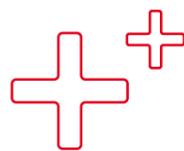
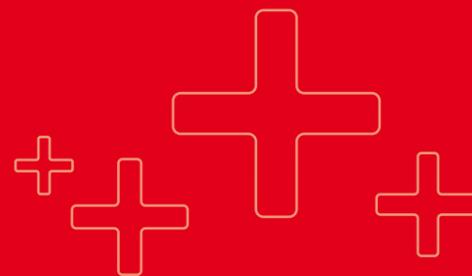


III.3

LE PROGRAMME RÉGIONAL TÉLÉMÉDECINE



Sommaire

PRÉAMBULE : FINALITÉ DU PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉMÉDECINE	866	III. STRATÉGIE RÉGIONALE DE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE	886
I. CONTEXTE, ENJEUX ET OBJECTIFS DE LA TÉLÉMÉDECINE	867	III.1. LES ORIENTATIONS NATIONALES	886
I.1. CONTEXTE ET CADRE DE LA TELEMEDECINE	867	III.2. LA MÉTHODOLOGIE RÉGIONALE D'ÉLABORATION DU PROGRAMME RÉGIONAL DE TELEMEDECINE : UNE LARGE CONCERTATION	887
I.1.1. Contexte : la télémédecine au cœur du Projet Régional de Santé (PRS) Limousin	867	III.3. LES PRIORITÉS RÉGIONALES DE DÉVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE	890
I.1.2. Cadre juridique de la télémédecine	869	III.3.1. La permanence des soins en imagerie : Télémagerie et prise en charge de l'AVC	890
I.2. LES ENJEUX NATIONAUX ET RÉGIONAUX POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ	872	III.3.2. L'articulation du premier et du second recours : maillage territorial, graduation des soins, prise en charge des personnes âgées et santé des personnes détenues	892
I.3. LES OBJECTIFS ET BÉNÉFICES ATTENDUS DU DÉPLOIEMENT DE LA TELEMEDECINE : L'USAGER AU CŒUR DU DÉVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE	873	III.3.3. Prévention des AVC et prise en charge des pathologies chroniques et du cancer	894
II. ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL DE LA TÉLÉMÉDECINE EN LIMOUSIN	875	III.3.4. Tableau synoptique des priorités régionales	898
II.1. LES ACTEURS RÉGIONAUX : GOUVERNANCE RÉGIONALE DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS DE TELEMEDECINE	875	III.4. RECOMMANDATIONS RELATIVES A L'ÉLABORATION ET AU DÉPLOIEMENT DES PROJETS DE TELEMEDECINE	900
II.2. LA CARTOGRAPHIE DES PROJETS DE TELEMEDECINE	876	III.5. SUIVI ET ÉVALUATION DES PROJETS DE TELEMEDECINE	901
II.2.1. Les projets existants	877		
II.2.2. Les besoins et les attentes des acteurs de terrain	878		
II.3. DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES EN FAVEUR DU DÉVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE EN LIMOUSIN	879		
II.3.1. Un territoire propice au développement de la télémédecine	879		
II.3.2. Focus sur quelques thématiques au contexte stratégique fort	880		
II.4. L'INFRASTRUCTURE RÉGIONALE TECHNIQUE ET NUMÉRIQUE	883		
II.4.1. La couverture réseau : le haut débit en Limousin	883		
II.4.2. La visio conférence	885		
II.4.3. La sécurisation, la confidentialité et l'interopérabilité des données	885		

PRÉAMBULE : FINALITÉ DU PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉMÉDECINE

Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) constitue l'un des programmes spécifiques composant le Projet Régional de Santé. À ce titre, il a pour objectif de décliner les modalités d'application des schémas. Ainsi, le PRT définit les orientations souhaitables du développement de la télémédecine dans les territoires au service des axes retenus dans les schémas d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et de prévention.

Le programme Régional de Télémédecine est un programme transversal, commun à l'ensemble des acteurs de la santé que ce soit du secteur sanitaire, médico-social ou libéral. Il fait partie des moyens à la disposition des ARS pour structurer et renforcer l'offre sanitaire et médico-sociale en réponse aux besoins de santé des populations et des particularités des territoires de santé.

Il est préparé d'une part, à partir des priorités et des objectifs du plan national de déploiement de la télémédecine et d'autre part, sur la base des priorités, des besoins, des objectifs et des principes d'actions identifiés dans le Projet Régional de Santé (PRS).

Outil stratégique et opérationnel, il précise les axes prioritaires et les modalités de déploiement et de régulation des activités de télémédecine sur le territoire de santé et ce, en adéquation avec les besoins identifiés dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) notamment en terme d'accessibilité à une offre de santé de qualité.

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

Il est important de souligner, qu'au delà des priorités définies dans le présent Programme Régional de Télémédecine, la politique régionale en matière de télémédecine doit rester ouverte à l'innovation, que ce soit en termes d'organisations ou de technologies, en particulier chaque fois qu'elle pourra appuyer l'optimisation de l'offre de soins et la qualité de la prise en charge de l'utilisateur.

I. CONTEXTE, ENJEUX ET OBJECTIFS DE LA TÉLÉMÉDECINE

I.1. CONTEXTE ET CADRE DE LA TELEMEDECINE

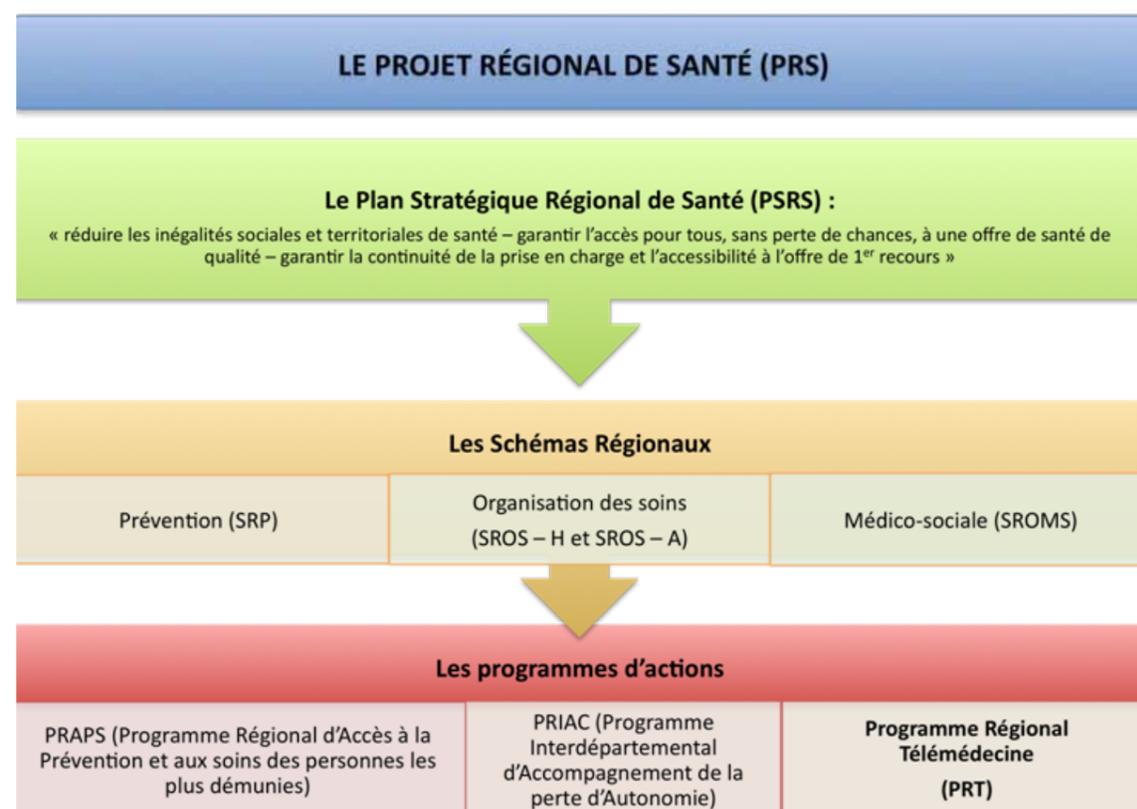
I.1.1. Contexte : la télémédecine au cœur du Projet Régional de Santé (PRS) Limousin

Les possibilités offertes par les technologies de l'information appliquées au domaine de la santé sont aujourd'hui considérables. C'est particulièrement le cas de la télémédecine, qui est vue comme une véritable opportunité d'amélioration de la politique de santé.

La Télémédecine constitue un des volets structurants du Projet Régional de Santé sous la forme d'un Programme Régional de Télémédecine (PRT).

Le Programme Régional de Télémédecine a pour objet de décliner de manière transversale les modalités spécifiques d'application des priorités et besoins recensés au sein des trois schémas du Projet Régional de Santé en matière de Télémédecine. La Télémédecine s'inscrit donc comme une pratique venant en réponse à un besoin exprimé en terme d'offre de santé et reposant sur un projet médical et une organisation adéquate.

Aussi, le Programme Régional de Télémédecine constitue une réponse aux orientations et priorités du Plan Stratégique Régional de Santé du Limousin notamment en terme d'accessibilité à des soins de qualité : « **réduire les inégalités sociales et territoriales de santé [...] garantir l'accès pour tous, sans perte de chance, à une offre de santé de qualité [...] garantir la continuité de la prise en charge et l'accessibilité à l'offre de premier recours** »



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

I.1.2. Cadre juridique de la télémédecine

I.1.2.1. Définition et modalités de réalisation des actes de télémédecine

La réforme de l'organisation des soins, impulsée par la Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » HPST du 21 juillet 2009, constitue un facteur organisationnel fort pour la mise en place de la télémédecine. Renforcée et encadrée par le décret télémédecine du 19 octobre 2010, la pratique de la télémédecine est ainsi clarifiée, légitimée et reconnue comme un acte médical à part entière.

L'introduction de la première définition légale de la Télémédecine au Code de la Santé Publique (CSP) constitue une étape structurante pour son développement et permet ainsi sa généralisation et son intégration au cœur des Projets Régionaux de Santé pour en faire un véritable levier de transformation de notre système de santé.

Définie dans l'article 78 de la Loi HPST, la télémédecine est une « forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ».

La loi précise qu'elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. La télémédecine permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou réaliser des prestations ou des actes, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Cinq actes de télémédecine ont été définis (article R6316-1 du code de la santé publique) :

- **La téléconsultation** a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues, mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, peuvent également être présents auprès du patient.
- **La téléexpertise** 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** 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** a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- **La réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la **régulation médicale des urgences** mentionnée à l'article L.6311-2 et au troisième alinéa de l'article L.6314-1.

Il convient de distinguer la télémédecine de la télésanté. Si ces deux disciplines peuvent être complémentaires, la télésanté est tournée vers grand public. Il s'agit des services du numérique pour le bien être de la personne (OMS). Les applications de la télésanté peuvent être la téléinformation, la téléformation, le téléconseil,...

