, en limitant les déplacements des patients et des professionnels.
- **l'adaptation aux pratiques et aux besoins** : l'hyperspécialisation croissante et rapide de la médecine entraîne la nécessité de développer d'une part, la concertation autour du patient via le partage d'information (données cliniques, images ...) et d'autre part, le e-learning (formation, apprentissage ...).

Cela est rendu possible par la révolution numérique qui permet la transmission de données et d'images sans dégradation de qualité. Les premiers référentiels concernant ce nouveau mode d'exercice commencent à apparaître.

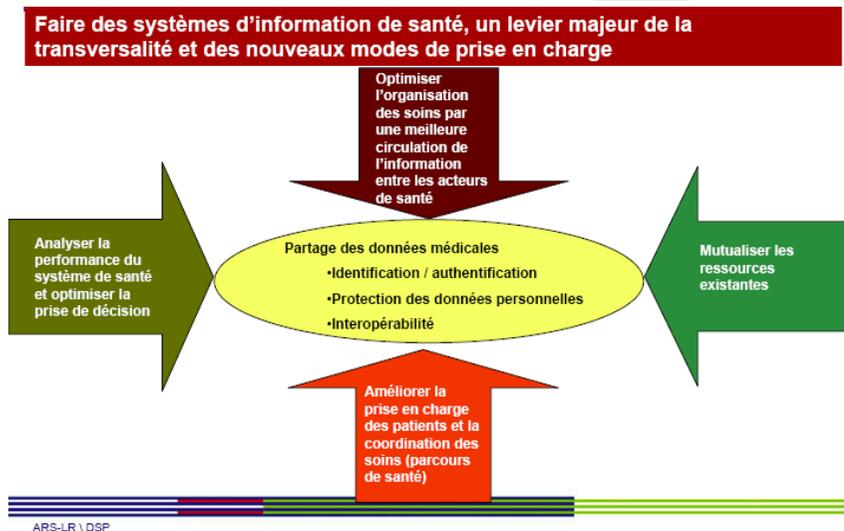
1.2 Un principe d'action prioritaire du PSRS

Les trois bonnes raisons évoquées sont confortées par un des principes d'action prioritaire du PSRS qui est de faire des systèmes d'information de santé un levier majeur des transversalités et des nouveaux modes de prise en charge.

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) connaissent un développement rapide dans le secteur de la santé (télémédecine, Dossier médical personnel, Dossier communicant en cancérologie, messagerie sécurisée, dispositifs médicaux communicants, etc.).

Ces évolutions sont porteuses de progrès considérables pour le système de soins et la qualité du service rendu aux patients.

Face au développement des informations médicales issues de la "culture internet" dont la qualité ou la bonne assimilation ne sont pas garanties, elles offrent pour l'usager des prestations professionnalisées et sécurisées.



Une accélération du développement des systèmes d'information de santé doit s'opérer en Languedoc-Roussillon afin de les mettre au service de l'amélioration de la qualité des soins, du parcours de santé, d'une plus grande coordination entre professionnels de santé, et de l'optimisation de la performance des structures et opérateurs sanitaires.

Cette ambition passe par des orientations stratégiques qui seront à développer dans le cadre :

-de la mise en place d'une **gouvernance régionale de la e-santé**,

-de l'élaboration du **schéma directeur régional des systèmes d'information de santé** qui vise :

- au développement des coopérations entre acteurs de santé et l'extension de ces coopérations aux acteurs du secteur médico-social pour faciliter et améliorer le parcours de santé,
- au déploiement de la télémédecine,

- au déploiement du **Dossier Médical Personnel** en région et de ses services spécialisés (DCC, ...),
- au déploiement des autres projets : messagerie sécurisée, dispositifs médicaux communicants, répertoires opérationnels des ressources (ROR urgences, trajectoire ...),
- à la formation et au développement des pratiques professionnelles par le e-Learning,
- à la mise en œuvre du **programme national « Hôpital numérique »** visant à moderniser les systèmes d'information hospitaliers sur des domaines fonctionnels prioritaires : les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie, le dossier patient informatisé et interopérable.
- Les projets et expérimentations de e-santé se déploieront et convergeront vers **l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS)**, espace d'applications et de services dématérialisés, dans un cadre cohérent et dans le respect des référentiels nationaux d'interopérabilité.

-de la participation à l'élaboration du **schéma directeur territorial d'aménagement numérique** afin que soient pris en compte les besoins en matière de e-santé par la mise en place de nouvelles infrastructures réseaux pour couvrir certains territoires ou de les adapter dans le but d'augmenter la capacité de transmission des données et des images (téléradiologie, ...).

Le programme régional de télémédecine s'inscrit pleinement dans ce principe d'action prioritaire et constitue un document stratégique majeur pour impulser une dynamique forte dans la région, au regard du diagnostic régional de santé analysant l'offre et le besoin.

2- LA GOUVERNANCE DE LA E-SANTE : FEDERER LES ACTEURS

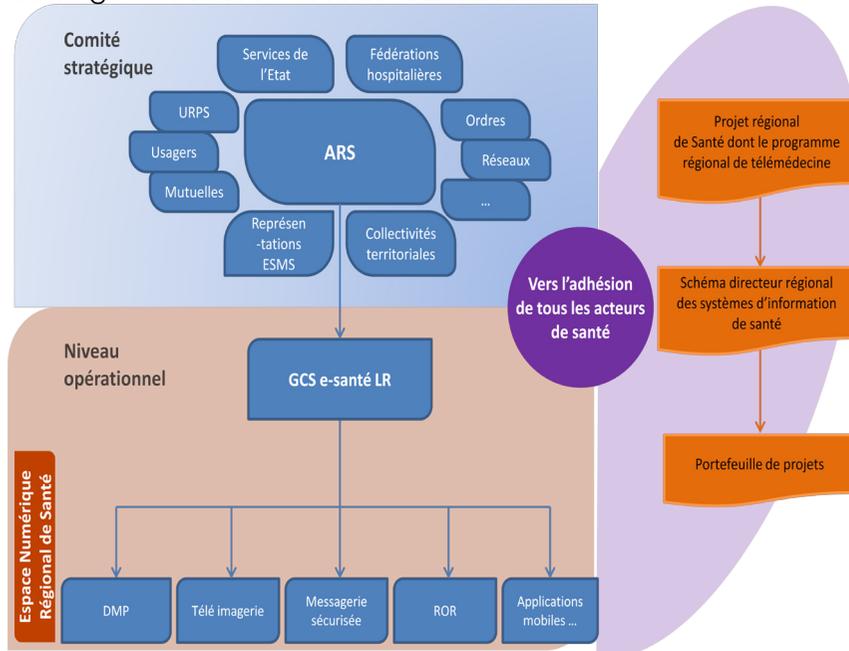
Cet objectif est conduit par l'Agence Régionale de Santé.

Pour mettre en place cette gouvernance stratégique et opérationnelle, l'Agence a engagé un **projet « EMERGENCE LR »**, qui s'inscrit dans le cadre d'un programme national de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé.

Il poursuit un double objectif :

- faire adhérer les acteurs au projet de gouvernance et au schéma directeur de la e-santé de l'ARS,
- décliner cette adhésion sous forme de participation active au GCS qui permettra de bénéficier d'un certain nombre de services à valeur ajoutée.

Cette gouvernance s'articule à deux niveaux :



2.1 La gouvernance stratégique

Il s'agit d'installer un espace de concertation régional où seront réunis, sous l'égide de l'ARS, tous les acteurs de la e-santé et notamment :

- les services de l'Etat, leur implication permettant la prise en compte de la politique menée dans le domaine des technologies de l'information et de la communication,
- les collectivités territoriales, du fait de l'impact de la e-santé en matière d'aménagement numérique du territoire et de certaines de leurs compétences (action sociale, aide à l'autonomie, ...),
- les fédérations représentant les structures hospitalières et les représentations des établissements et services médico-sociaux,
- les ordres,
- les Unions Régionales des Professionnels de Santé qui sont aujourd'hui des interlocuteurs primordiaux,
- la représentation régionale des réseaux de santé,
- l'Assurance Maladie,
- les représentations des patients, bénéficiaires des dispositifs de prise en charge,

Cet espace prendra la forme d'un comité stratégique qui aura pour objet d'orienter et de coordonner la stratégie régionale en matière de systèmes d'information de santé en tenant compte du Projet Régional de Santé et de l'implication des acteurs.

2.2 Le niveau opérationnel

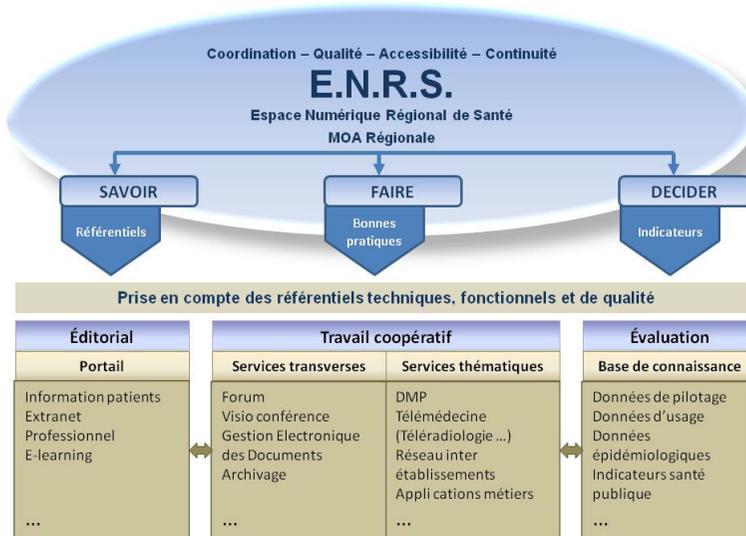
Le pilotage opérationnel de l'Espace Numérique Régional de Santé sera confié au **GCS e-santé LR**.

Son rôle sera :

- de mettre en œuvre la stratégie des systèmes d'information partagés de santé en cohérence avec le Projet Régional de Santé défini par l'ARS,
- de piloter l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS),
- de piloter et coordonner les projets régionaux de systèmes d'information partagés de santé,
- d'intégrer et favoriser le déploiement territorial concerté des référentiels nationaux,
- d'accompagner les acteurs de santé (établissements de santé, professionnels de santé, réseaux de santé...) en matière d'usages.

Les supports et environnements technologiques étant de plus en plus complexes et onéreux, l'ARS privilégie les solutions de télémédecine mutualisées au sein d'une plateforme technique régionale incluant notamment l'hébergement de données de santé, un outil de travail collaboratif, un système de visioconférence, etc. Cette approche est gage de cohérence technique et d'économies d'échelle en matière d'investissement et de fonctionnement. Le GCS sera chargé de réaliser cet objectif.

MODELE D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SERVICES AU NIVEAU REGIONAL



3- LA METHODOLOGIE

Le Languedoc-Roussillon bénéficie d'une dynamique déjà ancienne en matière de télémédecine (cf. annexe n°3).

Les projets de télémédecine vont, dans les prochaines années, se développer dans la région Languedoc Roussillon comme ailleurs en France.

Les impulsions nationales (Ministères de la Santé, de l'Economie, de l'Industrie, Agences nationales etc.) et régionales (ARS) visent à définir des priorités stratégiques fortes permettant de passer du foisonnement des initiatives individuelles et des expérimentations à des solutions à grande échelle.

Le programme relatif au développement de la télémédecine a pour objectif de décliner les modalités spécifiques d'application des schémas (article Art. L. 1434-2 3^{ème} alinéa de la loi HPST) d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et de prévention. Il définit les orientations souhaitables du développement de la télémédecine dans les territoires selon les axes retenus dans les schémas et en fixe les priorités.

Le programme de télémédecine n'a pas pour objectif, au regard des contraintes budgétaires, de recenser et de financer l'exhaustivité des expériences en cours ou des projets émergents mais bien celui d'accompagner les acteurs en fixant un cadre dans lequel ils pourront situer et déployer leur projet.

C'est pourquoi, sur le plan de la méthode, l'Agence a pris l'option de bâtir son programme en partant des besoins repérés dans le PSRS et les schémas plutôt que sur la base d'un état des lieux. Ce dernier renseigne davantage sur les expériences en cours, sur les initiatives diverses et sur les solutions technologiques mises en œuvre que sur la définition des axes stratégiques.

Il est ainsi défini 3 types de projets, dont les deux premiers sont inclus dans le programme et, le cas échéant, éligibles à des financements :

- les projets en cours portés par l'ARS,
- les projets à impulser par l'ARS (cahiers des charges, appels d'offres ...),
- les autres projets à la seule l'initiative des acteurs. Ces derniers seront appréhendés favorablement par l'Agence Régionale tout autant qu'ils s'inscrivent :
 - o dans les orientations prévues par le PRS et notamment dans les filières et la gradation de soins prévues par les schémas : synergie dans les territoires de santé, recours approprié aux centres de référence,
 - o dans un souci d'une meilleure articulation entre les champs sanitaires et médico-sociaux sur les territoires de santé,
 - o au-delà des solutions technologiques, dans une réflexion approfondie sur le contenu du projet médical et sur la participation effective des acteurs de santé parties prenantes au dispositif,
 - o dans une démarche d'évaluation de la plus value de la télémédecine et son efficacité au regard des coûts et de la population desservie,
 - o dans le respect des conditions prévues par le décret de télémédecine du 19 octobre 2010,
 - o dans le respect du cadre d'interopérabilité permettant l'échange de données entre les différents systèmes d'information de santé.