LES ACTES DE TÉLÉMEDECINE				
Dénomination de l'acte	Personnes présentes sur le lieu d'exercice		Moment de réalisation de l'activité	Activités réalisées
	Sur place	A distance		
Téléconsultation	Patient et PS	Professionnel médical	En direct	Consultation d'un professionnel médical
Télé expertise	Professionnel médical	Professionnel médical	En direct, par visio conférence	Avis d'expert pour diagnostic ou traitement thérapeutique
Télé surveillance	Patient et éventuellement professionnel de santé	Professionnel médical	Eventuellement en différé	Interprétation données cliniques, radiologiques, biologiques
Télé assistance	Patient et professionnel de santé	Professionnel médical	En direct	Aide d'expert pour accomplissement de l'acte médical

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

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

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

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

La télé-expertise, qui peut se faire en dehors de la présence du patient, doit faire l'objet d'une information préalable du patient (patient dûment informé) et sans que celui-ci s'y soit opposé. Le consentement exprès de la personne relatif à l'hébergement des données de santé prévu à l'article L.1111-8 peut désormais être exprimé par voie électronique.

Les conditions de mise en œuvre de la télémédecine sur les plans techniques et organisationnels sont décrites dans le décret. Les conditions techniques de qualité et de sécurité du dispositif respectent les modalités générales d'élaboration des référentiels relatifs à la qualité et à la confidentialité des données, validés par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé). Le cadre de mise en œuvre doit allier sécurité et souplesse de façon à permettre le développement effectif de ces nouvelles organisations et pratiques professionnelles.

I.1.2.2. Tarification et financement des actes et de l'activité de télémédecine

Le décret dit de télémédecine fixe également les bases du financement de la télémédecine. Il convient de distinguer le financement de l'activité récurrente de télémédecine (fonctionnement) c'est à dire le remboursement des actes (tarification des actes) du financement de l'investissement (initial ou ponctuel) liée à l'organisation de l'activité de télémédecine.

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

L'organisation de l'activité de télémédecine (le financement de l'investissement initial ou ponctuel) peut être financée au titre du dispositif prévu à l'article L. 221-1-1 (dispositions relatives au FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la coordination des Soins) ainsi qu'au L. 162-22-13 (dispositions relatives aux MIGAC : Missions d'intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) du code de la sécurité sociale, ainsi que dans les conditions prévues aux articles L.314-1 (FAM) et L.314-2 (EHPA) du code de l'action sociale et des familles.

La CNAMTS fournira une liste d'actes susceptibles d'entrer dans le périmètre de la télémédecine, notamment en termes d'imagerie dans le cadre de la permanence des soins, de la prise en charge de l'AVC et soins aux détenus.

La DSS fournira une fiche sur l'élaboration des nomenclatures et sur la construction des tarifs, recensant également les modalités de tarification et de facturation qui pourront éventuellement servir à la tarification ou à la facturation d'actes de télémédecine.

Financement 2011

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP Santé) ont défini les modalités du soutien financier au déploiement de la télémédecine dans les régions pour 2011.

Toutes les ARS bénéficieront de moyens financiers destinés à la promotion de projets innovants s'inscrivant dans les grandes orientations fixées par le comité de pilotage national interministériel animé par la DGOS avec l'appui de la Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé.

Ce financement global a pour objet de favoriser et soutenir la mise en place ou le déploiement de projets de télémédecine existants ou prêts à être mis en œuvre.

Dans ce cadre, en 2011, deux sources de financements sont dédiées à la Télémédecine :

- Enveloppe déléguée dans le cadre du Fonds de Modernisation des Établissements de Santé Publics et Privés,
- Subvention directe de l'ASIP Santé dans le cadre d'appel à projets. La région Limousin a été retenue au titre de l'appel à projet de l'ASIP Santé.

I.1.2.3. Contractualisation de l'activité de télémédecine

Le pilotage de l'organisation de l'activité de télémédecine est encadré à la fois au niveau national, notamment sur la base d'un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes handicapés et de l'assurance maladie, et également au niveau régional via la Programme Régional de Télémédecine.

Toute activité de télémédecine doit faire l'objet d'une contractualisation :

- Soit par un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu avec un établissement de santé ou un service de santé ou un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (CAQCS) conclu avec un établissement, une structure ou un professionnel de santé ;
- Soit par un contrat particulier signé par le Directeur Général de l'ARS et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité. Ces contrats doivent prendre en compte d'une part les orientations nationales, d'autre part, les priorités et axes stratégiques du programme régional de télémédecine.
- Une convention entre opérateurs doit être systématiquement signée entre les partenaires et professionnels de santé qui concourent à une activité de télémédecine afin de clarifier les droits et obligations incombant à chaque acteur.

I.2. Les enjeux nationaux et régionaux pour le système de santé

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

Le développement de la télémédecine représente pour la région Limousin un levier important de nature à améliorer et à structurer l'offre de soins du secteur sanitaire, médico-social et ambulatoire en répondant aux besoins des professionnels de santé pour une meilleure accessibilité et continuité des soins dans un contexte démographique préoccupant. En effet le caractère vieillissant et rural de la population du Limousin corrélé à la problématique de démographie médicale et para médicale renforce d'autant plus la nécessité de recourir à la télémédecine de manière à garantir l'accessibilité et la permanence des soins sur le territoire.

La télémédecine doit ainsi permettre de répondre à des enjeux aussi importants que :

- > L'amélioration de la qualité, de la coordination et de l'accès aux soins dans un contexte de démographie médicale en baisse et inégale sur le territoire, et d'augmentation des besoins de santé ;
- > L'amélioration de la continuité dans le cadre de la permanence des soins et du décloisonnement ville/hôpital ;
- > L'évolution et la transformation des pratiques médicales ;
- > L'amélioration du confort de prise en charge attendue par les patients en lien avec la priorité forte de la bienveillance ;
- > La rationalisation des dépenses de santé notamment au moyen de la diminution du recours à l'hospitalisation.

I.3. Les objectifs et bénéfices attendus du déploiement de la télémédecine : l'usager au cœur du développement de la télémédecine

La promotion de ce nouveau mode d'exercice de la médecine poursuit cinq grands objectifs indissociables qui placent l'usager au cœur du développement de la télémédecine :

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

Ces objectifs visent à atteindre un certain nombre de bénéfices attendus de la télémédecine :

Bénéfices pour le patient et l'usager :

- Apporter une réponse adaptée dès le début de la prise en charge (réduire les délais de prise en charge) ;
- Diminuer la fréquence et la durée des hospitalisations et des transports grâce à la téléconsultation et à la téléexpertise ;

- Améliorer le confort du patient (et de son entourage) qui se sent plus sécurisé par une meilleure prise en compte de ses besoins ;
- Favoriser le maintien à domicile ou au sein de structures médico-sociales ;
- Favoriser une meilleure prévention.

Bénéfices pour les professionnels de santé :

- Pallier l'isolement géographique d'une équipe : répondre à l'isolement des professionnels exerçant en zones sous denses ;
- Optimiser le temps médical et para médical et encourager les échanges médicaux ;
- Décloisonner les activités en renforçant les collaborations et en initiant de nouvelles formes de partenariat : pluridisciplinarité et évolution des pratiques professionnelles ;
- Améliorer la coordination entre premier et second recours (avis spécialisé) ;
- Améliorer l'attractivité des professionnels de santé : soutien éthique, partage, échange, expertise pour être moins seul.

Bénéfices pour les pouvoirs publics :

- Un levier pour un meilleur aménagement du territoire de santé en lien avec les spécificités et problématiques locales : optimisation de l'organisation des soins ;
- Optimiser la gestion des ressources : maintien de présence des dispositifs sanitaires de qualité dans les zones sous denses ;
- Maîtriser les dépenses de santé ;
- Améliorer la coordination entre la prévention, les soins et l'hospitalisation et decloisonner la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

II. ÉTAT DES LIEUX RÉGIONAL DE LA TÉLÉMÉDECINE EN LIMOUSIN

Si le Programme Régional de Télémédecine s'appuie sur les orientations nationales, sur celles du Plan Stratégique de Santé (PSRS) mais également, sur les priorités et besoins exprimés dans les différents schémas régionaux élaborés dans le cadre des travaux du Projet Régional de Santé (PRS), il convient de définir les priorités régionales en matière de Télémédecine sur la base d'un état des lieux régional de la télémédecine en Limousin permettant :

- D'identifier les acteurs régionaux : gouvernance régionale de la mise en œuvre des projets de télémédecine ;
- De recenser les projets existants : cartographie des projets ;
- D'objectiver les projets, les attentes et besoins émergents en matière de télémédecine ;
- De mettre en perspective les données démographiques régionales avec le besoin de développer la télémédecine notamment autour de quelques priorités ;
- De recenser les infrastructures techniques existantes : cartographie des infrastructures.

II.1. Les acteurs régionaux : gouvernance régionale de la mise en œuvre des projets de télémédecine

L'ARS du Limousin définit, élabore et met en œuvre la politique régionale en matière de télémédecine. Si l'ARS assure le pilotage de la stratégie régionale de télémédecine dont elle est chargée, elle peut s'appuyer sur des structures régionales de coopération et de mutualisation.

L'ARS du Limousin, conformément aux recommandations de la DGOS et de l'ASIP, a confié le déploiement régional de la Télémédecine au Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) EPSILIM (Expertise, Performance et Systèmes d'Information en Limousin), structure de maîtrise d'ouvrage régionale et d'accompagnement au service des établissements sanitaires, médico-sociaux, des réseaux de santé et de soins et les professionnels de santé libéraux.

L'ARS du Limousin a ainsi missionné le GCS EPSILIM en matière de télémédecine pour :

- Décliner le programme régional de télémédecine de manière opérationnelle. Cet objectif s'inscrit dans le projet régional pour lequel EPSILIM a été retenu dans le cadre de l'Appel à Projet lancé par l'ASIP Santé) ;
- Réaliser un état des lieux des pratiques existantes et recenser les besoins et les projets ;
- Assurer l'interface entre l'ASIP Santé les établissements et les acteurs de santé ;
- Accompagner les établissements et les acteurs du terrain pour le déploiement de la télémédecine ;
- Apporter une expertise technique sur les projets de demande de conformité au décret de télémédecine.

Ces missions s'inscrivent dans le Plan Stratégique du GCS EPSILIM et fait l'objet d'une contractualisation avec l'ARS.

L'ARS du Limousin peut également s'appuyer, pour la partie plus technique de maîtrise d'œuvre et solutions informatiques et de visioconférence, sur les compétences du Syndicat Inter-Hospitalier du Limousin (SIL). Le SIL, assure pour le compte de ces adhérents, la diffusion de solutions, de services (réseau...) et d'outils pour la mise en œuvre de la télémédecine. Il assure également la maintenance des systèmes et offrira à terme l'hébergement des données de santé conformément au décret hébergeur.