4- LE CHOIX DES PRIORITES

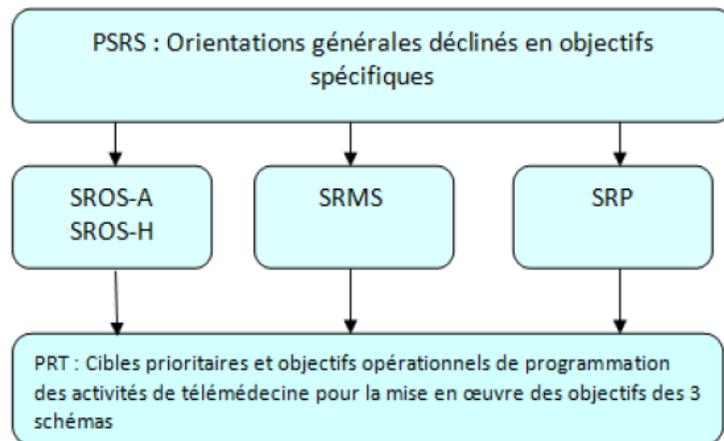
4.1 L'articulation entre le PSRS, les schémas et le programme régional de télémédecine

Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) a pour objet de décliner les modalités spécifiques d'application des trois schémas du Projet Régional de Santé sur la base des priorités, des objectifs et des principes d'action identifiés dans le PSRS.

Le PRT est un programme transversal. Il est commun à tous les acteurs de la santé, des secteurs sanitaire et médico-social et doit répondre aux besoins de santé des populations et aux particularités des territoires de santé.

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

Prévu pour une durée maximale de cinq ans, il pourra être révisé en tant que de besoin afin de prendre en compte le caractère émergent et rapidement évolutif de la télémédecine (technologies, référentiels, organisations, modes de rémunération ...).



4.2 La prise en compte des orientations du PSRS

Le Plan Stratégique Régional de Santé a tracé les priorités pour répondre aux grands enjeux régionaux en matière de santé.

L'un des 5 principes d'action est de faire des systèmes d'information un levier des transversalités et au regard des exigences opérationnelles.

Les 4 axes stratégiques de télémédecine s'inscrivent pleinement dans les exigences opérationnelles du PSRS :

- développer l'accessibilité aux professionnels de santé en préservant la relation de confiance avec l'utilisateur (accessibilité, évitabilité),
- favoriser l'exercice coordonné des professionnels de santé (qualité, efficacité),
- renforcer le recours à l'expertise pour améliorer la qualité de la prise en charge (sécurité, efficacité, évitabilité),
- favoriser l'efficacité des organisations par la mutualisation des ressources (efficacité, ...).

Par ailleurs, une des préconisations (n°21) précise que l'ARS souhaite favoriser le désenclavement de certains territoires en développant des politiques ambitieuses et innovantes, notamment en matière de transports et de télésanté.

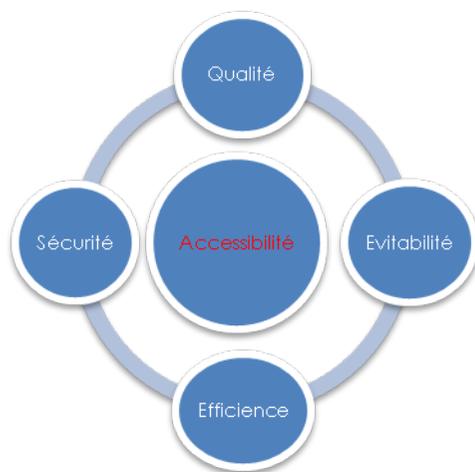
Les domaines prioritaires sont :

Domaine prioritaire	Focus
Maladies Chroniques	Personnes atteintes de : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cancer ✓ AVC ✓ IRC ✓ VIH
Comportements favorables à la santé	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Enfants : obésité, vaccinations ✓ Adolescents : addictions
Santé mentale	Adolescents et jeunes adultes Eviter les ruptures de parcours en santé mentale
Dépendance et handicap	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Personnes âgées ✓ Soutien à domicile ✓ Personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer Personnes handicapées : parcours de vie dans les territoires
Sécurité et prévention des risques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Logement insalubre ✓ Qualité de l'eau d'alimentation ✓ Infections associées aux soins ✓ Politique du médicament
Recommandation transversale Performance	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Parcours de santé ✓ Retours à l'équilibre financier ✓ Prises en charge et recours aux soins évitables 	

4.3 La plus value attendue de la télémédecine dans notre région

La plus value de la télémédecine dans notre région et le bénéfice attendu de son déploiement s'envisage selon les 4 axes stratégiques suivants :

Axe 1 : Renforcer le maillage territorial



Le diagnostic mené dans notre région met en évidence une géographie régionale contrastée entre une zone littorale dense qui concentre dans ces 3 principaux pôles urbains un tiers de la population régionale et des zones rurales qui couvrent 70 % de la superficie et 30 % de la population qui y est plus âgée.

Le tissu des soins primaires s'appuie sur une densité en professionnels de santé libéraux importante, la part de la population éloignée de plus de 20 minutes d'un cabinet médical est particulièrement faible (3 000 habitants). Toutefois, 36 territoires vulnérables ont été identifiés dans la région. Les médecins libéraux exercent actuellement très majoritairement en mode isolé ce qui ne favorise pas l'exercice médical coordonné et le travail collaboratif entre professionnels de santé. En outre, en région, 40 % des médecins généralistes devraient cesser leur activité dans les 5 prochaines années.

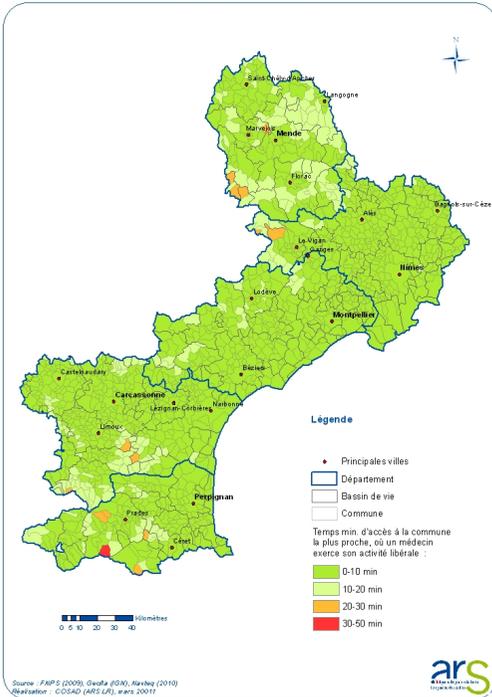
L'offre en médecine de spécialité répond globalement aux besoins dans la zone littorale et les grands centres urbains mais elle est insuffisante dans l'arrière pays. Les médecins spécialistes sont comme leurs confrères généralistes concernés par le vieillissement et la cessation d'activité.

Par exemple, en Languedoc Roussillon, la densité en radiologues passera de 16 pour 100 000 habitants en 2001 à 10 en 2020. Concernant les cardiologues, le ratio est de 9 pour 100 000 habitants en 2001 et 7 en 2020 (Source : DRASS –LR démographie médicale de la région LR – 2001 2020).

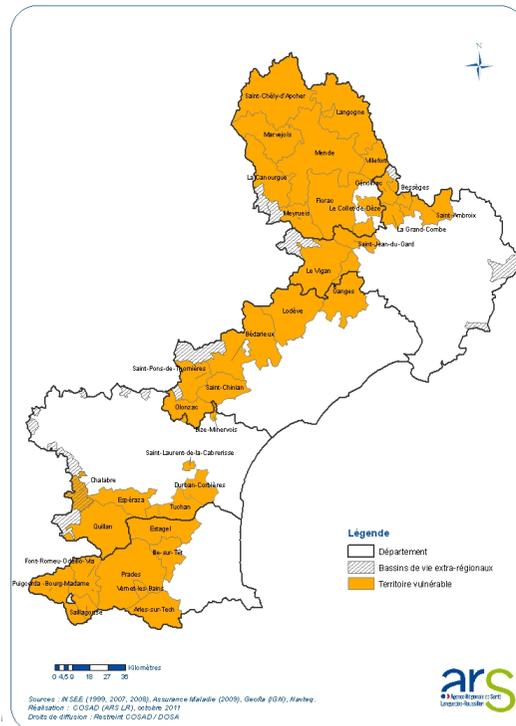
En complément et en appui du développement des structures d'exercice collectif prôné par l'Agence, des dispositifs de télémédecine doivent permettre de renforcer le lien entre les zones sous denses et les zones urbaines par la connexion d'un établissement "ressource" et d'une structure distale afin d'apporter un soutien aux professionnels médicaux ou paramédicaux et à l'utilisateur dans les territoires vulnérables et d'accéder à une expertise ou à un avis médical spécialisé.

Ces dispositifs devront s'appuyer sur les acquis de l'aménagement numérique haut et très haut débit porté par le projet numérique régional.

Accès à l'offre de soins ambulatoire (omnipraticiens)
en Languedoc-Roussillon

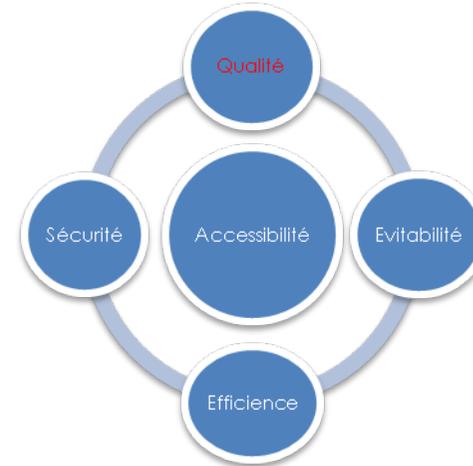


Répartition spatiale des territoires vulnérables



Axe 2 : Favoriser la fluidité des parcours de santé

La démarche innovante d'analyse des parcours de santé menée par l'Agence (AVC, personne âgée, pathologies chroniques, addictions, psychiatrie de l'ado-lescent) met en évidence des points de criticité dans les parcours étudiés qui aboutissent à des retards ou des ruptures de prise en charge, des durées de séjours prolongées mais aussi à des orientations inappropriées. A titre d'exemple, s'agissant de la prise en charge des AVC, la région est correctement dotée dans les UNV en moyens (appareils d'imagerie, et compétences médicales). Cependant, il est nécessaire de conforter la télé expertise entre les UNV et l'UNV de référence (CHU de Montpellier).



La télémédecine, parce qu'elle permet de mettre rapidement en lien les professionnels entre eux et favorise la transmission des informations, doit permettre de soutenir les organisations par des solutions favorisant le diagnostic, la décision thérapeutique et la prise en charge rapides. L'activité de télémédecine doit nécessairement s'appuyer pour une meilleure coordination de la prise en charge sur le Dossier Médical Personnel et une messagerie de santé sécurisée.

Axes 3 : Contribuer à éviter les prises en charges inappropriées



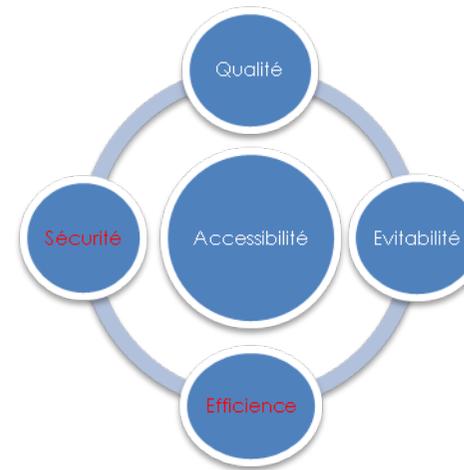
Notre région se caractérise par un recours élevé au système de santé tant en ce qui concerne la consommation de soins ambulatoires que de soins hospitaliers, sans qu'il soit constaté un état de santé de la population significativement plus favorable qu'en France entière. Ce constat conduit à lutter contre les prises en charges inappropriées.

En outre, s'agissant des personnes âgées fragilisées, malgré les efforts entrepris notamment lors de la dernière décennie pour augmenter le nombre de structures d'hébergement et améliorer leur médicalisation, le nombre de places d'Établissements d'hébergement pour personnes âgées en France entière rapporté à la population des plus de 75 ans est passé de 166 places pour 1 000 habitants en 1996 à 127 places en 2007 du fait de l'augmentation de cette tranche de la population âgée sur la période.

Les enjeux du vieillissement et de la dépendance en Languedoc Roussillon (25,8 % de la population a plus de 60 ans en 2006 pour 22,4 % en France entière) sont prégnants. Cette situation conduit à éviter l'hébergement et à promouvoir le maintien au domicile choisi en recherchant les dispositifs humains et techniques qui garantissent la sécurité et préservent le plus possible l'autonomie des personnes fragilisées.

La télémédecine doit contribuer à éviter les hospitalisations ou le passage en institution, par les dispositifs de télésurveillance, de téléconsultation ou de téléexpertise.

Axe 4 : Rationaliser l'utilisation des ressources en santé tout en garantissant la sécurité



Les travaux de diagnostic régionaux menés en matière d'organisation des soins démontrent qu'à conditions de sécurité des prestations de soins inchangées voire améliorées, des voies de progrès existent. Elles incitent à mobiliser les professionnels de façon plus efficiente :

- en limitant les temps de déplacement du professionnel ou le nombre de transports du patient, cet aspect faisant l'objet d'un axe de travail du programme régional de Gestion du Risque.

- et en optimisant le nombre de professionnels mobilisés, notamment dans le cadre de la permanence de soins.

La télémédecine doit contribuer à limiter le nombre de professionnels sollicités et les déplacements. Elle doit permettre de maintenir en matière de soins le même niveau de qualité qu'un acte classique. Elle doit s'inscrire dans une organisation structurée par des conventions et des protocoles de prise en charge.

Ces 4 axes stratégiques doivent être pilotés par l'Agence Régionale mais aussi portés par l'ensemble des acteurs de la région. La gouvernance régionale intégrera, outre les sujets de télémédecine, tous les projets de e-santé afin d'organiser la cohérence, la mutualisation et l'articulation des projets, sur les plans médical et des infrastructures techniques.

4.4 Les besoins en télémédecine identifiés par les schémas

THEMATIQUE	CONTENU	ACTES
Imagerie et permanence des soins	AVC : ouvrir l'accès IRM 24/24 à tous les AVC récents en mettant en place la permanence H24 sur le site des Unités Neuro Vasculaires de la région et en déployant un réseau de téléimagerie Imagerie : étendre cette organisation à d'autres situations cliniques afin de répondre à l'enjeu de la permanence des soins	Téléconsultation Télé expertise Téléassistance
Médecine et chirurgie	Maintenir des consultations avancées en pré et post-interventionnel y compris en utilisant la télémédecine	Téléconsultation Télé expertise
Périnatalité	Suivi des grossesses : améliorer l'accessibilité géographique pour un suivi de grossesses de qualité (consultation avancée, Dossier Périnatal Commun des sage femmes, télémédecine...)	Téléconsultation Télé expertise
Handicap	Petite enfance : recourir à la télémédecine notamment pour lier les Centres de référence maladies rares et les établissements de santé médico-sociaux.	Télé expertise

THEMATIQUE	CONTENU	ACTES
Soins de Suite et de réadaptation	Développer la télésanté notamment pour les cas complexes en lien avec le centre de référence universitaire régional en SSR adultes situé au Grau du Roi.	Télé expertise
Psychiatrie	Développer la télémédecine	Téléconsultation Télé expertise
Santé des détenus	Favoriser le développement de la télémédecine ainsi que le développement des réseaux informatiques au service des soins en milieu pénitentiaire.	Téléconsultation Télé expertise
Personne âgée	expérimenter la télémédecine en EHPAD. sécuriser le domicile par la télémédecine et téléassistance.	Télesurveillance Téléconsultation Télé expertise Télé assistance
Insuffisance rénale chronique	Développer la télésurveillance des patients dialysés à domicile.	Télesurveillance Téléconsultation Télé expertise

4.5 Les points de jonction du PSRS avec le plan national de télémédecine :

Le croisement des priorités du plan national de télémédecine (cf. annexe 1) et des orientations du Plan stratégique régional met en évidence 3 thématiques communes :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- l'insuffisance Rénale Chronique, au titre des maladies chroniques,
- la problématique du soutien à domicile ou en substitut de domicile.

Priorités nationales Priorités du PSRS	Imagerie médicale PDES et urgences	AVC Télé imagerie	Santé des personnes détenues	Maladies chroniques			Etablissements médico-sociaux et HAD
				IRC	Diabète	IC	
AVC		Téléconsultation Télé expertise Téléassistance					
Maladies chroniques	IRC			Télesurveillance Téléconsultation Télé expertise			
	Cancer						
	VIH						
Soutien à domicile Maladie d'Alzheimer							Télé surveillance Téléconsultation Télé expertise Téléassistance

4.6 Les critères de priorisation

Tout projet de télémédecine opérationnel inscrit dans le programme se doit de **répondre aux priorités de santé régionales** inscrites dans le PSRS et aux thématiques des schémas décrites ci-dessus.

Il doit démontrer sa capacité à s'inscrire dans une organisation médicale robuste et pérenne et à susciter l'adhésion des acteurs de santé pour développer une véritable **médecine collaborative**.

Le programme n'a pas pour vocation d'accompagner la communication entre structures déjà organisées entre elles qui ne relèverait que d'une modernisation technologique.

Il doit **s'ancrer dans la réalité territoriale** :

- prendre en compte le contexte d'aménagement numérique,
- irriguer les territoires vulnérables décrits par le SROS – ambulatoire en favorisant le maillage territorial pour les soins spécialisés,
- participer à une meilleure accessibilité de l'offre et notamment dans les périodes de la PDS.

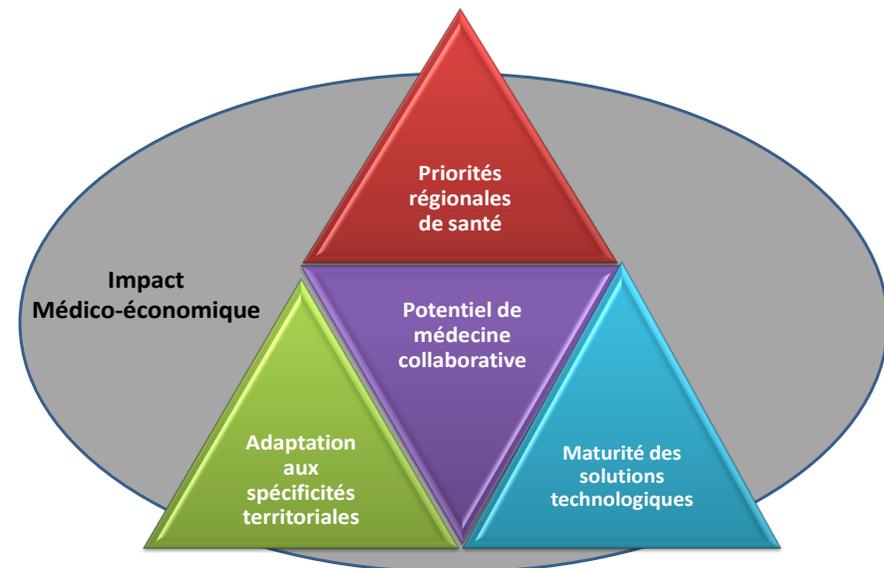
Le projet doit constituer **un véritable levier d'action** par :

- sa capacité à apporter une plus valeur pour le patient, le professionnel et les pouvoirs publics en terme d'**impact santé**,
- son **champ d'intervention** qui doit être le plus large possible au regard du volume des populations spécifiques ou des pathologies ciblées.

C'est pourquoi, pour ce programme de première génération, sont accompagnés les projets qui privilégient le lien entre les structures d'exercice collectif de soins primaires, les services hospitaliers et les établissements d'hébergement médico-sociaux.

- **les possibilités qu'il offre de capitaliser** (modéliser et dupliquer l'organisation pour d'autres applications de télémédecine),
- sa **viabilité économique et les éventuelles économies** qu'il génère.

Il **s'appuie sur la maturité des solutions technologiques**. Un certain nombre de pathologies ou de situations de santé sont, dès à présent, particulièrement adaptées à la pratique de la télémédecine et s'appuient sur des acquis et des savoir-faire développés par les industriels (télé imagerie ...).



PROJET OPERATIONNEL DE TELEMEDECINE

4.7 Les projets retenus

Les projets ci-dessous, sont retenus dans le cadre de ce programme de 1ère génération. Ils sont susceptibles d'être adaptés, en cours de programme, en fonction des évolutions technologiques et des priorités stratégiques.

Domaines	Thématiques de santé	Sources	Acteurs	Enjeu territorial	Enjeux de santé	Application modélisable	Population concernée	Maturité technologique
Télé imagerie	Télé imagerie et PDES	SROS	Radiologues Spécialistes	Réponse de proximité	Diagnostic	Irrigue les spécialités	+++	Oui
	Application pour la prise en charge de l'AVC	PSRS SROS	Radiologues, neuro vasculaires, urgentistes	Oui	Décès Handicap	Urgences cardiologiques et viscérales	+++	Oui
Populations spécifiques	Santé des personnes détenues	SROS	Médecins UCSA Spécialistes	Milieu carcéral	Dépistage, Diagnostic, Suivis renforcés		+	A potentialiser
Appui aux bonnes pratiques	Application pour la prise en charge des plaies complexes	PSRS SROS SROMS	IDE libéraux Médecins généralistes	Extension couverture régionale	Morbidité Mortalité	Oui	+	A potentialiser
Maillage territorial	Appui aux structures du domicile	PSRS SROS SROMS	Médecins généralistes Spécialistes	Réponse de proximité	Diagnostic, Suivis renforcés Hospitalisation évitable	Oui aux différentes structures de Santé	+	Partielle
	Accès aux consultations spécialisées			Territoires vulnérables ou repérés	Diagnostic Suivis renforcés		++	
	Valorisation des centres de référence régionaux			Couverture régionale	Diagnostic, Suivis renforcés		+	
Maladies chroniques	IRC	PSRS SROS	IDE Médecins généralistes Néphrologues	Alternative de proximité	Surveillance médicale		+	Partielle

4.8 Suivi et évaluation du programme

Pour chacun des projets retenus, les modalités de suivi du programme et d'évaluation sont élaborées pour mesurer la pertinence et l'efficacité du programme par des indicateurs de déploiement, de moyens ou de résultat.

Il s'agit de suivre le déploiement effectif des projets et l'état de leur avancement. L'évaluation permet de vérifier si les objectifs des projets sont atteints selon des critères à définir pour chaque projet.

Analyse de la contribution selon plusieurs axes (les indicateurs sont donnée à titre d'exemple) :

- atteinte des objectifs de santé publique,
- amélioration de la fluidité du parcours du patient (délais d'attente, durées de séjours, ...),
- usage de l'activité de télémédecine dans l'activité totale,
- qualité des pratiques
- évaluation de l'impact de l'activité de télémédecine sur le recours aux soins et prestations (transports, hospitalisations évitées ...),
- optimisation du dispositif de permanence des soins,
- satisfaction des usagers et des professionnels.
- activité et analyse économique : (part d'activité, coûts générés, équilibre financier du modèle a minima.

5- LES PROJETS

5.a) La télé imagerie et la permanence des soins

Constat :

La permanence des soins en établissements de santé (PDES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins en établissement de santé en aval et / ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20 h. le plus souvent et jusqu'à 8h. du matin), le week-end (excepté le samedi matin) et les jours fériés.

Dès 2009, il a été décidé nationalement de revoir les modalités d'organisation et de rémunération de la PDES. Cette réforme vise à initier une démarche de rationalisation des gardes et astreintes au regard des besoins de la population (accueil et prise en charge par spécialités aux heures de PDES), en optimisant la ressource médicale.

La réorganisation de la permanence des soins en établissements de santé constitue l'un des outils majeurs de la réorganisation future de l'offre de soins. La loi HPST a érigé la PDES en mission de service public.

Les enjeux de la réorganisation de la PDES sont multiples :

- une amélioration de l'accès aux soins par un accès aux différentes spécialités à l'échelle du territoire de santé ou au niveau régional et par une accessibilité financière (tarifs secteur 1),
- une amélioration de la qualité de prise en charge en réduisant les délais d'attente en aval des urgences et en sécurisant les parcours de soins non programmés,
- une amélioration de l'efficacité en optimisant l'utilisation de la ressource médicale, en évitant les doublons entre établissements sur une même activité et en répartissant les contraintes de la PDES entre secteurs public et privé.

En Languedoc-Roussillon, de nombreuses activités de télémédecine existent déjà et méritent d'être développées et pour certaines généralisées. Ces activités sont souvent exercées dans le cadre de la PDES.

Résultat attendu :

Pour répondre à ces enjeux, outre la prise en compte des filières de soins spécialisés et les possibilités de mutualisation des lignes de permanence, il est indispensable d'étudier les possibilités de recours aux différents actes de télémédecine : téléconsultation, télé expertise, télésurveillance ou téléassistance.

La télé imagerie est en effet un des moyens d'optimiser les ressources médicales, d'améliorer l'accès aux soins dans les zones géographiquement isolées (téléconsultation) et d'améliorer la qualité des prises en charge (télé expertise), dans un contexte contraint lié à la répartition territoriale des radiologues et de leur spécialisation.

Dans la quasi-totalité des spécialités médicales ou chirurgicales, la PDES peut être optimisée grâce à la télémédecine. Certaines sont emblématiques : radiologie, neurologie, cardiologie, psychiatrie.

L'organisation régionale de la PDES en Languedoc-Roussillon anticipe d'ores et déjà la mise en place future pour la radiologie d'un dispositif de permanence régionalisé qui permettra de la téléconsultation (interprétation) et de la télé expertise (avis spécialisé) avec la prise en compte de ce qui est en place déjà pour l'AVC et la neurochirurgie.

Ce dispositif régional de permanence devra être recentré et de nature à assurer une réponse systématique, rapide et compétente en période de PDES, ceci notamment pour ce qui concerne l'imagerie en coupe.

L'objectif pour la télé imagerie est de parvenir à terme à assurer une PDSES en imagerie avec un nombre d'équipes limité, reconnues pour leurs compétences et assurant à tour de rôle une permanence de type «grande garde» articulée avec les services hospitaliers.

Indicateurs :

- Proportion d'actes de télé-imagerie par rapport aux actes effectués sans télé radiologie en période de PDSES (avec focus sur l'imagerie en coupe)

5.b) La télé imagerie : application pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

Constat :

En Languedoc Roussillon, on décompte, chaque année, 5.500 nouveaux cas (15 par jour) soit 6 % de plus qu'en moyenne nationale.

Les conséquences médicales et sociales sont particulièrement lourdes puisqu'il s'agit de la première cause de handicap de l'adulte en région, de la deuxième cause de démence et la troisième cause de décès :

- 20 % des personnes meurent dans le mois qui suit,
- 75 % des survivants en gardent des séquelles définitives,
- 33 % deviennent dépendants toute la vie,
- 25 % ne reprendront jamais d'activité professionnelle.

Dans ce contexte, il est crucial de pouvoir intervenir dans les 4 heures qui suivent la survenue de l'AVC pour réaliser le traitement approprié et pouvoir limiter les effets de la nécrose cérébrale.