L'élaboration et la mise en œuvre du Programme Régional de Télémédecine se fait dans le cadre d'un Comité Régional de Télémédecine composé de l'ensemble des partenaires institutionnels et des acteurs de terrain en lien avec la télémédecine : les représentants des usagers, les fédérations des établissements (sanitaires et médico-sociaux), le conseil régional de l'ordre des médecins, l'union des représentants des professionnels de santé, les professionnels de santé référents par filière, le Conseil Régional, les Conseil Généraux, les maisons de santé pluridisciplinaires, un représentant du secteur pénitentiaire, le SGAR, un représentant de l'Assurance Maladie...

Ce comité a vocation à se réunir à chaque grande étape du déploiement de la télémédecine en Limousin.

II.2. La cartographie des projets de télémédecine

L'ARS du Limousin a missionné le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) EPSILIM (Expertise, Performance et Systèmes d'Information en Limousin), structure de maîtrise d'ouvrage régionale au service des établissements sanitaires, médico-sociaux, des réseaux de santé et de soins et les professionnels de santé libéraux, afin de réaliser un état des lieux de la Télémédecine en Limousin.

L'état des lieux, lancé auprès de l'ensemble des acteurs de santé de la région (établissements sanitaires, structures et services médico-sociaux, maisons de santé pluridisciplinaires, réseaux de santé, collectivités locales et territoriales, administrations pénitentiaires, professionnels de santé libéraux, ordres professionnels, laboratoires,...) recense :

- Les activités, les actes, les usages, les pratiques et les projets de télémédecine existants
- Les activités, les actes, les usages, les pratiques et les projets de télémédecine émergents
- Les attentes et les besoins en matière de télémédecine

L'état des lieux régional a permis de collecter, sur 2070 courriers envoyés, 81 réponses comprenant 26 projets existants et 44 projets exprimés en terme de souhaits ou de besoins.

Les réponses décrivent en effet pour plus de la moitié (44) l'attente des professionnels de santé et des structures en matière de télémédecine, leurs réflexions ou leurs études pour tenter de répondre à ces besoins plutôt que des projets aboutis (26) qui sont en phase d'expérimentation ou de généralisation et qui mériteraient d'être davantage structurés.

Le présent état des lieux constitue, au delà des groupes thématiques réunis dans le cadre des schémas régionaux, un niveau de concertation au titre de l'élaboration des priorités régionales du programme télémédecine du Limousin. L'état des lieux régional a fait l'objet d'une restitution en Comité de Direction de l'ARS en date du 3 octobre 2011.

II.2.1. Les projets existants

Cardiologie	Psychiatrie et gériatrie
Télé-surveillance <ul style="list-style-type: none"> • CH Bort les orgues – CH Ussel • SAS Clinique Emailleurs – Colombier • Cabinet des Dr Dary et Rouffaud 	Télé-expertise/Télé-consultation <ul style="list-style-type: none"> • UPSAV – Libéraux généralistes • Clinique Saint Maurice – généralistes • CH Esquirol/CHU – EHPAD (PER Vallée de la Gorre) • CH Esquirol – HIHL (EHPAD de Bellac) • Dermato CHU – 10 EHPAD
Chirurgie bariatrique	
Télé-surveillance <ul style="list-style-type: none"> • Cabinet du Dr Sodji 	
Dialyse	Cytologie
Télé-surveillance <ul style="list-style-type: none"> • Entre les 5 unités de l'ALURAD 	Télé-expertise <ul style="list-style-type: none"> • Cytolim CHU – Laboratoires de ville • Andral (projet national)
Télé-imagerie	Les absents mais existants
Télé-expertise <ul style="list-style-type: none"> • CH Bourgaenueuf – CH Guéret • CH St Yrieix – CHU 	La santé des détenus <ul style="list-style-type: none"> • ECG/SMUR

Les projets en cours sont souvent des projets récents, menés en phase pilote et sont pour la plus grande partie conformes au décret du 19 octobre 2010 dans leurs usages. Les plus matures sont basés sur des usages de téléexpertise (staffs en visioconférence, téléradiologie) ou de télétransmission de données qui sont à la marge des usages du décret.

Les deux usages les plus présents sont la téléexpertise (staffs de spécialité, avis spécialisé et aide au diagnostic), la télésurveillance (monitoring d'holter ECG, surveillance du patient après une intervention,...) et la téléconsultation (en psychiatrie et en gériatrie).

Les pathologies ou les types de prise en charge les plus fréquents sont la cardiologie, la psychiatrie, la gériatrie et l'imagerie médicale.

Ces projets posent aujourd'hui la question de la suite à donner à leur expérimentation et de l'opportunité d'assurer leur pérennité.

II.2.2. Les besoins et les attentes des acteurs de terrain

Les besoins et les attentes exprimés portent majoritairement sur :

- Les projets relatifs aux maisons ou pôles de santé, relatifs aux EHPAD ou autres structures médico-sociales et sociales ;
- Les projets portés par des réseaux de santé ;
- Les projets de téléradiologie, d'imagerie médicale, incluant ceux pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

Les MSP et EHPAD	La télé-radiologie
<p>Télé-consultation, télé-expertise non-spécifique</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 pôles ou maisons de santé • 6 EHPAD (Beaulieu/Dordogne, Ladignac, Châteauneuf-la-forêt, Bruyeres et genets, Sornac) 	<ul style="list-style-type: none"> • CH Ussel – UNV CHU • CH Brive – UNV CHU • Cl. de la croix blanche – CH Guéret/CHU (Neuro) • CH St Junien – CH St Yrieix – CHU (CHT) • CH Esquirol • CH Tulle
Les réseaux de santé	Divers
<p>Télé-surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICARLIM, Diablim, Hématolim <p>Télé-expertise/coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diablim, Trampoline, Périnatlim, Réseau gérontologie Haute Corrèze 	<p>Télé-consultation</p> <ul style="list-style-type: none"> • HIHL – Esquirol/CHU (Spécialistes) • CH Aubusson <p>Télé-expertise</p> <ul style="list-style-type: none"> • CH Bourganeuf – CH Guéret (Laboratoires)

Le recensement des besoins laisse apparaître des nombreuses attentes des acteurs de terrain pour la télémédecine, que ce soit pour la généralisation d'usages déjà en cours (téléradiologie, prise en charge des plaies chroniques), ou le développement de coopérations.

Beaucoup attendent des outils pour conforter leur fonctionnement, tels les maisons ou pôles de santé, ou pour permettre une meilleure coordination ou suivi de leur patients (réseaux ou EHPAD).

Enfin, beaucoup espèrent de la télémédecine une solution à la raréfaction des ressources médicales et à leur isolement.

De manière globale, il ressort de l'état des lieux régional que :

La région Limousin est riche aujourd'hui de projets de télémédecine, qui, d'une part, répondent aux enjeux et aux problématiques régionales telles que décrites dans la première partie du Programme Régional de Télémédecine, et d'autre part, s'inscrivent pour la plupart comme les attentes

du terrain, dans le cadre des priorités régionales, telles que définies dans la troisième partie du Programme Régional de Télémédecine.

Pour les projets qui ont fait la preuve pendant leur phase pilote de l'amélioration qu'ils apportent dans la prise en charge des usagers, se pose la question de leur pérennisation et de leur généralisation. Il est nécessaire de les mettre en conformité avec le décret du 19 octobre 2011,

Les besoins et les attentes en matière de télémédecine sont souvent motivés par la problématique de démographie médicale, l'isolement de certains bassins de vie, des structures, des usagers et des professionnels de santé. Aussi, il convient d'être vigilant sur la question des ressources médicales limitées ou comment répondre à la demande médicale : la télémédecine doit être un outil permettant d'optimiser notamment le temps médical et non un usage alourdissant la charge de travail de certains professionnels, spécialistes ou centres de recours. Ce point soulève la question essentielle de l'organisation de l'activité de télémédecine. Elle doit reposer sur un projet médical défini et partagé.

Parallèlement, face à des usagers âgés ou isolés, bénéficiaires certains de ces nouvelles pratiques, il convient d'aborder avec rigueur la question de l'éthique et de la déontologie en télémédecine afin de garantir l'équité de l'accès aux soins et de la qualité de prise en charge. De même, la télémédecine reste de la médecine à distance, et à ce titre, elle constitue un acte médical qui doit intégrer toute la dimension de la responsabilité médicale.

Dans l'optique d'un développement durable de la télémédecine, le Programme Régional de Télémédecine doit traiter ces questions et s'attacher à consolider, pérenniser, voire généraliser les projets existants. Concernant les projets nouveaux émergents correspondant aux besoins et attentes des acteurs de terrain et ce, en lien avec les priorités nationales et régionales, il s'agit de les impulser et de les structurer, notamment d'un point de vue organisationnel. Ces projets sont à axer autour d'un maillage pertinent et d'une bonne articulation entre la prévention, les soins de premier et de second recours.

II.3. Des données démographiques en faveur du développement de la télémédecine en Limousin

II.3.1. Un territoire propice au développement de la télémédecine

La région Limousin possède plusieurs caractéristiques fortes :

- **Une région la plus petite de France métropolitaine** : elle représente, avec ses 3 départements, 3 % du territoire national et 1,2 % de la population nationale.
- **Une faible densité de population** (43 habitants/km² contre 114 au niveau national).
- **Une population âgée** avec un des plus forts indices de vieillissement européens : la plus vieille de France et la seconde d'Europe.
- **Une région à forte dominance rurale** : 74 % des communes Limousines sont rurales et 38 % des habitants sont domiciliés dans l'espace rural.
- **Une région qui compte peu de pôles urbains** : Limoges et Brive puis Tulle, Guéret et Saint-Junien.

- **Un déséquilibre géo-démographique** entre l'ouest, qui rassemble l'essentiel de la population, et l'est, au caractère rural plus marqué et avec une géographie de basse et moyenne montagne : les contrastes infra-régionaux constatés, entre l'ouest et l'est mais également entre le milieu urbain et rural, placent les personnes qui vivent dans les territoires Limousin dans des situations d'inégalités face à la santé.
- **Une disparité de la démographie médicale** selon les départements et les professions : une densité de médecins généralistes légèrement supérieure à la moyenne nationale et une densité de médecins spécialistes inférieure à la moyenne nationale. Toutefois, on constate une grande disparité entre les zones rurales et urbaines puisque selon l'ORS, l'évolution annuelle prévue du nombre de médecins généralistes libéraux jusqu'en 2017 en Limousin serait de +7 % en milieu urbain alors qu'elle serait de -21 % en zone rurale. La situation risque d'être problématique à court terme dans certains secteurs et à moyen terme (moins de 10 ans) dans de nombreux autres.
- **Un territoire de santé unique.**

II.3.2. Focus sur quelques thématiques au contexte stratégique fort

II.3.2.1. Le vieillissement de la population : quand poly pathologies, dépendance, ruralité et isolement se mêlent

Région la plus âgée de France, le Limousin est la seule région de France où le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans est supérieur au nombre de personnes âgées de moins de 20 ans. Plus du quart de la population a plus de 60 ans. La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans est la plus élevée de France (11,3 %). 57,8 % des personnes âgées de plus de 75 ans vivent en zone rurale.

D'ici 2030, le Limousin comptera 40 % d'habitants de 60 ans et plus.