Pour ce faire, la filière de prise en charge prévoit une régulation par le 15 et une orientation dans une des 5 Unités Neuro-Vasculaires (UNV) de la région (bientôt 6) réunies autour du réseau WILLIS ou, à défaut, dans un établissement ayant structuré une filière de prise en charge de l'AVC bénéficiant d'un accès à une IRM H 24 7 jours sur 7, en coordination avec une UNV.

Actuellement, en Languedoc Roussillon, 34,5 % des personnes présentant un AVC sont orientés dans une UNV et on considère que les capacités de récupération sont majorées de 40 %, grâce à cette prise en charge spécialisée.

Certaines zones du territoire régional (Lozère, hauts cantons, ...) se situent à plus d'une demi-heure de distance d'une des UNV de la région.

Résultat attendu :

Aussi, l'objectif régional poursuivi est de développer les moyens de télémédecine autour de l'organisation d'un maillage territorial pour augmenter les capacités d'accès des patients aux compétences spécialisées présentes dans les UNV.

Il s'agit de mettre en lien les professionnels experts intervenant dans les UNV 24 h/24 (neurologues, médecins neuro-vasculaires) - celles qui disposent de services de neurochirurgie et de neurologie interventionnelle et celles qui n'en disposent pas - ainsi que les professionnels (radiologues, médecins) des établissements inclus dans la filière. Grâce au transfert d'images (IRM) et de données issues des examens cliniques et biologiques, l'indication de thrombolyse (destruction du caillot par injection d'un produit) est posée, celle-ci étant prescrite par le neurologue ou le médecin neuro-vasculaire intervenant en UNV dans un délai maximal de 4 heures 30 qui suit les premiers signes.

Le recours à la thrombolyse peut être augmenté. Il fluctue en France, d'une région à l'autre, entre 2 et 17 %.

L'objectif poursuivi par l'ARS est donc, grâce à l'acte de télé expertise, de gagner du temps en favorisant le diagnostic et le traitement précoce et d'éviter des pertes de chance liées à des transferts inappropriés ou des diagnostics et traitements non adaptés, de limiter les séquelles.

En outre, la structuration de cette organisation peut également bénéficier à d'autres filières liées à l'urgence et notamment l'infarctus du myocarde.

Indicateurs :

Quantitatif :

*Avant projet :

- Nombre de patients pris en charge en UNV.

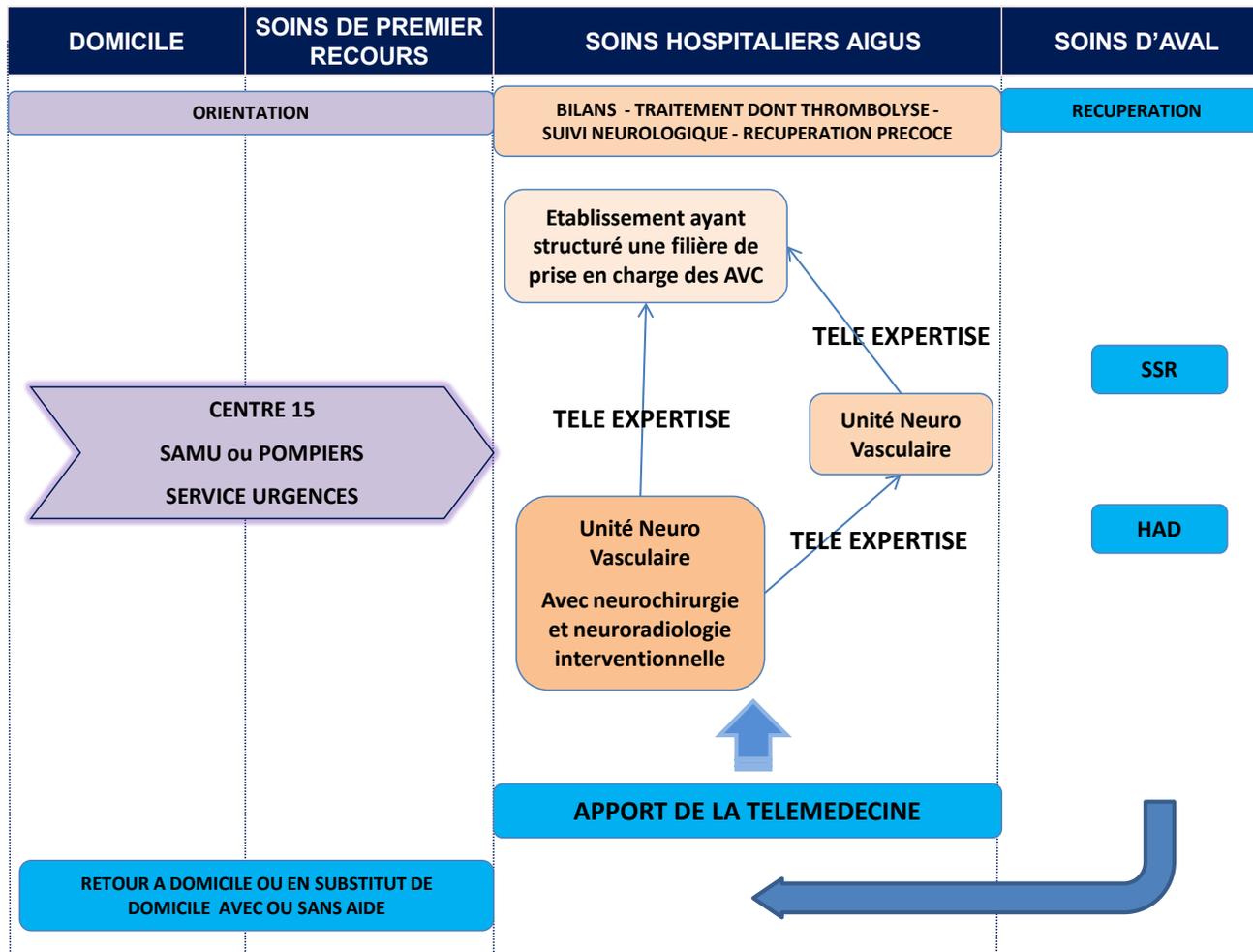
*Après projet :

- Nombre de patients pris en charge en UNV et hors UNV régulés par la télémédecine.

Qualitatif :

- Nombre de décès et de séquelles lourdes hors UNV.

TELEMEDECINE ET PARCOURS DE SANTE : l'AVC



5.c) Télémédecine et populations spécifiques la santé des personnes détenues

Constat :

Le Languedoc-Roussillon compte 2 249 places de détention réparties dans :

- 4 maisons d'arrêt, chacune dotée d'une Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (UCSA) rattachée au service public hospitalier (CH Mende, CHU de Nîmes, CHU de Montpellier, CH de Carcassonne),
- 2 centres pénitentiaires à Béziers avec une UCSA (CH de Béziers), et Perpignan disposant, outre d'une UCSA (CH de Perpignan), d'un service médico-psychologique régional (SMPR - CH de Thuir).

Ces structures régionales sont en lien avec deux unités interrégionales basées à Toulouse qui concilient prise en charge soignante à temps complet et sécurité périmétrique :

- soins somatiques : l'unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI) depuis décembre 2006. Elle prend en charge annuellement plus de 300 hospitalisations de plus de 48 heures ou en suite d'hospitalisations d'urgence dans les établissements de référence (dispositif complémentaire aux chambres sécurisées situées dans les établissements);
- soins psychiatriques : l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) pour détenus atteints de troubles psychiatriques dotée de 40 lits qui accueille les premiers patients depuis le début 2012.

Les caractéristiques des différents établissements pénitentiaires de la région impactent la réponse sanitaire :

- la diversité des populations accueillies, le centre de Nîmes accueillant des femmes, les centres de Montpellier et Perpignan étant ouverts aux mineurs, celui de Mende étant un établissement de "seconde intention",
- des capacités d'accueil variables (de 54 à 810 places) et une occupation des locaux plus ou moins importante (la surpopulation agissant sur la santé mentale des détenus).

En 2009, 30 360 consultations médicales ont été réalisées dans les UCSA de la région, ce recours élevé en soins, dépistage et à l'éducation à la santé de la population carcéralisée étant due à un état de santé plus dégradé que celui de la population générale (toxicomanie, maladies transmissibles, troubles mentaux, pathologies dermatologiques, traumatiques ...).

Le diagnostic régional porté sur les soins aux détenus, dans le cadre du SROS, permet de mettre en évidence que le nombre de consultations par détenu se situe au dessus de la moyenne nationale.

La prise en charge psychiatrique peut être améliorée au regard des conclusions de l'enquête régionale réalisée entre 2006 et 2008 dans les prisons qui a mis en évidence une couverture en médecins psychiatres à renforcer, afin notamment de développer les prises en charge collectives (groupes de parole, ateliers thérapeutiques) et renforcer la lutte contre les risque suicidaire.

Par ailleurs, dans les situations nécessitant un recours aux compétences spécialisées et au plateau technique hospitaliers, des difficultés liées à l'organisation des extractions médicales ont été repérées. Elles portent sur :

- l'organisation des extractions, une UCSA ne pouvant pas organiser plus de 2 escortes par jour,
- la coordination des disponibilités des escortes et des équipes médicales,
- le coût des escortes et le risque au plan de la sécurité.

Résultat attendu :

Dans ce contexte, la télémédecine peut contribuer à favoriser une meilleure prise en charge des personnes détenues tout en rationalisant le recours aux ressources médicales et pénitentiaires par la téléconsultation et la télé expertise.

Les axes sont :

- développer les consultations pré anesthésiques, de spécialités (orthopédie, ORL, ...) et de psychiatrie à distance ce qui permet d'en simplifier l'organisation, d'en améliorer le temps d'accès et de limiter les extractions,
- améliorer les délais de recours aux soins,
- améliorer le recours et l'interprétation des examens complémentaires de diagnostic et de dépistage (tuberculose, examens buccodentaires ...) en organisant l'interprétation à distance des images de radiologie conventionnelle et en favorisant les autres examens (échographie, ECG, spirométrie ...).

La réussite de ces objectifs et les conditions de leur montée en charge sont liées à la mise à niveau des moyens médico-techniques :

- cablage informatique et lien internet entre le centre pénitentiaire et le centre hospitalier de référence (5 équipés sur 6),
- compatibilité des systèmes informatiques de la prison et de l'hôpital (1 cas d'incompatibilité),
- généralisation des équipements de radiologie numérisée (actuellement 14 %),
- utilisation d'un dossier patient informatisé somatique et de psychiatrie dans un cadre d'interopérabilité (2 sur 6 dont 1 avec volets somatique et psychiatrique non communicants).

Les démarches actuelles d'équipement en visioconférence des prisons par la justice d'une part, et des établissements de psychiatrie en lien avec le juge des libertés au regard des orientations de la loi de juillet 2011 sur l'hospitalisation sous contrainte d'autre part, constituent des opportunités, dans la mesure où les équipements sont compatibles (haut débit étanche), de favoriser le déploiement des actes de téléconsultation et de télé expertise.

Au-delà des actes de télémédecine, les moyens de visioconférence et le dossier patient informatisé interopérable doivent également permettre, à moyen terme, une mise en réseau des UCSA avec l'UHSI pour la partie somatique et avec le SMPR et l'UHSA pour la partie psychiatrique pour faciliter les échanges confraternels et garantir la qualité du parcours de prise en charge, dans le cadre des transferts de patients.

Indicateurs :

Toutes pathologies ou ciblés sur certains appareils :

- nombre de consultations en UCSA avant et après télémédecine,
- nombre de patients bénéficiant de téléconsultations itératives/ au nombre de patients bénéficiant de consultations itératives avant télémédecine.

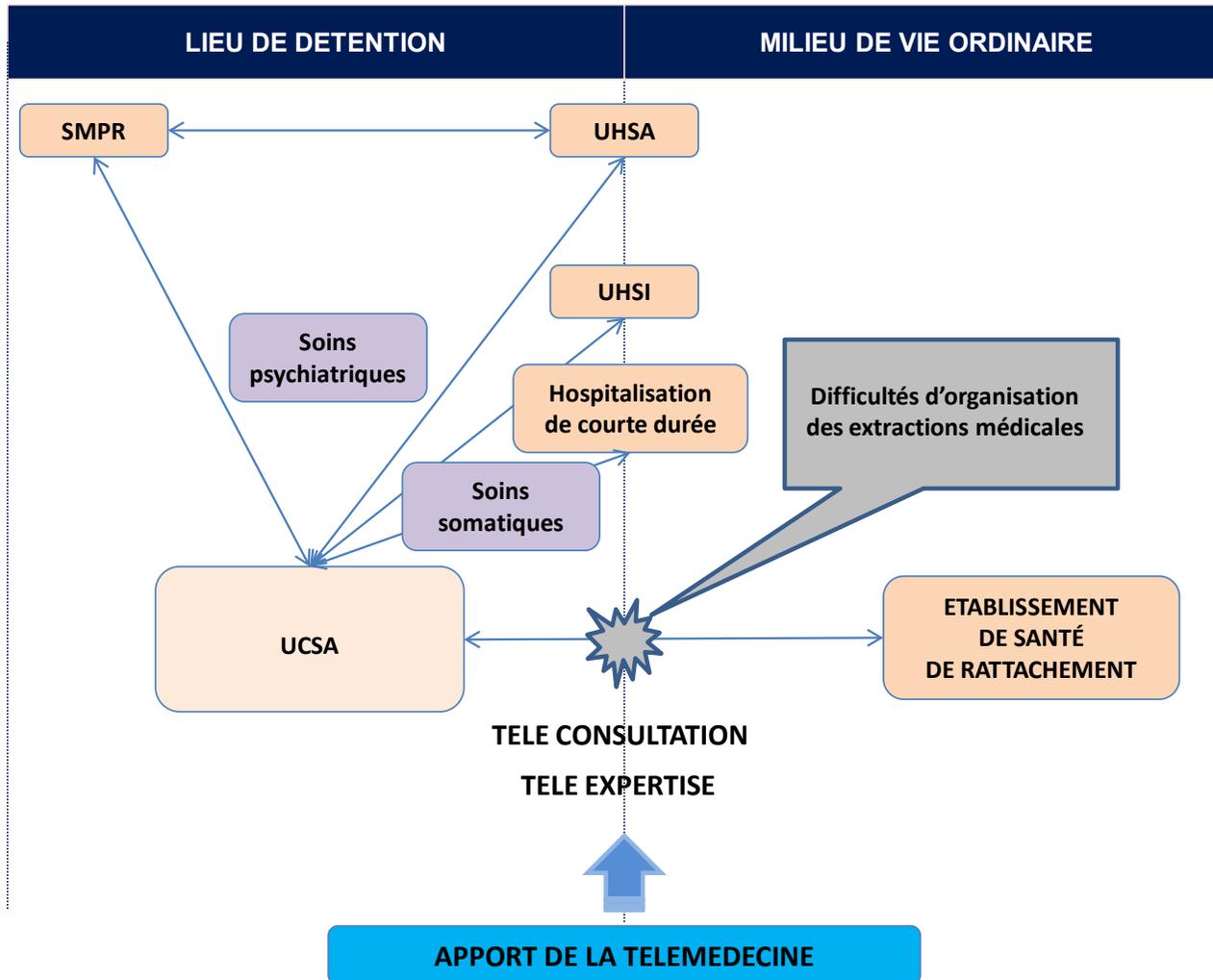
Spécifique cardiologie :

- nombre de téléconsultations.
- nombre d'extractions avant télémédecine et après.

Psychiatrie :

- nombre de patients bénéficiant de téléconsultations itératives/ au nombre de patients bénéficiant de consultations itératives avant télémédecine.

TELEMEDECINE ET SANTE DES PERSONNES DETENUES



5.d) Télémédecine et appui aux bonnes pratiques : application pour la prise en charge des plaies complexes

Constat :

Une problématique transversale

Les plaies à retard de cicatrisation constituent un problème de santé publique et impactent lourdement le pronostic vital ou fonctionnel des patients.

Elles comprennent principalement les plaies du pied diabétique, les escarres majeures, les plaies liées aux neuropathies, les ulcères de jambe d'origine vasculaire, les plaies aiguës traumatiques, et les plaies postopératoires. Souvent plusieurs pathologies sont intriquées et de multiples facteurs de risque (dénutrition, immobilité, ischémie, stase veineuse, troubles métaboliques, etc.) favorisent le retard de la cicatrisation. Ces plaies induisent des coûts importants sur le plan humain et économique. Elles relèvent d'une prise en charge complexe, faisant intervenir plusieurs acteurs.

Une prévalence en constante progression

La prévalence des plaies en CHU est d'environ 27% en France (enquête de prévalence de l'association Vulnus -S.Meume, L.Téot, L.Fromantin en cours de publication). Plus de 10% du temps paramédical en ville est occupé à prendre en charge des pansements.

Parmi les diabétiques, 15% présenteront au moins un ulcère du pied au cours de leur vie (Mal perforant plantaire). Cette plaie sévère expose à des amputations, des récives très fréquentes, et un décès précoce (pronostic vital plus grave que le cancer du sein).

Au sein des hôpitaux, plus d'1 patient sur 10 est porteur d'escarre. Le délai moyen de cicatrisation sera au minimum de 3 mois. L'ulcère de jambe concerne 1 à 2% de la population âgée de plus de 60 ans. Près de la moitié des plaies évoluent pendant plus d'un an.

L'ulcère impose une expertise de la maladie veineuse et/ou artérielle sous jacente. En situation palliative, l'apparition d'une plaie rajoute inconfort, questionnement, et enjeu éthique. En particulier les plaies cancéreuses posent un réel problème de maintien à domicile de par leur complexité.

L'expérience en plaies et cicatrisations en Languedoc-Roussillon

Depuis mars 2000, le Réseau Ville Hôpital Plaies et Cicatrisations Languedoc Roussillon (dit « CICAT ») met en œuvre des infirmiers experts en plaies et cicatrisation, qui agissent en relation constante avec un médecin validant leurs stratégies de prise en charge sur un mode « télémédecine ». Ces infirmiers experts, sur demande du médecin référent du patient ou de son infirmière, vont apporter leurs conseils et leur savoir faire dans la prise en charge d'une plaie chronique. Plus de 3000 patients sont enregistrés dans ce registre des plaies depuis plus de 6 ans. Souvent, seule l'initialisation de la prise en charge a nécessité le déplacement d'un Infirmier expert, la suite du suivi se faisant par l'envoi de photos et grâce aux avis médicaux donnés par téléphone, e-mail, voire message multimédia sur simples téléphones portables. Selon l'enquête de l'ORS auprès des médecins ayant fait appel au Réseau, dans les 2/3 des situations, l'hospitalisation a pu être évitée et la qualité de vie des personnes porteuses de ces plaies difficiles a été améliorée.

Résultat attendu :

Appui aux bonnes pratiques :

Améliorer par télémédecine la prise en charge des plaies à retard de cicatrisation par l'harmonisation des pratiques de prise en charge, la formation des infirmières et les médecins généralistes et la réduction de l'isolement professionnel.

La convergence d'avis d'experts venant de disciplines différentes est parfois nécessaire.

Les objectifs de qualité de vie sont d'accélérer la guérison des plaies, de remettre le patient dans son environnement et, en quittant le milieu hospitalier, de diminuer le risque d'infections nosocomiales.

Les objectifs économiques sont de diminuer le coût de prise en charge (soins adaptés, nombre de jours d'hospitalisation, transports) et le coût des complications (amputation, rééducation).

Ces actes de télémédecine seront répartis en :

- téléconsultation par un médecin du réseau et un infirmier expert suivant la pathologie après première évaluation de « débrouillage » et diagnostic de « plaie complexe ». Puis, téléconsultation de suivi, après cette première évaluation.
- télé expertise : demande d'expertise en visioconférence multi expert : médecin du réseau et experts médicaux en fonction de la pathologie associée,
- téléassistance aux gestes techniques : détersion, thérapie par pression négative, greffe de substitut cutanée, ...

Couverture territoriale et réduction des inégalités d'accès aux soins :

Le développement d'une organisation de télémédecine doit permettre de renforcer l'action sur des zones fragilisées par la dispersion géographique (Lozère, Pyrénées Orientales). A ce jour, la plupart des actions ont été menées autour de la métropole régionale, et il reste à harmoniser le maillage dans des régions plus lointaines par le recrutement de médecins et de coordinatrices infirmières attachés à une partie de la région.

Zone d'intervention et à couvrir du réseau régional plaies et cicatrisation



-  Zone actuelle d'intervention des référents CICAT
-  Zone d'intervention restant à couvrir
-  Zone couverte pour avis par télé expertise par transfert de photo

Compte tenu du nombre important de patients concernés, environ 2 000, la montée en charge peut s'échelonner sur trois ans, et s'étendre progressivement à des établissements de santé.

Indicateurs :

- Nombre de professionnels de santé formés à l'occasion d'une prise en charge de télémédecine,
- Nombre de consultations médicales libérales avant et après l'inclusion rapporté à la file active sur une durée de 6 mois.
- Nombre d'hospitalisations ou de consultations hospitalières avant et après l'inclusion rapporté à la file active sur une durée de 6 mois.

5.e) Le maillage territorial :

Le maillage territorial consiste à faire converger dans des points relais un certain nombre de services incluant des prestations et services de télémédecine favorisant l'orientation et le traitement des patients.

Il est envisagé à 3 niveaux :

- ✓ Le niveau de proximité : l'appui aux structures (EHPAD, HAD, SSIAD...) substitués au maintien à domicile à partir des établissements et structures sanitaires par les téléconsultations et télé expertises gériatriques et spécialisées,
- ✓ Le niveau intermédiaire associant les zones rurales et urbaines : l'accès aux consultations spécialisées avancées,
- ✓ Le niveau régional : la valorisation des centres de référence régionaux.

Constat :

1. Vieillesse et dépendance

Démographie :

La région Languedoc Roussillon va être confrontée à court terme à l'enjeu du soutien à domicile ou dans un lieu de vie autre, en lien direct – bien que non exclusif- avec l'accroissement de sa population âgée.

Actuellement près de 10% des habitants ont plus de 75 ans, soit 1,5 point de plus qu'au niveau national.

Leur nombre devrait s'accroître de 12% d'ici 2020, avec persistance du phénomène jusqu'en 2030 puisque près de 20% de la population est actuellement âgée de plus de 65 ans.

Si c'est actuellement dans l'Aude, la Lozère et les Pyrénées-Orientales que la part des + de 75 ans est actuellement la plus importante, le Gard et l'Hérault ont aussi vocation à « vieillir » fortement à court terme.

Une anticipation est donc nécessaire dans les réponses à apporter :

- dans les secteurs sanitaire et médico-social,
- dans les domaines des soins et des services,
- avec des problématiques différentes selon le lieu de vie et la zone géographique.

Les besoins en soins :

La population âgée se caractérise par le double problème de la dépendance et de la fragilisation de l'état de santé (ou des pathologies d'organes, notamment chroniques).

La dépendance transparait à travers le taux des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée de l'Autonomie (APA) qui est actuellement supérieur de 9% au taux national (soit 61 820 bénéficiaires).

A l'horizon 2015, la région devrait compter près de 50 000 personnes dépendantes d'une tierce personne pour accomplir les gestes de la vie quotidienne (6,3% de la population).

Les bénéficiaires de l'APA modérément dépendants restent majoritairement à domicile (c'est le cas de plus de 2/3 des allocataires de l'APA de la région) et l'entrée en EHPAD est de plus en plus tardive, lorsque la dépendance n'est plus gérable à domicile

Or les transports et la mobilité sont les premières difficultés évoquées par les personnes en perte d'autonomie dans leur vie sociale et l'état de santé des résidents d'EHPAD rend leur déplacement, même pour motif médical, souvent délicat.

Parallèlement au problème de la dépendance se pose celui de la charge en soins qui elle aussi devrait s'accroître comme en témoigne le Pathos Moyen Pondéré (PMP) en EHPAD en région qui était de 172 en 2009 et de 189 en 2010, pour une valeur de 168 au niveau national.

Le problème des personnes handicapées vieillissantes s'inscrit dans le vieillissement de la population générale et ne s'en distingue pas spécifiquement.

Dans la région, le taux de bénéficiaires de l'Allocation Adultes Handicapés (AAH) est nettement supérieur à la moyenne nationale (29,1/1000 personnes de 20 à 59 ans contre 22,7) et 37% des adultes pris en charge dans un dispositif avaient plus de 45 ans selon les données de 2006.

En Maison d'Accueil Spécialisée, l'âge médian était de 43 ans en 2009. En ESAT, 22% des personnes y travaillent depuis plus de 20 ans.

La disparité des solutions (création d'unités au sein d'EHPAD, développement de structures spécifiques de type FAM, foyers de vie, médicalisation des structures annexes aux ESAT) ne modifie pas la globalité du problème de la prise en charge au regard de la population générale, même si la médicalisation de places de foyers de vie semble nécessaire.

Le maintien à domicile a été favorisé par la mise en place des prestations de compensation au cours des 5 dernières années (6 642 bénéficiaires) mais environ 11 000 adultes handicapés sont pris en charge par une structure médico-sociale.

2. L'offre de soins :

En **médecine générale**, elle est suffisante au regard de la population (seul 1,5% de la population est à plus de 10 km d'un médecin, dans des zones très isolées et peu peuplées).

Mais le problème majeur est celui des **spécialités dans certains territoires**, la plupart d'entre elles étant concentrées dans la zone littorale ou autour des grands centres urbains (ces zones ne sont néanmoins pas exclues de la réflexion sur l'apport éventuel de la télémédecine, en réponse à une difficulté organisationnelle ou territoriale identifiée).

Enfin, l'hyperspécialisation conduit à rechercher des solutions permettant de favoriser l'accès à l'expertise des **centres de références régionaux**, dans les stratégies de diagnostic et de traitement.

3. En synthèse :

La région Languedoc – Roussillon doit relever le défi de la prise en charge d'un nombre croissant de personnes dépendantes et à l'état de santé fragilisé dans un contexte d'hétérogénéité de l'offre de soins dans certaines spécialités médicales.

Si les centres urbains et la zone littorale présentent une offre globalement adaptée aux besoins, l'accès aux soins sera de plus en plus problématique dans certains secteurs :

- pour des patients dont on sait les difficultés de déplacement,
- avec une population médicale vieillissante et une décroissance prévisible du nombre de praticiens,
- avec un déficit d'offre dans diverses spécialités,
- avec un nombre important de structures d'hébergement.

Résultat attendu :

Dans ce contexte, la télémédecine est un des moyens susceptibles de favoriser l'égalité de l'accès aux soins et d'améliorer la qualité des prises en charge en permettant aux zones médicalement défavorisées de disposer plus aisément d'avis ou de surveillance spécialisés et d'anticiper nombre de situations observées de décompensations médicales avec hospitalisations en urgence correspondant souvent à des situations « potentiellement évitables ».

L'Agence aura donc pour objectif de favoriser cette « médicalisation à distance » minimisant les difficultés géographiques d'accès aux soins et limitant le transport de patients fragilisés.