Face au vieillissement de la population, le Limousin s'est doté de structures de prise en charge de la personne âgée. La région dispose en effet d'établissements d'accueil adaptés aux personnes âgées et compte ainsi 102 EHPAD et 24 foyers logements. 165 lits d'hébergement temporaire et 112 places d'accueil de jour complètent l'offre de soins médico-sociale pour personnes âgées. Quand bien même ces personnes vivent parfois en institution, celles-ci sont bien souvent éloignées d'une offre de soins. Si on ne prend qu'en exemple le taux de passage aux urgences des personnes âgées provenant d'EHPAD, 11 % de ces résidents ne viennent que pour une consultation.

Ces prévisions soulèvent encore davantage la problématique de dépendance des personnes âgées, des pathologies (polypathologies) qui leur sont associées, du manque de mobilité, d'éloignement et d'isolement. Dans ce contexte, la télémédecine représente un outil nécessaire pour permettre une prise en charge optimale de l'ensemble de la population.

Face à ce constat, le développement de télémédecine au profit des usagers âgés permettrait de mieux prendre en charge les problématiques liées au sujet âgé en facilitant le maintien à domicile, ou en établissement médico-social des personnes en situation de perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques. Le vieillissement de la population implique également un décloisonnement fort entre la ville, l'hôpital et l'EHPAD. La télémédecine peut et doit y contribuer.

II.3.2.2. Le poids des accidents vasculaires cérébraux (AVC) : Une prise en charge encore insuffisante à optimiser

Enjeu majeur de santé publique, les AVC constituent la 1^{re} cause de handicap acquis chez l'adulte, la 2^e cause de démence et la 3^e cause de décès. Une prise en charge optimale implique un traitement dans les 3 à 4 heures maximum qui suivent le début de l'accident.

La région Limousin dispose d'établissements de santé dans tout le territoire, assurant une prise en charge de proximité, mais il n'existe que deux services de neurologie, trois services de médecine dotés de neurologues et une seule unité neuro-vasculaire (UNV) de 6 lits qui se situe au CHU de Limoges. La démographie médicale des neurologues ne pourra pas permettre la mise en place d'une seconde UNV.

Le Limousin enregistre chaque année 2 300 hospitalisations en court séjour (soit 23 000 journées) pour AVC (soit 6 à 7 patients par jour) et observe une surmortalité des victimes d'AVC par rapport à l'ensemble du pays (60,7 % en Limousin contre 58,5 % en France). Ces données placent le Limousin au 7^e rang régional en terme de taux de mortalité par maladie vasculaire cérébrale. Le caractère particulièrement vieillissant en Limousin entraîne une prévalence importante de maladies cérébrovasculaires : l'âge moyen est d'ailleurs de 73 ans pour les hommes et de 78 ans pour les femmes.

Sur ces 2 300 patients : 32 % sont pris en charge en Corrèze, 11 % en Creuse et 56,8 % en Haute-Vienne (dont pour le CHU seul : plus de 1 000 entrées). 3 établissements représentent 70 % des séjours pour AVC (CHU, CH de Brive et CH de Guéret).

La très grande majorité des AVC vient du domicile (83,7 %) : 43,5 % sont adressés par la médecine libérale, 26,3 % par le Centre 15 et 13 % par le SAMU.

En 2010, 424 patients ont été hospitalisés à l'UNV : 65 % des patients proviennent de la Haute-Vienne, 11 % de Creuse, 13 % de Corrèze et 11 hors région.

Le recours à l'UNV est insuffisant en Limousin : seulement 31 % des AVC hospitalisés au CHU de Limoges passent par l'UNV alors que l'objectif est de 75 %.

On constate une prise en charge encore insuffisante des AVC en Limousin. Compte tenu de la démographie médicale en Limousin et de l'organisation de la filière, cette activité est prioritaire afin de renforcer l'égalité d'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge des patients. Aussi, le développement de la télémédecine peut constituer une réponse pour limiter la perte de chance notamment au travers d'une organisation en réseau.

II.3.2.3. Une démographie médicale et paramédicale préoccupante

- **Les médecins généralistes : une répartition très inégale sur le territoire**

Si la densité des médecins généralistes se situe dans la moyenne nationale, elle connaît une forte hétérogénéité sur le territoire régional entre les différents départements.

Aussi, la situation devient défavorable et les besoins sont ainsi majorés si on tient compte du caractère âgé de la population, de l'habitat dispersé, des disparités d'installation et de la structure d'âge des médecins. En effet, 32 % des médecins généralistes libéraux ont plus de 55 ans.

L'accès aux médecins généralistes est actuellement disparate et deviendra dans les années à venir une réelle problématique en terme d'accès à des soins de 1er recours y compris pour les personnes en institutions (hôpital, EHPAD...). On prévoit ainsi des départs massifs attendus à moyen terme corrélés à un non renouvellement en particulier en milieu rural.

• **Les médecins spécialistes : un déficit global en particulier des libéraux, très concentrés sur quelques sites et avec une moyenne d'âge élevée**

Le Limousin est la région la moins bien pourvue en médecins spécialistes et connaît à ce titre un déficit de 30 % par rapport à la moyenne nationale. Ce déficit est très net en Creuse où il est 2,5 fois plus important.

Le Limousin connaît plus particulièrement une faible densité de médecins sur les spécialités suivantes :

- Cardiologues
- Gynécologues obstétriciens
- Pédiatres
- Psychiatres
- Ophtalmologistes
- Radiologues

De manière plus spécifique sur la forte problématique de démographie médicale des radiologues, 70 % des spécialistes en imagerie médicale ont plus de 55 ans. 63 % de ces professionnels sont installés en Haute-Vienne et 31 % en Corrèze, mais seulement 6 % en Creuse où la situation est préoccupante. Le Limousin dispose seulement d'une densité de radiologues de 9,4 pour 100 000 habitants contre 12,8 pour la France métropolitaine.

• **Les professions paramédicales :**

La région Limousin connaît un déficit de professionnels paramédicaux avec d'importantes disparités géographiques ou selon les professions. En effet, si les infirmières sont bien représentées et assurent un bon maillage territorial y compris dans les zones rurales, la région connaît dès à présent dans de nombreux secteurs ruraux un déficit en kinésithérapeutes et en dentistes.

• **En conclusion : la télémédecine comme une des solutions à la problématique de démographie médicale et d'accès aux soins**

Ces données permettent d'objectiver la problématique actuelle d'accès aux soins spécialisés et aux plateaux techniques pour certaines franges de la population (personnes âgées isolées) avec à terme des problèmes d'accès aux médecins généralistes et aux soins primaires et/ou dits de premier recours.

La télémédecine doit concourir à l'amélioration de l'attractivité des professionnels de santé et la pluridisciplinarité de la prise en charge puisqu'elle apporte le partage, l'échange, l'expertise, le soutien éthique et permet aux acteurs de santé d'être moins seul.

Au final, il en ressort les besoins suivants :

- Structurer l'offre libérale en milieu rural : par exemple à travers les maisons de santé pluridisciplinaires
- Développer des moyens permettant d'attirer les professionnels de santé, notamment vers le secteur rural
- Maintenir et développer les consultations avancées spécialisées (en particulier dans les petits hôpitaux de proximités) et renforcer la coopération entre acteurs libéraux et hospitaliers (décloisonnement ville-hôpital)

II.4. L'infrastructure régionale technique et numérique

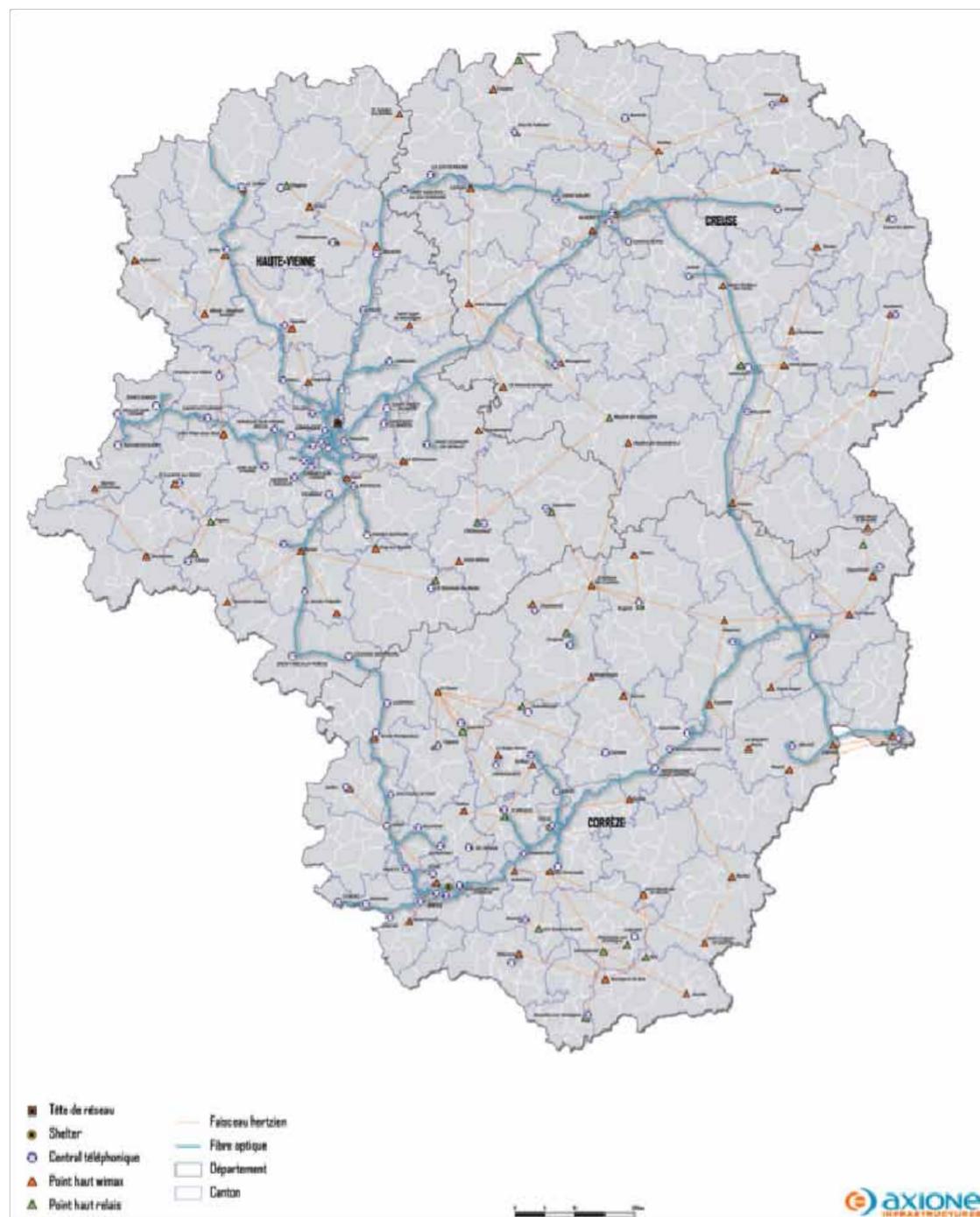
Parce que les infrastructures techniques constituent un pré-requis pour les acteurs de santé, ce facteur ne doit pas être négligé. En outre, l'outil de télémédecine doit être simple à utiliser et performant. La moindre difficulté technique peut constituer un facteur d'échec à l'usage de la télémédecine.

Aussi, dans une région rurale, comprenant des bassins de vie isolés et pour certains de la moyenne montagne et/ou des zones dites « blanches », le programme régional de télémédecine doit comprendre dans son état des lieux un état de situation sur l'infrastructure technique et notamment en terme de sécurité (essentielle pour échanger des données médicales et assurer la confidentialité), d'interopérabilité des systèmes et de haut débit.

II.4.1. La couverture réseau : le haut débit en Limousin

La région dispose, grâce à la politique d'aménagement du territoire impulsée par le Conseil Régional du Limousin, d'un réseau Haut débit appelé DORSAL. Créé à l'initiative des principales collectivités en 2002, le syndicat mixte DORSAL (Développement de l'Offre Régionale de Services et de l'Aménagement des télécommunications en Limousin) regroupe la Région Limousin, les départements de la Creuse et de la Haute-Vienne, les villes de Limoges, Brive-la-Gaillarde, Guéret, et Tulle, l'Université de Limoges et le Syndicat Interhospitalier du Limousin. Le service que DORSAL met en œuvre répond à des besoins d'intérêt général : combler la fracture numérique et assurer un développement harmonieux du haut débit sur le territoire Limousin.

Ci-dessous, l'état de déploiement de cette infrastructure :



Malgré ce dispositif, le Limousin compte encore des zones blanches non couvertes par le haut débit.

Le Syndicat Interhospitalier du Limousin, membre du syndicat mixte DORSAL, administre pour le compte de ses adhérents le réseau privé régional Interhospitalier de transmission de données « ADHERSIL ».

ADHERSIL s'appuie sur la fibre déployée par « Axione Limousin » pour le raccordement d'un certain nombre d'organismes éligibles (ex : CH de Guéret, Brive, Tulle, le SIBTU, Epsilim, SIL,...).

Ces structures sont prêtes pour faire face aux usages nécessitant de très haut-débit sur IP (imagerie médicale, visio-conférence, formation à distance,...).

II.4.2. La visio conférence

Mis en service en juin 2000, le pont de visioconférence de technologie uniquement Numéris permet de créer des réunions pour 8 participants simultanés au maximum. Une seule réunion est active à un instant donné.

Bien qu'obsolète, le matériel est toujours maintenu car le constructeur possède encore un parc important d'équipements dans le domaine administratif français.

N'étant pas en mesure d'évoluer vers les technologies actuelles (IP, Web conférence), le SIL avait réalisé en 2009 une étude en vue de son remplacement. L'absence de financement n'a pas permis au projet d'aboutir.

Une vingtaine de stations sont déployées sur la région. Il s'agit pour un grand nombre d'entre elle de stations comportant une caméra motorisée, un moniteur, une télécommande et éventuellement un banc titre ou une connexion pour un ordinateur compatible.

Ces stations de diverses technologies ne sont pas toutes compatibles entre elles. Il est important de noter le vieillissement de certaines de ces stations se traduisant par une augmentation des risques de panne (alimentation, télécommandes, ..) et des difficultés pour assurer la remise en état.

II.4.3. La sécurisation, la confidentialité et l'interopérabilité des données

Sécurisation des accès et interopérabilité des systèmes: projet Hôpital 2012 et politique de sécurité

La région Limousin s'attache à développer des systèmes d'information sécurisés et interopérables afin de garantir l'échanges et la confidentialité des données indispensables à tout dispositif de télémédecine mais également aux enjeux du Dossier Médical Personnel (DMP).

Pour ce faire et au titre du Plan Hôpital 2012, l'ensemble des établissements de santé de la région est engagé dans la mise en place d'un système permettant de garantir la confidentialité des données échangées ainsi que dans le déploiement de la carte de professionnel de santé (CPS). Il s'agit également de mener une vraie démarche relative à la gestion des accès aux données médicales.

Échange d'informations médicales : La messagerie sécurisée

Aussi, afin de garantir la sécurité des données échangées par les professionnels de santé libéraux

et hospitaliers, un financement régional attribué par l'ARS a permis la mise en place et le déploiement de la messagerie sécurisée homologuée par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés en Santé (ASIP Santé).

L'hébergement des données de santé à caractère personnel

La plateforme de Santé Limousin propose des services et outils aux professionnels et établissements de santé. Dans le respect de la réglementation, le Syndicat Interhospitalier du Limousin a engagé des travaux en 2011 afin de permettre à la région de pouvoir rapidement bénéficier d'un espace agréé hébergeur de données de santé dans les conditions fixées par le décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006.

III. STRATÉGIE RÉGIONALE DE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

La stratégie régionale de déploiement s'appuie sur les priorités du Plan Stratégique Régional de Santé, les besoins et priorités des trois schémas régionaux élaborés dans le cadre des travaux du Projet Régional de Santé (PSR) mais également sur l'état des lieux régional, et s'inscrit pleinement dans les orientations nationales.

III.1. Les orientations nationales

Le ministère de la Santé a lancé au début de l'année 2011, l'élaboration d'un plan stratégique national de déploiement de la télémédecine. Ce plan a pour objet de déterminer les axes prioritaires de déploiement de la télémédecine, d'identifier les freins, obstacles et leviers à son développement afin de favoriser les usages sur le terrain.

Ce plan est impulsé par un comité de pilotage interministériel stratégique, présidé par la directrice générale de l'offre de soins. Le pilotage et le suivi de la mise en œuvre par le COPIL comprennent la coordination des actions du plan, la mesure de leur réalisation, le suivi financier, l'analyse des difficultés éventuellement rencontrées et la formulation de propositions d'infléchissement du plan si nécessaire.

Ce plan se structure autour de trois volets :

- Un document stratégique « stratégie télémédecine 2011-2015 », précisant la vision, les enjeux et les grandes orientations stratégiques à moyen terme ;
- Un plan d'actions. Chacune de ces actions relève de la responsabilité d'un pilote précisément identifié. Elles sont concomitantes et coordonnées. Chaque action aura fait l'objet, au terme d'un travail approfondi d'analyse et d'examen des alternatives possibles, d'une description aussi précise que possible : contexte, objectifs poursuivis, pilote et partenaires, calendrier, modalités et montant des financements, vecteur contractuel éventuel, indicateurs de suivi et d'évaluation.

- Une « boîte à outils » recensant les éléments de méthodes existants ou découlant de la mise en œuvre d'actions spécifique du plan (réglementation, référentiels de bonne pratique, guides, modèles contractuels, modèles d'évaluation...) ainsi que les dispositions de gouvernance, de suivi et d'évaluation du plan.

A partir d'un recensement des initiatives en région, des critères de sélection ont été choisis afin d'évaluer la maturité des projets. Ils prennent en compte les enjeux sanitaires, économiques, techniques et éthiques auxquels doit faire face notre système de santé.

Sur la base de cette évaluation, 5 chantiers prioritaires au niveau national ont été retenus et répondent à des enjeux d'accessibilité des soins et de parcours de soins :

- La télé imagerie médicale comme réponse à la continuité et à la permanence des soins
- La prise en charge de l'AVC
- La santé des détenus
- La prise en charge d'une maladie chronique parmi le diabète, l'insuffisance rénale chronique ou l'insuffisance cardiaque
- Les soins dans les structures médico-sociales ou en Hospitalisation à Domicile (HAD)

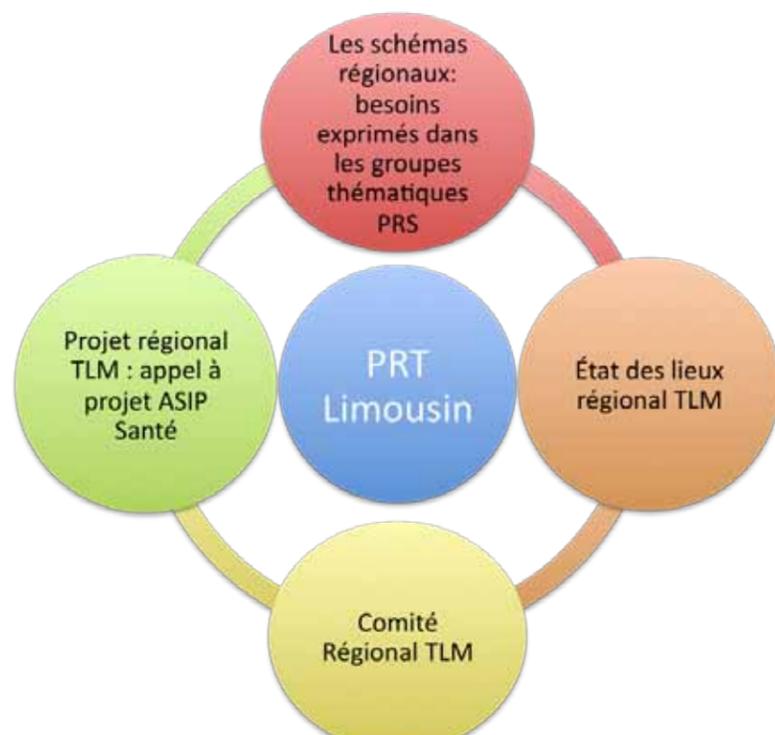
Il s'agit, à partir de ces 5 chantiers prioritaires de construire des modèles organisationnels et financiers pérennes et modélisables à d'autres types de prise en charge ou pathologie. Les régions qui mettront en œuvre ces chantiers prioritaires pourront s'appuyer sur les travaux menés au niveau national (Ministère de la Santé, ANAP, ASIP, HAS...) tant en termes d'expertise juridique, financière que de gestion du changement.

III.2. La méthodologie régionale d'élaboration du Programme Régional de Télémédecine : une large concertation

Le Programme régional de télémédecine a pour objet de décliner les modalités spécifiques d'application des trois schémas du Projet Régional de Santé en matière de télémédecine. Il s'inscrit donc dans une démarche stratégique, prospective et concertée afin de proposer un ensemble cohérent et organisé des activités de télémédecine à l'échelle territoriale.

Si les orientations nationales guident la construction du Programme régional de télémédecine, il convient de tenir compte des spécificités locales identifiées dans le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS). Aussi, le programme régional de télémédecine fixe les cibles prioritaires et les objectifs opérationnels de programmation des activités de télémédecine pour la mise en œuvre des objectifs des 3 schémas et sur la base des priorités partagées par l'ensemble des partenaires et par les usagers.