Ainsi sera priorisée la mise en relation de ces zones avec des « centres de référence », dans une optique de « déport de compétence ».

En ce qui concerne les **dispositifs associant les structures du domicile**, devraient être également concernées la gériatrie, la psychiatrie, l'hygiène, les plaies, la iatrogénie médicamenteuse.

Pour les consultations spécialisées programmées, au regard de la fréquence des pathologies observées, la cardiologie, l'endocrinologie, la dermatologie et la radiologie devraient être les spécialités les plus concernées.

Pour la **valorisation des centres régionaux de référence**, un premier projet concerne la télé anatomopathologie.

Il vise, grâce à la numérisation de lames par un scanner, à développer à distance, depuis les centres de référence (CHU de Nîmes et Montpellier, CLCC) :

- une double lecture des lames pour une amélioration de la sécurité diagnostique, pronostique et prédictive.

Cette activité à distance couplée avec les laboratoires de biologie moléculaire permettra l'application des protocoles thérapeutiques en cancérologie les plus adaptés ;

- la possibilité d'examens extemporanés dans les établissements ne disposant pas, sur place, d'anatomopathologistes.

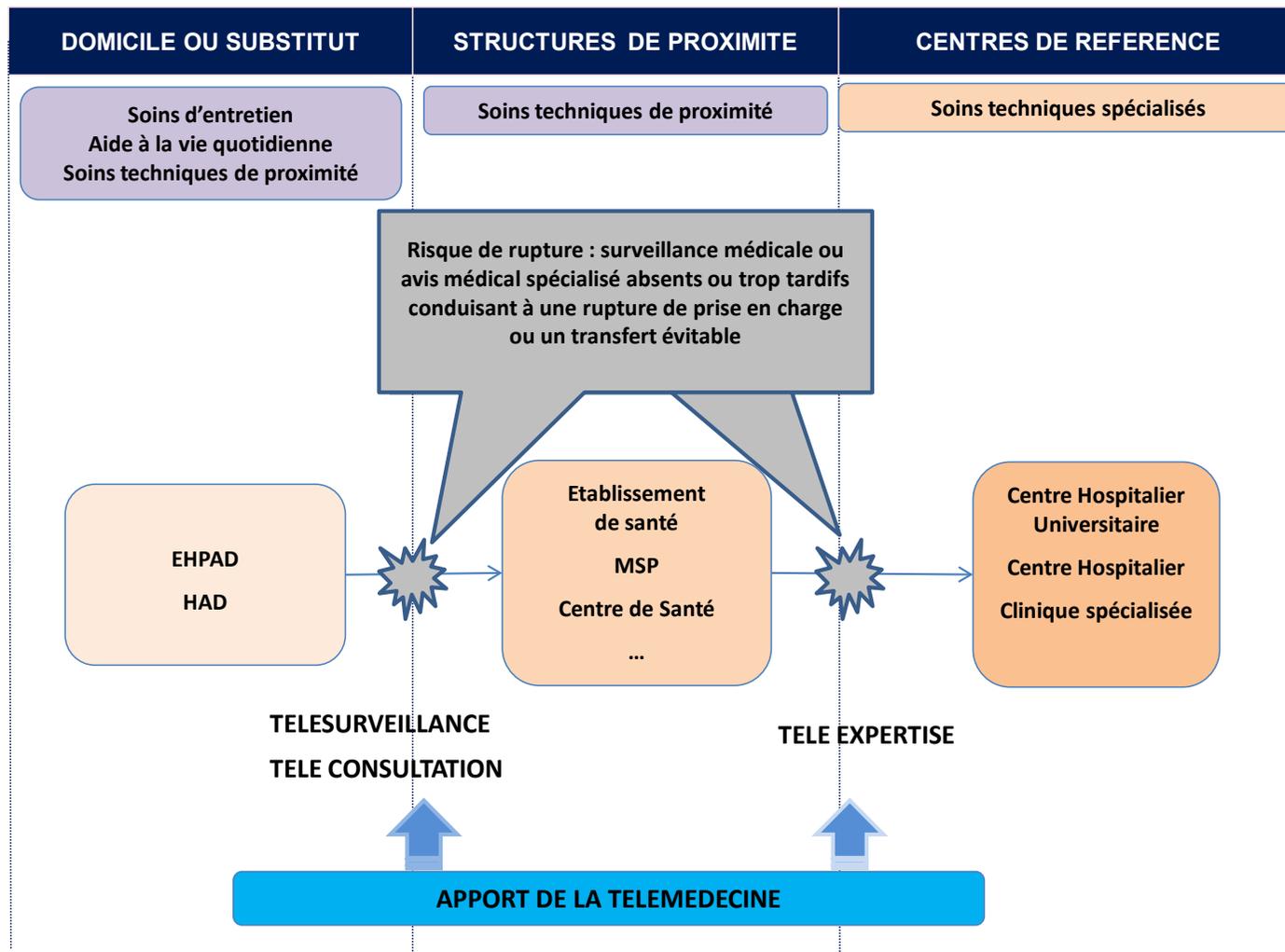
Les projets devront s'inscrire dans une démarche graduée de l'offre de soins et à ce titre s'attacher à prendre en compte un ou plusieurs des critères suivants :

- structuration organisationnelle.
- réponse à une offre de soin défaillante ou inexistante dans le domaine du diagnostic.
- contribution à une sécurité accrue dans le suivi des pathologies chroniques permettant notamment une anticipation des décompensations et une démarche d'évitabilité d'hospitalisations en urgence ou itératives.

Indicateurs :

- nombre de déplacements pour avis depuis les EHPAD et hôpitaux de proximité vers les CH et CHU.
- nombre d'hospitalisations depuis les EHPAD et hôpitaux de proximité vers les CH et CHU.
- Nombre de consultations spécialisées à distance.
- Hospitalisations et transports évitables

TELEMEDECINE ET MAILLAGE TERRITORIAL



5.f) Télémédecine et prise en charge d'une maladie chronique : l'insuffisance rénale chronique

Constat :

Dans la région Languedoc Roussillon, en juin 2010, 1961 patients sont traités en épuration extra-rénale en région dont 51,2 % sont accueillis en centres. Chaque année, les malades incidents sont de l'ordre de 420 à 450 et présentent un âge moyen de 68 ans (données REIN).

Le traitement est contraignant puisqu'il nécessite, pour les traitements classiques, 3 séances de dialyse hebdomadaires.

Les indications de la dialyse en centre concernent les patients les plus lourds qui nécessitent une surveillance médicale permanente.

Dans ce contexte, l'Agence entend favoriser le développement des alternatives à la dialyse en centre (dialyse à domicile, unités de dialyse médicalisées, unités d'auto dialyse simples ou assistées) pour :

- répondre aux besoins de proximité des patients dans de bonnes conditions techniques,
- de ce fait, diminuer les désagréments liés aux déplacements et favoriser la qualité de vie du patient,
- rationaliser les dépenses (tarifs, transports ...).

Résultat attendu :

La Haute Autorité en Santé a produit en janvier 2010 un référentiel sur les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en Unités de Dialyse Médicalisée (UDM).

Sur la base de ce référentiel, l'objectif poursuivi par l'Agence est donc de faciliter la mise en place de la télémédecine en UDM en utilisant les compétences d'un médecin néphrologue présent dans un centre de dialyse.

Ainsi, la télé dialyse peut favoriser le développement de la dialyse en UDM en garantissant la médicalisation du suivi essentiellement par :

- la télésurveillance en unité, le médecin néphrologue vérifiant à distance, grâce à la transmission des indicateurs cliniques et biologiques, la stabilité de l'état hémodynamique au cours de la séance,
- la téléconsultation dont la fréquence est fonction de la modalité de prise en charge retenue.

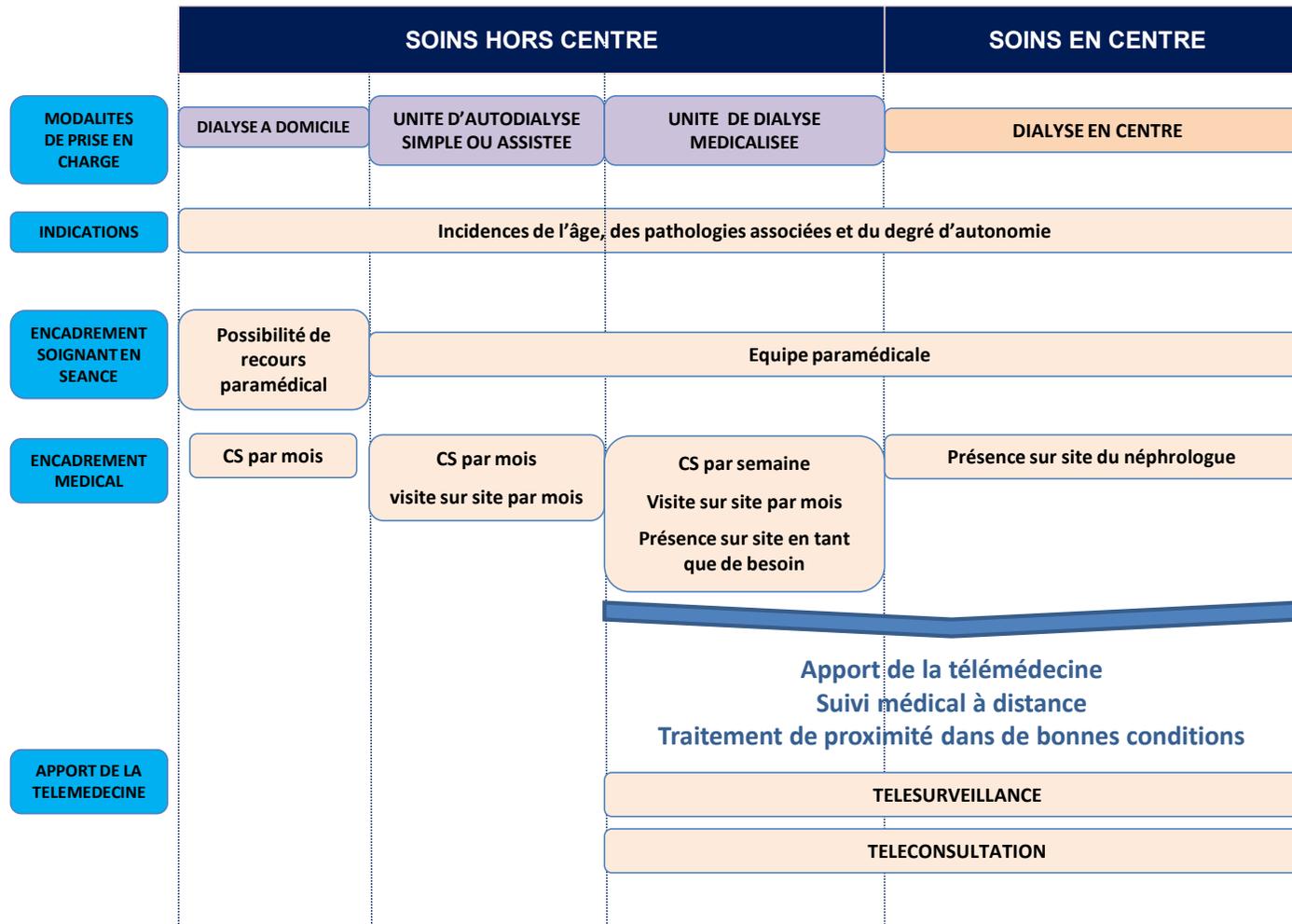
Le SROS prévoit, sur sa période d'application, l'implantation d'UDM potentiellement intéressées par la télémédecine sur Ganges, Clermont l'Hérault, Mende et Puigcerdá. Il s'agit donc d'un objectif à moyen terme.

A l'avenir, l'ARS n'est pas opposée à accompagner le développement de la télémédecine à domicile en fonction des évolutions des pratiques, mais cette orientation apparaît pour le moment prématurée en l'absence de référentiel valide.

Indicateurs :

- nombre de nouveaux patients inclus en UDM avec télé dialyse à N et N-1.

TELEMEDECINE ET PATHOLOGIES CHRONIQUES : L'IRC





Chacun de ces projets, même s'il paraît ne concerner qu'une typologie de patients ou qu'un type de pathologie, est plus largement porteur d'ambition.



En effet, c'est prouver la capacité technique à faire, la volonté des hommes à se retrouver autour de cette technologie pour améliorer leur exercice et la qualité des soins qu'ils prodiguent et donc donner envie de répliquer les expériences, de porter les projets plus haut encore.



ANNEXES

LE CADRE D'INTERVENTION

1 - LA TELEMEDECINE : UNE IMPULSION NATIONALE

1.1 Le cadre législatif

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

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

- les 5 actes constitutifs de la télémédecine : téléconsultation, télé expertise, télésurveillance (médicale) et téléassistance (médicale), la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation,
- leurs conditions de mise en œuvre par les professionnels de santé (droits de la personne, identification des acteurs de l'acte, l'acte doit être rapporté dans le dossier médical, prise en charge par l'Assurance Maladie de l'acte dès lors qu'il est inscrit),
- l'organisation des activités de télémédecine sur un territoire de santé : doit être définie dans un programme, tenir compte de l'offre de soins dans le territoire considéré, établir une convention qui organise les relations entre les professionnels et les organismes concernés par l'activité, les actes de télémédecine doivent respecter les référentiels définis par l'ASIP Santé.

1.2 Définition des actes de télémédecine

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. (Article L.6316-1 du code de la santé publique).

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

La téléconsultation

Elle a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient.