Une concertation à plusieurs niveaux :

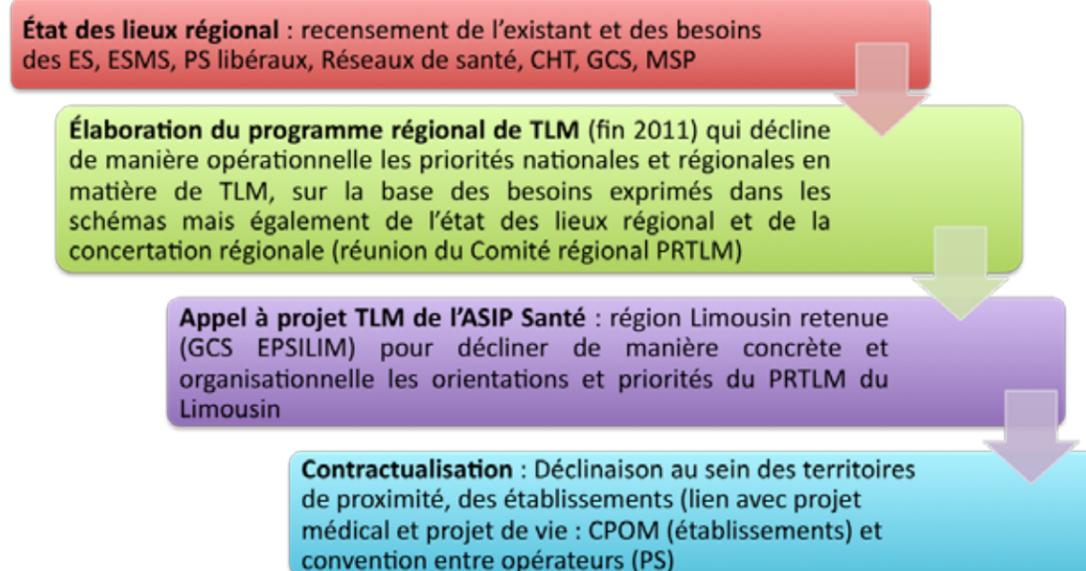


À ce titre, l'élaboration du Programme régional de télémédecine et la définition des priorités régionales en la matière télémédecine ont fait l'objet d'une large concertation régionale et ce, à plusieurs niveaux :

- **1er niveau de concertation : le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) et les trois schémas régionaux :** les priorités régionales en matière de télémédecine sont fondées en premier lieu sur la base des priorités et besoins exprimés dans le PSRS « réduire les inégalités sociales et territoriales de santé [...] garantir l'accès pour tous, sans perte de chance, à une offre de santé de qualité [...] garantir la continuité de la prise en charge et l'accessibilité à l'offre de premier recours » ainsi que dans les groupes thématiques réunis dans le cadre des trois schémas régionaux au titre des travaux du PRS du Limousin validés par les instances régionales. Le programme régional de télémédecine s'inscrit donc non pas comme un outil technique de système d'information en santé, mais comme un dispositif structurant au service et en réponse à une politique régionale de santé. Il s'agit d'un niveau de concertation stratégique.
- **2e niveau de concertation : l'état des lieux régional :** le programme régional de télémédecine s'appuie également sur un diagnostic régional concerté et partagé et ce au moyen de l'état des lieux régional réalisé, à la demande de l'ARS du Limousin, par le CGS EPSILIM auprès de l'ensemble des acteurs de santé de la région et permettant de recenser les projets existants en matière de télémédecine et les besoins et attentes des acteurs de santé (cf. deuxième partie du PRT). Cet état des lieux, qui a fait l'objet d'une présentation de restitution en Comité de Direction de l'ARS du Limousin, constitue un niveau de concertation large, opérationnel et très

structurant dans le cadre de l'élaboration du Programme Régional de Télémédecine.

- **3e niveau de concertation : le Comité Régional du Programme Régional de Télémédecine :** A été constitué un groupe de travail au niveau régional dédié à l'élaboration du PRT. Il s'est réuni le 20 octobre 2011 et a été composé de manière très large sur la base de l'état des lieux régional et avec l'ensemble des partenaires institutionnels : SGAR, Conseil Régional, Conseils Généraux, Représentant des usagers (CISS) et des acteurs de santé (fédérations sanitaires et médico-sociales, Maisons de Santé Pluridisciplinaires, les URPS, Conseil régional de l'ordre des médecins, l'assurance maladie, représentant des établissements pénitentiaires, les référents thématiques par filière...) Cette réunion régionale de concertation a été l'occasion de présenter la méthodologie régionale d'élaboration du PRT, la restitution de l'état des lieux régional, de recenser les besoins et attentes non exprimés et de soumettre à concertation et à validation du comité, les priorités régionales en matière de Télémédecine.
- **4e niveau de concertation : le projet régional retenu au titre de l'Appel à Projet Télémédecine de l'ASIP Santé :** la concertation doit d'inscrire au-delà de l'élaboration du Programme régional de Télémédecine. En effet, une fois arrêté, il convient de décliner de manière opérationnelle les priorités et projets régionaux. Cette phase essentielle se fera au travers du projet régional piloté par le GCS EPSILIM dans le cadre de l'appel à projet Télémédecine lancé par l'ASIP Santé et pour lequel la région Limousin a été retenue. Il s'agira pendant près d'un an de définir, avec l'ensemble des acteurs de terrain, les modalités organisationnelles et opérationnelles de déploiement du Programme régional de Télémédecine. Ce projet constitue un niveau de concertation régional complémentaire dans la mesure où il permet d'une part, d'affiner et de concrétiser la mise en œuvre des priorités régionales et d'autre part, d'enrichir le Programme régional de Télémédecine qui pourra, le cas échéant, faire l'objet sur cette base, d'une révision.



Le programme régional de Télémédecine a vocation à être décliné au sein du Projet Territorial de Santé lui-même décliné par territoire de proximité en Projets de Santé de Proximité. Ces éléments devront s'articuler avec les projets médicaux et feront l'objet d'une contractualisation sous la forme de CPOM (établissements) et/ou d'une convention entre opérateurs (professionnels de santé).

III.3. Les priorités régionales de développement de la télémédecine

Le déploiement de la télémédecine en région doit s'adapter aux enjeux et à la complexité du domaine afin de :

- Fédérer les différents acteurs (ARS, professionnels de santé, établissements de santé et structures médico-sociales, industriels, prestataires de services, usagers...) et leur donner la visibilité nécessaire à leur engagement ;
- Créer les prérequis organisationnels, économiques, techniques, éthiques et médicaux au développement de la télémédecine ;
- Assurer l'articulation et la cohérence entre orientations nationales et priorités régionales.

Les différents niveaux de concertation (PSRS, schémas, état des lieux régional, Comité régional PRT...) ont permis d'identifier les domaines prioritaires pour lesquels la télémédecine permettrait une optimisation de la prise en charge de l'utilisateur.

Aussi, tenant compte des orientations nationales, du contexte régional, des problématiques et enjeux spécifiques à la région Limousin, les priorités régionales définies en matière de télémédecine sont les décrites ci-dessous.

III.3.1. La permanence des soins en imagerie : Téléimagerie et prise en charge de l'AVC

Mettre en place réseau régional d'imagerie médicale sur la base d'un dispositif de téléimagerie permettant :

- D'optimiser la permanence des soins radiologiques en mettant en place un système de téléradiologie permettant les échanges entre l'ensemble des établissements de santé disposant d'un équipement en radiologie (IRM, Scanner, radiologie conventionnelle) ainsi qu'en lien avec les radiologues libéraux. La démographie médicale en général, celle des radiologues en particulier, rend indispensable la mise en place d'un outil régional de téléradiologie permettant la réalisation d'examen d'imagerie en proximité et leur interprétation à distance. À l'échéance du PRS, l'ensemble des structures d'imagerie de la région, publiques et privées, devront avoir mis en place un tel dispositif afin de mutualiser leurs compétences et d'assurer la permanence des soins radiologiques. Ce dispositif ne peut se mettre en place que si il repose sur une organisation partagée est définie en amont (convention de réseau d'imagerie médicale). Afin d'assurer la permanence des soins radiologiques, il existe à ce jour deux expériences de ce type basées sur l'interprétation de clichés entre le CHU de Limoges et le CH de St-Yrieix ainsi qu'entre le

CH de Guéret et le CH de Bourgneuf. Ces projets doivent servir de retour d'expérience afin de structurer et d'élargir le dispositif de téléradiologie à l'échelle régionale entre l'ensemble des établissements et non de manière bilatérale (de point à point).

- De prioriser la prise en charge de la **filiale AVC** structurée autour de l'Unité Neuro Vasculaire du CHU de Limoges afin d'améliorer la prise en charge en urgence. Il s'agit de mettre en place un système permettant les échanges d'images entre les établissements dotés d'une IRM et d'un service d'urgences afin d'optimiser, sur la base d'une **téléexpertise** et d'une **téléassistance**, la prise en charge rapide et au plus tôt (3 à 4 heures maximum) à distance d'un AVC visant à limiter la perte de chances. Il est en effet important qu'à défaut d'un accès à une expertise neuro-vasculaire le patient puisse bénéficier immédiatement d'une **téléconsultation neurologique et/ou d'une téléexpertise neuro-radiologique**. Aussi, le neurologue de garde interviendra pour confirmer le diagnostic (téléexpertise) et décidera du meilleur traitement à appliquer, et notamment de la nécessité d'un traitement thrombolytique. Ce geste sera effectué à distance (téléassistance), sous les conditions fixées par un protocole strict établi conjointement (entre neurologues et urgentistes) dans la structure d'accueil du patient (par un médecin urgentistes ou un neurologue) avant transfert vers le centre référent. Ce chantier correspond à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour accélérer la prise en charge pluridisciplinaire des AVC et permettre ainsi la mise en œuvre d'un traitement efficace pour diminuer la mortalité et les séquelles des AVC. Il s'inscrit en complémentarité des mesures organisationnelles du plan national AVC. Ce dispositif concerne, en priorité et à court terme, le Centre Hospitalier de Brive et le Centre Hospitalier de Guéret, tous deux équipés ou en cours d'équipement d'une imagerie par IRM 24h/24h, examen de référence et le plus performant à privilégier dans le cadre de la prise en charge des AVC.

Toutefois, en cas d'impossibilité d'accéder en urgence à l'IRM et dans un objectif de maillage du territoire régional, le dispositif pourra aussi concerner les établissements équipés d'un service d'urgence et d'un scanner tous deux ouverts 24h/24h et distants d'un site doté d'IRM. Dans ce cadre, les établissements recevant des AVC doivent mettre en place des protocoles de prise en charge pour les patients victimes d'AVC en coordination avec l'UNV du CHU. Par ailleurs, cela ne doit en aucun cas retarder la mise en œuvre rapide et prioritaire sur les CH de Brive et de Guéret en lien avec le CHU de Limoges.