La télé expertise

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 télésurveillance médicale

Elle 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

Elle 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

Elle est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 du CSP et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

1.3 Les conditions de mise en œuvre

Les droits de la personne : comme tout acte médical, l'acte de télémédecine impose l'information préalable du patient et son consentement au soin. Une fois l'information préalable effectuée, l'échange de données médicales entre professionnels de santé qui participent à un acte de télémédecine, quelque soit le support de communication, ne nécessite plus le recueil d'un consentement formalisé sauf en cas d'hébergement des données. Dans ce dernier cas, le recueil du consentement peut être dématérialisé. (R6316-2 et R6316-10). Le patient conserve en tout état de cause un droit d'opposition.

L'identification des acteurs de l'acte : le professionnel de santé doit être authentifié et disposer de l'accès aux données médicales du patient nécessaires à l'acte. Le patient doit être identifié et, lorsque la situation l'impose, bénéficier de la formation ou de la préparation nécessaire à l'utilisation du dispositif de télémédecine.

L'acte de télémédecine doit être rapporté dans le dossier médical : doivent être rapportés dans le dossier médical, le compte-rendu de la réalisation de l'acte, les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués, l'identité des professionnels de santé, la date et l'heure de l'acte, le cas échéant, les incidents.

La prise en charge de l'acte de télémédecine : l'acte de télémédecine est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire dès lors qu'il est inscrit sur la liste des actes pris en charge visée à l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Les conditions de cette prise en charge sont définies dans les conventions nationales conclues entre les professionnels de santé et les pouvoirs publics. Sont ainsi visés : les médecins, chirurgiens dentistes, sage femmes, auxiliaires médicaux, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, laboratoires d'analyses médicales, entreprises de transport sanitaire. Les établissements de santé privés sont également visés ainsi que les centres de santé. Le texte vise enfin les dispositifs médicaux, les tissus et cellules dès lors qu'ils interviennent dans le cadre d'un acte de télémédecine.

Outre cette prise en charge, l'activité de télémédecine peut bénéficier de divers financements, notamment de ceux provenant du FIR.

1.4 L'organisation de la télémédecine

Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine prévoit en son article R 6316.6 que l'activité de télémédecine doit être définie dans:

- un programme national défini par arrêté ministériel,
- ou, inscription dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins,

- ou, contrat particulier signé par le directeur général de l'ARS et le professionnel de santé libéral ou tout organisme ayant une activité de télémédecine : établissements de santé et médico-social, médecin libéral, société d'exercice.

Les contrats conclus au plan régional doivent respecter les prescriptions des projets régionaux de santé relatifs au développement de la télémédecine afin de prendre en compte et de s'adapter aux particularités régionales d'organisation des soins.

L'organisation doit tenir compte de l'offre de soins dans le territoire considéré et faire appel à des professionnels de santé exerçant régulièrement, dont les compétences sont reconnues.

Une convention doit organiser les relations entre les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine. A cette occasion, la formation et la compétence technique des professionnels de santé et des psychologues qui participent à l'acte de télémédecine doivent être vérifiées.

Le 14 mars 2012, la DGOS a fait connaître les modalités retenues par le Centre National de Pilotage des ARS pour la mise en œuvre de la contractualisation. Elles sont décrites dans un guide méthodologique disponible sur :
http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/03/cir_34897.pdf

Un contrat particulier fixe les orientations stratégiques au regard du PRS et notamment du programme régional de télémédecine.

Il prévoit des objectifs fondamentaux de respect des conditions professionnelles et techniques incluses dans le décret (consentement préalable du patient, sécurité dans l'identification du patient et du professionnel de santé, dans l'hébergement des données ...), dans la mesure où ils conditionnent les relations de confiance et d'adhésion des professionnels de santé et des patients.

Il intègre des critères d'évaluation de l'activité et de qualité du service médical rendu en se basant, le cas échéant, sur les référentiels élaborés par l'HAS.

1.5 L'entrée en vigueur des dispositions du décret

Un délai de 18 mois est prévu à compter de la date de publication du décret (21 octobre 2010) pour que l'organisation de l'activité de télémédecine puisse se mettre en conformité avec le texte.

1.6 Le respect des référentiels définis par l'ASIP Santé (hébergement, sécurité, identification, interopérabilité)

Lorsqu'ils recourent à l'hébergement des données, les actes de télémédecine doivent respecter les référentiels définis par l'ASIP Santé (quatrième alinéa de l'article L1111-8 du code de la santé publique, c'est-à-dire utilisation de la carte de professionnel de santé et des référentiels de sécurité et d'interopérabilité définis par l'ASIP Santé).

Outre le respect de l'agrément prévu par la loi en cas d'hébergement des données, le consentement exprès du patient est requis mais il peut être dématérialisé.

Dans le cadre du plan national de déploiement de la télémédecine, des recommandations pour la mise en œuvre des projets sur le volet technique (urbanisation et infrastructure) ont été élaborées et diffusées en avril 2012.

Les recommandations peuvent être consultées sur le site :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_mise_en_oeuvre_projet_telemedecine.pdf

2 - L'ORGANISATION DE LA TELEMEDECINE : UNE DIMENSION NATIONALE RELAYEE ET SOUTENUE PAR LES AGENCES REGIONALES DE SANTE

2.1 Les acteurs

- **Les acteurs nationaux**

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a précisé lors du comité de pilotage « stratégie nationale de déploiement de la télémédecine » du 31 janvier 2011 les objectifs et les thèmes prioritaires en télémédecine.

Deux objectifs nationaux :

- coordonner les nombreuses composantes du développement de la télémédecine : territoriales, médicales, économiques, techniques, professionnels et éthiques,
- fournir une visibilité aux acteurs concernés (ARS, professionnels de santé, établissements de santé, structures médico-sociales, industriels, prestataires de service...).

Pour **l'Agence des systèmes d'information partagés de Santé (ASIP Santé)**, l'enjeu des cinq prochaines années est le passage d'une télémédecine encore largement expérimentale à la généralisation des nouvelles pratiques de soins et de prévention qu'elle permet. Pour cela plusieurs facteurs aideront à soutenir ce changement :

- la capacité des acteurs producteurs de soins à partager un projet médical,
- la réforme de l'organisation des soins impulsée par la loi HPST et le décret du 19 octobre 2010,

- les solutions techniques industrielles dans une dimension interopérable et communicante : cela suppose l'adoption de référentiels et d'un cadre national d'interopérabilité et le déploiement de grands projets structurants comme le DMP,
- des modèles économiques conçus sur le long terme, avec en particulier la définition d'une politique tarifaire,
- le soutien de l'innovation, l'accompagnement des acteurs, la gestion d'un investissement public vertueux,
- des conditions de mise en confiance du public et des professionnels, garanties de l'acceptabilité de ces nouvelles pratiques.

Pour l'année 2011, la Direction générale de l'offre de soins et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé ont défini les modalités du soutien financier au déploiement de la télémédecine dans les régions.

Ce financement global a pour objet de favoriser et soutenir la mise en place ou le déploiement de projets de télémédecine s'inscrivant dans les grandes orientations fixées par le comité de pilotage national interministériel animé par la Délégation Générale de l'Offre de Soins avec l'appui de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé. Il s'agira d'un soutien, soit par des appels à projets nationaux, soit de moyens financiers alloués aux ARS.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) a publié un guide sur les aspects organisationnels et les bonnes pratiques. <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/la-telemedecine-en-action-25-projets-passes-a-la-loupe/>

- **Les acteurs régionaux**

L'activité de télémédecine est réalisée dans le cadre des prescriptions du programme régional de télémédecine arrêté par le Directeur Général de **l'Agence Régionale de Santé**, tel que prévu à l'article L1434-2 du code de la santé publique.

Ce programme, composante du projet régional de santé (PRS), détermine le cadre du développement de la télémédecine en tenant compte des priorités de santé et des axes de l'organisation de l'offre ambulatoire, de prévention, sanitaire et médico-sociale telle que définie dans les schémas régionaux. En particulier, l'activité de télémédecine accompagne les évolutions de l'organisation et de la gradation des soins et des prises en charge médico-sociales.

En région différentes subventions (FEDER, CPER, etc.) permettent le financement de projets consacrés aux actions innovantes de télémédecine.

2.2 Les thématiques nationales prioritaires de télémédecine

Le programme régional de télémédecine doit tenir compte des thèmes prioritaires nationaux qui sont par ordre de maturité décroissante :

- ① télémagerie en lien avec l'organisation de la permanence des soins,
- ② la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux,
- ③ la santé des détenus,
- ④ la prise en charge d'une maladie chronique (parmi le diabète, l'insuffisance rénale chronique ou l'insuffisance cardiaque),
- ⑤ l'accès aux soins dans les structures médico-sociales. La situation de l'HAD sera également considérée.

(La HAS doit prendre en charge la définition des protocoles médicaux types, notamment sur les 5 chantiers prioritaires.)

① Téléimagerie en lien avec l'organisation de la permanence des soins

Ce domaine répond notamment à la problématique de la permanence des soins des établissements de santé dans un contexte de plus en plus contraint en termes de ressources humaines et de spécialisation des radiologues.

Il existe des projets opérationnels déployés dans de certaines régions. Les solutions techniques sont connues, maîtrisées et présentent l'avantage d'être évolutives. L'offre industrielle existe même si elle est perfectible. Les recommandations des sociétés savantes sont élaborées. Il existe des modèles financiers en termes de prestations et d'achat de matériel. Enfin, ce domaine de déploiement de la télémédecine s'inscrit dans le cadre plus large de la mise en place des réseaux PACS : systèmes d'information permettant l'automatisation des flux d'images, ces images étant simultanément accessibles à différents points autorisés des établissements de santé et du réseau de soins ; les traitements de l'image permettent par ailleurs d'améliorer les performances diagnostiques. Il s'agit désormais d'expertiser les organisations mises en place afin de poser des modèles organisationnels et financiers reproductibles.

② la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

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

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

③ la santé des personnes détenues

Il s'agit d'apporter aux personnes détenues des soins équivalents à ceux dont bénéficie la population générale. En effet, les contraintes carcérales rendent difficiles l'accès aux consultations

et en particulier aux spécialités. Les dispositifs de télémédecine permettent de prendre en charge ces patients en toute sécurité et de leur assurer des soins de qualité.

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

④ la prise en charge d'une maladie chronique (parmi le diabète, l'insuffisance rénale chronique ou l'insuffisance cardiaque)

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

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

⑤ L'accès aux soins dans les structures médico-sociales. La situation de l'HAD sera également considérée

Ce domaine exige d'engager une réflexion sur l'articulation entre les champs sanitaire et médico-social, notamment en termes de gradation des soins entre le premier recours et le second recours.

La télémédecine permet de pallier les effets liés au cloisonnement des soins et d'assurer leur continuité dans les établissements médico-sociaux ainsi qu'en hospitalisation à domicile. Il s'agit de maintenir au bon niveau les compétences des professionnels de santé intervenant en ambulatoire et en secteur médico-social. L'entourage du patient doit aussi être pris en compte, notamment dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, où les aidants devant faire l'objet d'un soutien.

LES CONDITIONS DE REUSSITE

1 - Un projet médical partagé entre les acteurs

Tout projet de télémédecine est avant tout un projet médical répondant à des objectifs bien précis reposant sur une organisation innovante rendue possible grâce à la technologie. Il est donc essentiel de définir le projet médical et l'organisation afférente et non le contraire c'est-à-dire adapter l'organisation à la technologie.

Tous les projets doivent s'inscrire dans une démarche modélisable en identifiant les facteurs clés de succès et les modalités de conduite de changement des organisations et des pratiques.

Cette reproductibilité doit être intégrée en amont dans le choix des organisations afin que les premières solutions soient pérennes et généralisables. En ce sens, tout projet de télémédecine doit proposer des solutions et organisations pensées de manière transversale afin de pouvoir répondre à d'autres types de prise en charge ou encore d'autres pathologies.

L'organisation mise en place doit être évolutive c'est-à-dire intégrer la possibilité de répondre à diverses applications médicales. A titre d'exemple, un hôpital qui lance un projet de téléconsultations en EHPAD doit configurer la salle de vidéo conférence de telle sorte qu'il puisse y greffer d'autres projets (exemple : utiliser la même salle pour un suivi en téléconsultation et téléassistance d'une maladie chronique). Au-delà des exigences de flexibilité et d'interopérabilité de l'infrastructure numérique matérielle, l'aménagement et l'ergonomie des locaux doit être mutualisable à d'autres types de prise en charge et pathologies.

Chaque projet doit suivre la logique suivante :

- Définir le projet médical,
- identifier les impacts organisationnels,
- vérifier l'adhésion des acteurs,
- définir les protocoles d'intervention,
- évaluer les nouvelles modalités de prise en charge,
- définir les modalités de fonctionnement de l'organisation portant l'activité de télémédecine.

Autres conditions de réussite :

- un modèle médico-économique pérenne,
- des responsabilités juridiques clairement définies,
- une offre industrielle apportant des solutions techniques interopérables et répondant aux usages des professionnels,
- un aménagement numérique adapté.

2 - Un aménagement numérique du territoire adapté

(Source Conseil Régional - 27 octobre 2011)

L'Etat et le Conseil Régional, en partenariat avec les Conseils Généraux, ont décidé d'élaborer un schéma Directeur Territorial d'Aménagement Numérique du très haut débit (SDTAN) afin de doter le Languedoc-Roussillon des outils de compétitivité indispensables à son développement économique et social. Ce schéma servira de cadre aux futurs programmes de déploiement du très haut débit.

Ce schéma s'appuie sur la Stratégie de Cohérence Régionale d'Aménagement Numérique (SCORAN) qui dresse un diagnostic sur l'état des lieux de l'aménagement numérique du territoire.