III.3.2. L'articulation du premier et du second recours : maillage territorial, graduation des soins, prise en charge des personnes âgées et santé des personnes détenues

Mettre en place la consultation de spécialistes à distance pour les populations de malades âgés et/ou éloignés d'une offre de soins spécialisée. Il s'agit de garantir l'accès aux soins de premier recours et de définir une articulation avec le second recours :

III.3.2.1. Maillage territorial et graduation des soins

Toute rupture dans la continuité des soins entraîne un afflux de patients à l'hôpital. La télémédecine peut aider à mieux assurer la continuité des soins notamment en permettant une meilleure articulation entre les soins de 1er recours (Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), pôle de santé, médecine de ville) et les soins de 2nd recours (consultations spécialisées, établissements de santé de proximité, centres de recours,...). Les futures MSP doivent être équipées en télémédecine. La télésurveillance médicale par les centres de premiers recours ne fonctionnera que si les médecins traitants ont un accès facile et régulier au second recours spécialisé, qu'il soit libéral ou hospitalier. L'offre de soins hospitalière doit également permettre une graduation des soins pertinente entre les établissements de la région ou d'un territoire de proximité. Si le second recours de la médecine hospitalière repose essentiellement sur les gros établissements disposant de plateaux techniques lourds, les médecins exerçant dans les établissements de proximité qui exercent la médecine hospitalière de premier recours, doivent avoir un accès facile et régulier aux spécialistes situés au CHU ou dans les gros établissements ou les établissements de référence pour la pathologie donnée.

Il s'agit ainsi de mettre en place un dispositif de télémédecine de type téléconsultation et téléexpertise, télésurveillance et téléassistance entre les MSP et/ou pôles de santé, les EHPAD et les centres Hospitaliers de proximité et ou référence ou de recours afin d'offrir des soins de premiers recours tant en médecine générale qu'en soins spécialisés. La télémédecine doit ainsi contribuer à mettre en place et développer notamment les consultations avancées (téléconsultations, téléexpertise). La continuité des soins au moyen de la télémédecine doit également permettre de développer notamment la télé cardiologie via un dispositif de téléexpertise entre médecins libéraux, hôpital de proximité et service de cardiologie d'un centre hospitalier pour interprétation des Holter et ECG.

Dans la même logique et dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge en urgences, il convient de mettre en place un dispositif de télétransmission des ECG par les effecteurs pré-hospitaliers à l'établissement de référence ou à un praticien, pour interprétation d'ECG en situation d'urgence.

Un dispositif de télémédecine peut également intervenir dans le cadre de la prise en charge en obstétrique (transmission de données des partogrammes entre les équipes d'obstétrique de la région et surtout avec les sages-femmes libérales suivant des grossesses pathologiques) et en pédiatrie (télétransmission de radiographies pour avis avant transfert éventuel).

Les exemples décrits ci-dessous ne sont pas exclusifs mais démontrent bien la nécessité de mettre en place, au moyen de la télémédecine, un maillage territorial, une graduation des soins pour une meilleure continuité des soins.

III.3.2.2. Prise en charge des personnes âgées

Mettre en place un dispositif de télé surveillance, téléconsultation, télé expertise et télé assistance autour de la personne âgée.

Ce chantier exige d'engager une réflexion globale et pluridisciplinaire sur l'ensemble des champs préventifs, médico-sociaux et sanitaires, notamment en termes de gradation des soins entre le premier recours et le second recours. Tout système de télémédecine autour de la prise en charge des personnes âgées doit venir en réponse aux problématiques et enjeux auxquels sont notamment confrontées les structures d'accueil pour personnes âgées telles que les EHPAD :

- Développer la bienveillance (accès aux soins et qualité de prise en charge) ;
- Limiter le recours à l'hospitalisation (mobilité du résidant et conséquence souvent délétère d'une hospitalisation chez la personne âgée) ;
- Limiter la perte d'autonomie et adapter la prise en charge à l'évolution des pathologies et du degré de dépendance (polypathologies, gériatrie aigue,...) ;
- Assurer une plus grande médicalisation et/ou sanitisation des EHPAD.

Tout dispositif de télémédecine au bénéfice de la personne âgée **doit répondre prioritairement et a minima à la prise en charge les disciplines suivantes : la gériatrie, la psycho-gériatrie, la géronto-psychiatrie et la dermatologie (plaies chroniques) ainsi que l'ophtalmologie et l'ORL..**

Il s'agit notamment de mettre en place un dispositif de téléconsultation, de téléexpertise et de télésurveillance entre les EHPAD de la région et certains pôles du CHU de Limoges (ex : pôle gérontologie), le Centre Hospitalier psychiatrique Esquirol, les Centres Hospitaliers de référence du secteur et/ou de proximité, les MSP et certains professionnels libéraux.

Ce dispositif doit s'appuyer sur l'expérience du projet « télémédecine, Gérontologie et Ruralité » du Pôle d'Excellence Rural porté par Communauté de Commune de la Vallée de la Gorre qui a vocation à être généralisé. Il consiste à mettre en place de la télé expertise et téléconsultation entre sept EHPAD, un foyer d'accueil médicalisé (FAM) et le CHU de Limoges (pôle gérontologie, service de soins palliatifs, service de médecine physique et réadaptation) et le Centre Hospitalier Esquirol (service de psychiatrie du sujet âgé).

Par ailleurs et afin de limiter la perte d'autonomie, il convient de mettre en place un dispositif de télé expertise des bilans gérontologiques complets réalisés par les équipes de l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPS AV) du CHU au domicile de la personne chez laquelle sont apparus des signes d'alerte de perte d'autonomie. Ce projet a vocation à évoluer vers un dispositif de télémédecine. En effet, ces bilans, qui donnent lieu à la mise en œuvre d'un plan de santé adapté visant à retarder la perte d'autonomie et le maintien des personnes à domicile dans de bonnes conditions, peuvent être transmis à l'UPS AV pour télé expertise et proposition d'un plan de santé. La réalisation de ces bilans par les médecins traitants et ce, via un dispositif de télémédecine permettrait d'élargir la zone d'intervention de l'UPS AV à l'ensemble de la région et ainsi de favoriser un meilleur maillage des soins.

III.3.2.3. Prise en charge de la santé des détenus

Cette priorité répond à la volonté d'offrir aux patients sous main de justice de bénéficier de soins équivalents aux autres patients. En effet, la contrainte de la prison rend difficile l'accès aux consultations et en particulier à celles de spécialités. Les dispositifs de télémédecine permettent de prendre en charge ces patients en toute sécurité et dans des conditions de prise en charge de qualité.

Le diagnostic régional a mis en évidence notamment les difficultés d'extractions des détenus en vue de consultations ou d'examen complémentaires réalisés dans les centres hospitaliers dont dépendent les trois Unités de Consultations et Soins Ambulatoires (UCSA).

Il convient ainsi de mettre en place un dispositif de téléconsultation et de téléexpertise entre les UCSA des maisons d'arrêt (Limoges, Guéret, Tulle et du centre de détention d'Uzerche) et les trois établissements de santé de référence auxquels elles sont respectivement rattachées, à savoir le CHU de Limoges, le CH de Guéret et le CH de Tulle.

III.3.3. Prévention des AVC et prise en charge des pathologies chroniques et du cancer

Améliorer le pronostic de certaines pathologies pour une mobilisation plus rapide et pluridisciplinaire des acteurs de soins :

III.3.3.1. Prévention des Accidents Vasculaires cérébraux (AVC) :

Mettre en place un dispositif de télésurveillance visant à prévenir la survenue d'un accident vasculaire cérébral. Il s'agit de dépister, traiter et surveiller les troubles du rythme cardiaque et la tension artérielle de patients à risque afin de prévenir plus efficacement la survenue d'un AVC.

Cela repose sur le prêt d'un appareil de monitoring ECG permettant la réalisation d'un tracé ECG par le patient et une auto mesure tensionnelle. Les différents enregistrements sont visualisés par le patient et enregistrés dans la mémoire de l'appareil et **transmis au professionnel de santé.**

Ce système de télésurveillance par l'enregistrement simple et répété de données cliniques classiques (tension artérielle, pouls...) et par leur transmission, permet au professionnel de :

- Ajuster le traitement rapidement lors d'une poussée hypertensive et d'assurer ainsi une prévention efficace d'un AVC,
- Détecter sans tarder un trouble du rythme et d'instaurer une thérapeutique adaptée.

Ce dispositif, au-delà des détections et du traitement des épisodes aigus, doit parfaitement s'intégrer dans le cadre des consultations de **suit** des pathologies chroniques cardio-vasculaires offertes par les cabinets et services hospitaliers de cardiologie.

III.3.3.2. Prise en charge des maladies chroniques

L'augmentation constante du nombre de patients atteints de maladies chroniques, le souhait des patients d'être soignés sur leur lieu de vie et la nécessité de maîtriser les dépenses de santé obligent à développer leur prise en charge ambulatoire. Le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques peut être mieux coordonné avec la télémédecine. La continuité des soins est devenue, surtout en Limousin un sujet sociétal majeur car le vieillissement de la population, avec son cortège de maladies chroniques, nécessite une surveillance régulière des patients au domicile ou sur le lieu de vie. Toute rupture dans la continuité des soins entraîne un afflux de ces patients à l'hôpital. La télésurveillance médicale régulière des indicateurs pertinents de la maladie chronique par les centres de premiers recours, les réseaux de santé ou les professionnels de santé libéraux constitue une nouvelle organisation des soins. Ces dispositifs médicaux communicant, les visioconférences et l'éducation thérapeutique devraient contribuer à atteindre cet objectif.

- **Insuffisance cardiaque :**

Pour les patients insuffisants cardiaques porteurs d'un défibrillateur : Mettre en place un système de Télésurveillance des défibrillateurs permettant une alerte, un réajustement en temps réel de traitement et de donner suite immédiatement au dysfonctionnement des matériels. Ce dispositif a vocation à être mis en œuvre dans chaque centre implanteur.

Pour le suivi des patients insuffisants cardiaques : mettre en place l'enregistrement des données cliniques (poids, fréquence cardiaque, pression artérielle,...) en routine et automatisé sur la base d'un dispositif de télésurveillance et selon un protocole établi par patient. Ce système doit permettre, en sus du suivi multidisciplinaire régulier à domicile, d'alerter les professionnels et ainsi de procéder rapidement à un réajustement thérapeutique précoce et d'éviter des décompensations aiguës et donc des ré hospitalisations.

- **Trouble du rythme cardiaque chronique :** mettre en place un dispositif de télé surveillance des stimulateurs cardiaques permettant de donner suite en temps réel aux dysfonctionnements des matériels ou aux troubles du rythme enregistrés.

- **Insuffisance rénale chronique :** généraliser à l'ensemble des services de dialyse un dispositif de télé surveillance

Il s'agit, de développer le système de télésurveillance des séances de dialyse existants en l'adaptant, si besoins afin de permettre un meilleur suivi médical à distance pendant la séance.

Etudier l'opportunité et la faisabilité d'un système de télésurveillance pour les patients traités par dialyse péritonéale.

L'usage de la télémédecine peut également concerner les maladies rares chroniques.