Ce schéma régional de très haut débit est une nouvelle étape de l'aménagement numérique du territoire. Il intervient suite à la mise en œuvre d'un plan numérique régional qui est parti du constat d'une bande littorale suréquipée, de territoires ruraux en retard : 400 000 personnes étaient privées de l'accès internet résidentiel à haut débit.

Son objectif est de proposer l'accès à un minimum de 2 mégabits/sec à au moins de 80 % de la population de chaque commune du LR. Le déploiement de ce réseau s'est achevé à l'été 2011 et permet de proposer à 99,6 % de la population un accès au haut débit (2 mbps minimum) par les technologies NRA ZO hertziennes. L'évaluation de ce schéma est en cours (cf. cartographie ci-après).

Principes généraux du schéma très haut débit :

Le principe retenu à l'issue de la SCORAN a été d'élaborer un schéma directeur territorial d'aménagement numérique (SDTAN) en créant un consensus sur des ambitions partagées entre les collectivités publiques et acteurs locaux de la région Languedoc-Roussillon.

Une démarche d'élaboration itérative du SDTAN intervient sur la base d'hypothèses en ligne avec les retours d'expérience des territoires et compatibles avec les exigences du programme national très haut débit de l'Etat et du schéma régional TIC, recueillis, en particulier, lors des comités techniques départementaux.

Ce n'est qu'à la fin de cette démarche itérative que le SDTAN, qui définit des solutions techniques, financières et opérationnelles, pourra être finalisé. Les collectivités auront à se prononcer sur la suite à donner à celui-ci.

Il est à noter que la SCORAN couvre les 5 départements de la région, le SDTAN concerne quant à lui, quatre départements, (Aude, Gard, Hérault et Pyrénées-Orientales), car la Lozère s'est dotée d'un SDTAN départemental.

Le SDTAN s'appuie sur une ambition proposée de 100% THD (Très haut Débit). Sur la base de cette ambition, un scénario a été choisi afin de servir de socle à une évaluation technique et financière (appelée « réseau cible »).

L'ambition proposée :

Elle est cohérente avec le SRADDT (Schéma régional d'aménagement et de développement durable du territoire voté le 25 septembre 2009) ; elle se décline ainsi :

- 100% THD en 2025 : 20 Mbps minimum jusqu'à 100 Mbps.
Axes prioritaires :
 - développement économique & tourisme,
 - éducation, enseignement et recherche,
 - domaine de la santé,
 - domaine de la culture.

Le réseau cible :

Le réseau « cible » est un réseau théorique qui préfigure le réseau satisfaisant à l'ambition régionale. Ce réseau cible mesure près de 16 000 km de fibre optique pour les quatre départements. Il est complémentaire des réseaux existants ou des réseaux des opérateurs privés. Il utilise l'ensemble des technologies adaptées à la situation des territoires :

- la fibre optique,
- la modernisation de la boucle locale en cuivre (Montée En Débit),
- les technologies radios (terrestre ou satellite).

Ce réseau cible proposé peut être phasé sur trois périodes de temps : 2011-2015, 2016-2020, 2021-2025.

Le phasage permet d'étaler les investissements par une définition des niveaux de priorités :

- 1- pour les zones résidentielles,
- 2- pour le marché des entreprises,
- 3- pour les sites publics.

Ces priorités visent à :

- assurer l'homogénéité territoriale par le traitement complet des communes,
- prendre en charge les communes souffrant d'un faible niveau de service ou d'absence de service,
- apporter aux entreprises le niveau de service dont elles ont besoin au bon moment,
- cibler l'action sur des sites identifiés liés à la santé, l'éducation, l'administration, le tourisme, etc...

Les aspects financiers :

La charge d'investissement pour l'ensemble des quatre départements a été évaluée à un montant de 830 M€.

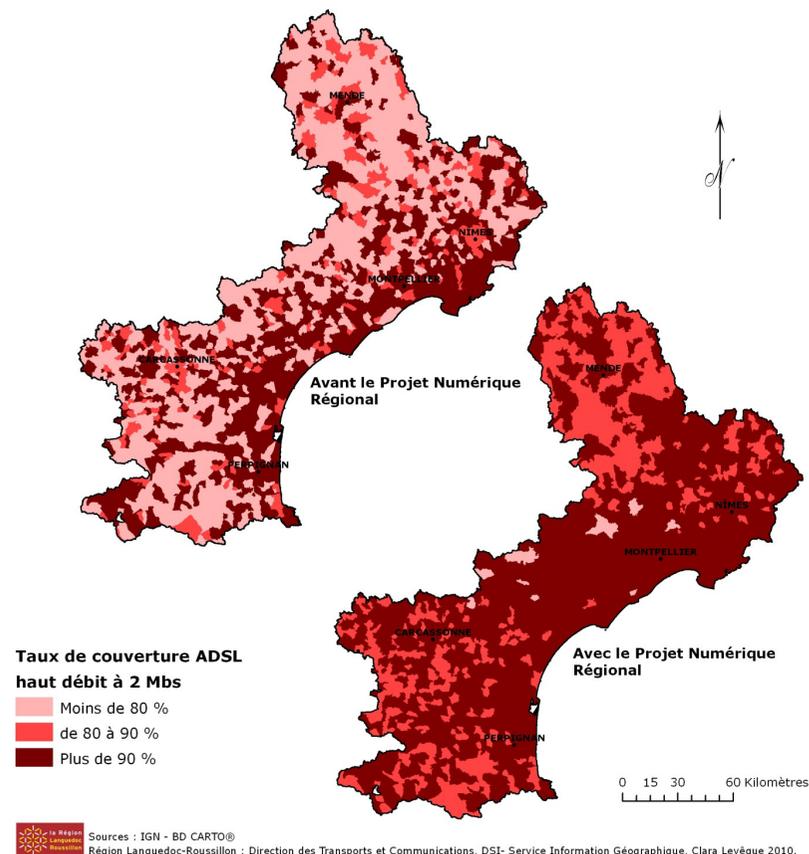
Il est à noter que pour certains domaines prioritaires tel celui de la santé (hôpitaux, cliniques, EHPAD, etc.), l'aide de l'ETAT au financement des infrastructures sera multiplié par 3.

Il conviendra ensuite de mettre en œuvre le SDTAN au travers de projets portés par des opérateurs (structures?) publics, sachant que le périmètre opératoire minimum requis du Plan National de Très Haut Débit (PNTHD) est celui du département.

Les agglomérations faisant partie des territoires qui font l'objet d'intentions d'investissements des opérateurs télécom privés, leurs territoires sont exclus des périmètres d'étude des réseaux d'initiative publique.

Schéma régional d'aménagement et de développement durable du territoire en haut débit de 2009 – 2011 du Conseil Régional du Languedoc-Roussillon

Haut-débit (au moins 2 Mbps) pour 80 % de la population



ANNEXE 3

LES ACTIVITES DE TELEMEDECINE EN LANGUEDOC ROUSSILLON

De façon non exhaustive, les activités de télémédecine recensées en région sont :

- des expériences de maillage régional public / privé dans le domaine de la périnatalité :

- Les professionnels de la périnatalité (public, privé, libéral, pmi) sont rassemblés dans un Réseau régional "Naître en Languedoc-Roussillon". Ce réseau œuvre à fédérer toutes les actions périnatales régionales et à améliorer la qualité des soins de prise en charge mère-enfant et les conditions de travail de tous les professionnels par la coordination des différents acteurs de la naissance et de la petite enfance et la formation et l'information des professionnels de santé de la naissance dans la région. Des activités de télémédecine y sont réalisées.
- Un Réseau gradué de Périnatalité du Languedoc-Roussillon englobe les maternités publiques et privées, dont les CHU de Montpellier et de Nîmes et le CH de Perpignan, permettant la coordination des soins en obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale. Des téléexpertises sont organisées sous l'égide de la Cellule Régionale d'Orientation Périnatale (CROP) pour fournir une assistance aux praticiens du Réseau pour la mise en condition des transferts des patientes et de leurs enfants. Cette action s'effectue en coordination avec le SAMU.

- Un réseau MATERNET fédère les hôpitaux de l'est de la région et des territoires proches de la région PACA autour de téléexpertises dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

- de la télémédecine dans le cadre du réseau régional ville-hôpital "Plaies et cicatrisation". Le Réseau Ville Hôpital Plaies et Cicatrisations Languedoc Roussillon est un réseau de conseil auprès des soignants IDE et Médecins généralistes. Il met en œuvre des infirmiers experts en plaies et cicatrisation, qui sont en relation constante avec un médecin qui valide leurs stratégies sur un mode Télémédecine. Plus de 3000 patients sont enregistrés dans ce registre des plaies depuis plus de 6 ans.

- de la télémédecine d'urgence en Lozère développée au titre du Pôle d'Excellence Rural Télémédecine de la Lozère. Grâce aux technologies de l'information et de la communication, l'ensemble des acteurs de l'urgence : Centre 15, médecins correspondants SAMU, véhicule SMUR peuvent communiquer en situation de mobilité. Concrètement, un médecin correspondant SAMU peut transmettre de manière sécurisée au moyen d'un terminal portable et en direct au régulateur des urgences, des éléments de diagnostic concernant le patient et des informations relatives à des actes pratiqués lors de l'intervention, par exemple un électrocardiogramme. Le pôle a également développé un système de visioconférence pour 12 établissements publics et privés pour réalisation d'activités de téléexpertise.

- des activités nombreuses dans le domaine de la télé imagerie :

- Un réseau de téléexpertise en neuroradiologie opérationnel depuis l'année 2000 assure :
 - la prise en charge des urgences neurochirurgicales en lien avec l'organisation de la garde de neurochirurgie et du transfert des patients depuis les hôpitaux généraux du LR
 - la prise en charge des AVC et plus généralement des urgences neuro-vasculaires.

Ce réseau a pour but d'offrir une expertise en Neuroradiologie par l'échange d'images scanner. Son activité a été croissante, et actuellement environ 1100 à 1200 expertises sont faites via ce réseau par an.

- Les CHU de Montpellier et de Nîmes sont connectés, permettant des échanges de télé-expertise neuroradiologique (100 dossiers/an) d'une part, et dans certains cas l'adressage de patients au service de neurochirurgie de Montpellier d'autre part.

- Des expériences ponctuelles de télédiagnostic et/ou la télé-expertise en radiologie :

- Les CH de Narbonne et de Perpignan ont mis en place une solution de télétransmission par réseau privé afin qu'une partie de la permanence des soins nécessaires au bon fonctionnement du CH de Narbonne puisse être géré en télédiagnostic ou télé-expertise par la garde du CH de Perpignan.
- Le CHU de Montpellier assure des télé-interprétations et des télé-expertises pour le CH de Castelnaudary. Le flux d'image est de 4 à 8 par semaines.
-

- Le CHU de Nîmes expertise actuellement de manière régulière des examens radiologiques provenant du CH de Langogne, situé dans le département de la Lozère. Les radiologues du CHU de Nîmes effectuent une activité de télé-diagnostic. En outre, il assure aussi une mission de téléexpertise en médecine interne.

- Le CHU de Nîmes assure pour le CH d'Arles une activité de télé-diagnostic en urgence pour les examens scanographiques réalisés en urgence la nuit et les week-ends ainsi qu'une activité de télé-diagnostic programmée d'interprétation de radiographies standards.

- Un cabinet libéral de Clermont-l'Hérault assure une activité de télé-radiologie pour l'Hôpital Local de Lodève.

Les services d'imagerie de la Clinique Saint Louis de Ganges et les services d'imagerie des Cliniques Saint Roch, Saint Jean et Millénaire de Montpellier sont reliés entre eux depuis deux ans pour des activités de télé-diagnostic et télé-expertise dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements.

- Les radiologues du GCS Im@lliance interviennent 1 jour par semaine au cabinet de radiologie d'Err qui est connecté au Centre Hospitalier de Perpignan.

GLOSSAIRE

ANAP	: Agence nationale d'Appui à la Performance
ASIP Santé	: Agence Nationale des Systèmes d'Information Partagés de Santé
AVC	: Accident Vasculaire Cérébral
DCC	: Dossier communicant en cancérologie
DGOS	: Direction générale de l'offre de soins
DMP	: Dossier médical personnel
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ENRS	: Espace numérique régional de santé
ESAT	: Etablissement et service d'aide par le travail
ESMS	: Etablissement et service médico-social
FAM	: Foyer d'accueil médicalisé
FHF	: Fédération Hospitalière de France
FHP	: Fédération de l'hospitalisation privée
HAD	: Hospitalisation à domicile
HAS	: Haute Autorité de Santé
IC	: Insuffisance cardiaque
IRC	: Insuffisance rénale chronique
MAS	: Maison d'accueil Spécialisée
MBPS	: Mégabits/seconde
MSP	: Maison de santé pluridisciplinaire
NRAZO	: Nœud de raccordement à l'abonné zone d'ombre
NTIC	: Nouvelles technologies de l'information
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PDSSES	: Permanence des soins dans les établissements de santé
PRS	: Projet Régional de Santé
PRT	: Programme relatif au développement de la Télémédecine
PSRS	: Plan Stratégique Régional de Santé
SMPR	: Service médico-psychologique régional
UCSA	: Unité de consultation et de soins ambulatoires
UHSA	: Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	: Unité hospitalière sécurisée interrégionale
UNV	: Unité neuro-vasculaire
URPS	: Union régionale des professionnels de santé
SIS	: Systèmes d'Information en Santé



Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon

26-28 Parc Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel – CS 30001
34067 Montpellier Cedex 2
www.ars.languedocroussillon.sante.fr



100 %