III.3.3.3. Prise en charge en oncologie :

- **Généraliser la mise en place d'un système de téléexpertise en cytologie hématologie.** Ce projet vise à offrir à chaque biologiste utilisateur la possibilité d'obtenir, dans un délai court, un minimum de deux avis d'experts sur un dossier images de cytologie hématologique. Ce dispositif consiste à permettre, sur la base de la transmission dématérialisée d'images de lames de sang entre les laboratoires de ville et le CHU de Limoges, de pouvoir bénéficier d'une expertise notamment en cas de suspicion de cancer et ainsi d'accélérer et de mieux coordonner la prise en charge du patient. La télé expertise en morphologie hématologique constitue un enjeu fort pour la région ; la morphologie étant la première étape du dépistage et du diagnostic en hématologie. Ce projet a vocation à s'inscrire dans une dimension nationale.
- **Développer la prise en charge en HAD des chimiothérapies :** il s'agit de mettre en place en lien avec les structures d'HAD de la région, un dispositif s'adressant aux patients atteints d'hémapathies malignes et traités par certaines molécules en HAD, de valider l'administration de chimiothérapies injectables à domicile et ce, en lien avec les logiciels hospitaliers de gestion, de préparation, d'administration et de distribution des chimiothérapies.

Ces priorités régionales ne sont pas exclusives des autres projets innovants pouvant être développés pour la prise en charge d'autres pathologies ou populations. En effet, celui-ci des priorités définies dans cette première génération de Programme Régional de Télémédecine, la politique régionale en matière de télémédecine doit rester ouverte à l'innovation, que ce soit en termes d'organisations ou de technologies, en particulier chaque fois qu'elle pourra appuyer l'optimisation de l'offre de soins et la qualité de la prise en charge de l'usager. Pour autant, il est opportun, dans la phase d'amorçage qui caractérise la télémédecine en région Limousin, de concentrer l'effort sur certains projets qui correspondent à des priorités régionales fortes et donc aux besoins de la population et des acteurs de santé du terrain. Il convient à ce titre de développer des usages qui s'avèrent opérationnels afin de favoriser l'adhésion des professionnels et des usagers.

Si ces priorités et projets s'inscrivent dans une logique de filière et de pathologie, ils ont également vocation à être déclinés selon une approche territoriale notamment par territoire de proximité via les Projets de Santé de Proximité.

Chaque chantier prioritaire a vocation à faire l'objet d'une fiche méthodologique précisant les éléments de contexte, les éléments de cadrage ainsi que les modalités organisationnelles et techniques pour une mise en œuvre opérationnelle. Il convient également de formaliser un dossier type de dépôt de projet télémédecine afin que celui-ci soit examiné par l'instance projet régionale à définir.

Ces travaux s'inscrivent pleinement dans les missions confiées au GCS EPSILIM (« **Décliner le programme régional de télémédecine de manière opérationnelle, réaliser un état des lieux des pratiques existantes et recenser les besoins et les projets, Interface entre l'ASIP et les établissements et les acteurs de santé, accompagner les établissements et les acteurs du terrain pour le déploiement de la télémédecine, donner une expertise technique sur les projets de demande de conformité au décret de télémédecine** ») au titre de l'appel à projet télémédecine de l'ASIP Santé notamment dans le cadre de la déclinaison opérationnelle et organisationnelle du Programme Régional de Télémédecine.

De manière complémentaire et parallèlement aux travaux engagés dans le cadre du Programme Régional de Télémédecine, le Groupement d'Intérêt Public (GIP) Massif Central, lance, avec les six régions dites du Massif Central (ARS et Conseils Régionaux) concernées par la petite et moyenne montagne à savoir, Auvergne, Rhône-Alpes, Bourgogne, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Limousin une étude interrégionale relative à la Télémédecine.

L'objectif est de définir des priorités interrégionales en matière de télémédecine en réponse aux enjeux d'accessibilité des soins dans les zones difficiles d'accès du Massif souvent rurales, montagneuses. Il s'agit de proposer des actions communes et mutualisées répondant aux problématiques spécifiques du Massif en terme d'aménagement du territoire, de couverture numérique, d'accès aux soins, de services à la population et ce, sous l'angle de la télémédecine.

L'étude « télémédecine et télésanté : pour une stratégie d'action interrégionale Massif Central » a retenu comme principale priorité : la télémédecine au service du maillage territorial.

L'étude ainsi menée va permettre de développer et d'équiper les 6 régions du Massif de packs regroupant des services et des infrastructures mutualisés et spécifiques aux problématiques des régions dites du Massif et ce, pour un meilleur maillage territorial.

III.3.4. Tableau synoptique des priorités régionales

Le tableau ci-dessous présente de manière synthétique les priorités régionales ainsi que les objectifs et les usages qui leur sont associés. Dans un souci d'ouverture, les priorités régionales contiennent des objectifs déclinés à la fois de manière générale mais également de façon plus opérationnelle.

Priorités	Objectifs	Usages/actes de télémédecine
Permanence des soins en imagerie	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un réseau d'imagerie médicale de téléimagerie et de téléradiologie : échange d'images. Améliorer la prise en charge en urgence et la réalisation d'examens d'imagerie en soins de proximité. Assurer la permanence des soins radiologiques. 	Interprétation à distance Téléconsultation Télé expertise
Prise en charge et prévention de l'AVC	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer la prise en charge en urgence des AVC : Améliorer la prise en charge rapide à distance d'un AVC pour limiter la perte de chances. Échanges d'images entre ES dotés d'IRM et l'UNV régionale. Améliorer le taux de recours à l'UNV. Améliorer la prévention de l'AVC : Dépister les troubles du rythme cardiaque et détecter l'hypertension artérielle. 	Télé expertise neuro-radiologique Télé consultation neurologique Télé assistance de l'acte de thrombolyse Télé surveillance
Maillage territorial et graduation des soins	<ul style="list-style-type: none"> Garantir l'accès aux soins de 1er recours. Mettre en place la consultation de spécialistes à distance. Améliorer la prise en charge en urgences via un dispositif de télétransmission des ECG par les effecteurs pré-hospitaliers à l'établissement de référence, pour interprétation d'ECG en situation d'urgences. Développer la télémédecine dans le cadre de la prise en charge en obstétrique et en pédiatrie Développer les consultations avancées. 	Télé consultation Télé expertise Télé assistance Télé surveillance

Prise en charge des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> Garantir l'accès aux soins et assurer la graduation des soins. Limiter le recours à l'hospitalisation : maintien à domicile ou en institution. Limiter la perte d'autonomie. Renforcer la médicalisation des EHPAD. Mettre en place les consultations mémoire. Prioriser la télémédecine sur la gériatrie, la géronto-psychiatrie, la psycho-gériatrie et la dermatologie (plaies chroniques: escarres...) : mettre en place la télémédecine entre EHPAD et établissements de santé 	Télé consultation Télé expertise Télé assistance Télé surveillance
Prise en charge de la santé des détenus	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accès aux soins (consultations spécialisées) en milieu pénitentiaire. Limiter les extractions et sécuriser les soins. Mettre en place de téléconsultations et télé expertise entre les trois UCSA des maisons d'arrêt et les établissements de santé auxquels elles sont rattachées. 	Télé consultation Télé expertise
Prise en charge des maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer le pronostic des pathologies pour une mobilisation plus rapide et pluridisciplinaire des acteurs de soins. Développer la prise en charge des maladies chroniques en ambulatoire. Améliorer la surveillance des pathologies chroniques au domicile ou sur le lieu de vie du patient afin de réajuster les traitements, d'éviter les décompensations aiguës et les réhospitalisations. Prioriser l'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme cardiaque : télésurveillance des prothèses implantables : défibrillateurs et stimulateurs cardiaques. Prioriser la Télé surveillance en l'insuffisance rénale chronique ;	Télé surveillance
Prise en charge du cancer	<ul style="list-style-type: none"> Améliorer le pronostic des pathologies pour une mobilisation plus rapide et pluridisciplinaire des acteurs de soins au moyen d'une double expertise à distance en cytologie hématologie (lames de sang). Développer la prise en charge en HAD des chimiothérapies injectables via une validation à distance. 	Téléexpertise Télé assistance

III.4. Recommandations relatives à l'élaboration et au déploiement des projets de télémédecine

Tout projet de télémédecine devra doit répondre aux exigences et préconisations suivantes :

- **Définir le projet médical qui sous tend l'activité de télémédecine :** 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 l'organisation à la technologie.
- **Construire des projets interopérables et modélisables :** tous les projets doivent s'inscrire dans une démarche vertueuse et modélisable en identifiant les facteurs clés de succès et les modalités de conduite de changement des organisations et des pratiques. La recherche de la 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.
- **Construire des projets évolutifs :** l'organisation mise en place doit être évolutive c'est à dire intégrer la possibilité de répondre à diverses applications médicales. Il s'agit en effet de développer des solutions techniques peu spécifiques et compatibles avec d'autres services de télémédecine futurs. À 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 ajouter d'autres projets tels que la téléassistance d'une maladie chronique. Il convient de mutualiser les dispositifs de télémédecine. Au delà des exigences de flexibilités et d'interopérabilité, de l'infrastructure numérique matérielle, l'aménagement et l'ergonomie des locaux doit être rendu reproductible à d'autres types de prise en charge et pathologies.

En clair, tout projet de télémédecine :

- N'a pas vocation à se substituer de manière systématique à la pratique médicale : ne pas déshumaniser la prise en charge
- Doit venir en appui à une pratique médicale
- Doit reposer sur une organisation médicale et paramédicale définie : ce n'est pas seulement un outil technique mais avant tout un outil au service d'une pratique, répondant à un besoin et reposant sur une organisation entre les acteurs (plannings partagés, plages horaire définies). Cela implique une forte implication des professionnels de santé concernés
- Doit apporter un fort service médical rendu à l'utilisateur : amélioration de l'égalité d'accès aux soins et de la qualité des soins
- Doit associer un maximum de structures (mutualisation) et concerner une mixité de structures (publiques, privées, sanitaires, médico-sociales, ambulatoires) pour plus de coopération et assurer le décloisonnement
- Doit reposer sur un outil simple, performant mais sécurisé (confidentialité) et interopérable
- Est un outil qui doit être pérennisé : aller au delà des expérimentations

Tout projet de télémédecine doit reposer sur des modalités et des conditions techniques, fonctionnelles, organisationnelles, juridiques, économiques et financières clairement définies.

III.5. Suivi et évaluation des projets de télémédecine

La mise en œuvre du programme régional de télémédecine s'inscrit dans l'échéance du PRS à savoir, 2016. Toutefois, compte tenu de la possibilité de réviser le PRT à tout moment, les priorités du programme régional de télémédecine peuvent être revues d'ici cinq ans.

Le suivi et l'évaluation du programme de télémédecine se font dans le cadre global de l'évaluation du PRS.

De manière plus spécifique, le suivi et l'évaluation ont vocation à faire à partir d'une part, des CPOM signés entre l'ARS et les établissements et d'autre part, des conventions conclues entre opérateurs. Il s'agit de mesurer l'état d'avancement de la mise en œuvre des priorités du PRT et d'évaluer le niveau d'atteintes des objectifs et engagements souscrits contractuellement auxquels sont assortis des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de suivi.