

Télé médecine

Programmes

Programme Régional
de Télé médecine



Sommaire



➤ Enjeux, objectifs et bénéfices attendus	5
➤ Cadres réglementaires actuels	7
➤ Stratégie globale de déploiement de la télémédecine	11
➤ La démarche régionale	15
➤ Organisation de la phase de diagnostic	19
➤ La mise en œuvre du Programme Régional de Télémédecine cible	23

➤ ANNEXES	27
-----------------	----

➤ GLOSSAIRE	53
-------------------	----





Enjeux, objectifs et bénéfices attendus



Sommaire

- 1.A Enjeux6
- 1.B Objectifs6
- 1.C Bénéfices attendus6

1.A - ENJEUX

Le déploiement de la télémédecine constitue l'un des facteurs clés d'amélioration de la performance de notre système de santé.

Son usage dans les territoires donne en effet des éléments pour 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.

1.B - OBJECTIFS

La promotion de ce nouveau mode d'exercice de la médecine poursuit 3 grands objectifs indissociables :

- > Améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires, notamment dans les zones enclavées ou sous-denses en matière de professionnels de santé ;
- > Améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux ;
- > Améliorer le parcours de soins des patients.

1.C - BÉNÉFICES ATTENDUS

Pour le patient :

- > une réponse adaptée dès le début de la prise en charge, notamment en écourtant les délais de prise en charge ;
- > une diminution de la fréquence, de la durée moyenne des hospitalisations, notamment dans les établissements de proximité grâce à la pratique de téléconsultations ou de téléexpertises spécialisées en lien avec l'établissement de recours ;
- > la suppression des transports inappropriés ou non justifiés vers l'établissement de recours (source d'anxiété et de risques pour certains patients fragilisés, notamment les personnes âgées) ;
- > le maintien à domicile ou au sein de structures médico-sociales ;
- > une amélioration du confort du patient (et de son entourage), qui se sent plus sécurisé par une meilleure prise en compte de ses besoins.

Pour les professionnels de santé :

- > l'amélioration de l'articulation et la coordination des soins entre le premier et second recours, notamment en facilitant le recours aux avis spécialisés de second recours ;
- > une réponse à l'isolement d'une équipe soignante dans un établissement de santé de proximité, ou d'un médecin généraliste de premier recours exerçant dans un territoire, ou encore dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire exerçant dans une structure regroupée (MSP, pôle de santé...) ;
- > la possibilité d'acquérir de nouvelles connaissances et de renforcer les collaborations interprofessionnelles ;
- > l'optimisation du temps médical et paramédical.

Pour les pouvoirs publics :

- > un meilleur aménagement du territoire de santé, via une gestion optimisée des ressources humaines mobilisables et une aide aux zones sous denses ;
- > le maintien d'une offre de santé dans tous les territoires, ce qui constitue in fine un facteur de maintien de l'attractivité du territoire ;
- > un frein à l'évolution des dépenses de santé, en prévenant les complications pour les patients atteints de maladies chroniques, en évitant ou en raccourcissant les hospitalisations et en limitant les coûts logistiques comme le transfert par ambulance de patients.



Cadres réglementaires actuels



Sommaire

- 2.A Définition des actes de télémédecine . . .8
- 2.B Conditions techniques
de mise en œuvre8
- 2.C Modalités de financement9
- 2.D Encadrement de l'organisation
de la télémédecine9

La réforme de l'organisation des soins, impulsée par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, constitue la base organisationnelle forte pour la mise en place de la télémédecine et le décret télémédecine du 19 octobre 2010 constitue une étape structurante pour son développement.

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 figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels paramédicaux apportant leurs soins au patient (Article L.6316-1 du code de la santé publique).

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 santé, de prescrire ou réaliser des prestations ou des actes de diagnostics ou de soins, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

2.A - DÉFINITION DES ACTES DE TÉLÉMÉDECINE

Cinq actes de télémédecine ont été définis (article R.6316-1 du code de la santé publique) :

La téléconsultation :

C'est une consultation médicale à distance réalisée en présence du patient. Le patient, acteur à part entière, peut dialoguer avec le médecin requérant ou le médecin téléconsultant. Un professionnel de santé 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 :

C'est un acte médical diagnostique ou thérapeutique qui peut se réaliser en dehors de la présence du patient. C'est un échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble, en fonction de leur spécialité, un diagnostic et/ou une thérapeutique sur la base de données cliniques, radiologiques ou biologiques qui figurent dans le dossier médical.

La télésurveillance :

C'est un acte médical qui découle de la transmission de données nécessaires au suivi médical d'un patient, permettant au médecin qui interprète ces données de prendre les décisions diagnostiques et/ou thérapeutiques adaptées. 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 :

Un médecin assiste à distance un autre médecin ou un professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie.

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

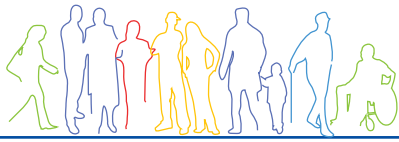
2.B - CONDITIONS TECHNIQUES DE MISE EN ŒUVRE

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

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

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

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



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

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

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

2.C - MODALITÉS DE FINANCEMENT

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

- > La tarification des actes de télémédecine est intégrée au droit commun du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 (dispositions générales relatives aux prestations et aux soins), L. 162-14-1 (dispositions relatives aux relations conventionnelles), L. 162-22-1 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en SSR 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 peut être soutenue :
 - par l'ARS au titre du dispositif prévu à l'article L. 221-1-1 (dispositions relatives au FIQCS) ainsi qu'au L. 162-22-13 (dispositions relatives aux MIGAC) 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,
 - par des subventions dans le cadre d'enveloppes FMES-PP déléguées aux ARS par la Direction Générale de l'Offre de Soins,

- par des subventions directes dans le cadre d'appels à projets de l'ASIP Santé ou d'autres opérateurs (la DATAR pour les pôles d'excellence rurale, le Commissariat général à l'investissement dans le cadre du Fonds pour la Société Numérique),
- par des subventions des collectivités territoriales.

2.D - ENCADREMENT DE L'ORGANISATION DE LA TÉLÉMÉDECINE

L'encadrement de l'organisation de l'activité de télémédecine est réalisé à deux niveaux :

Niveau 1 :

- > soit par un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;
- > 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'agence régionale de santé 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 préconisations et axes stratégiques du programme régional de télémédecine.

Niveau 2 :

Une convention devra être systématiquement signée entre les partenaires qui concourent à une activité de télémédecine afin de clarifier les droits et devoirs incombant à chaque acteur.





Stratégie globale de déploiement de la télémédecine



Sommaire

- > 3.A Un plan stratégique national
de déploiement de la télémédecine ... 12
- > 3.B Le programme régional
de télémédecine (PRT) 13

3.A - UN PLAN STRATÉGIQUE NATIONAL DE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

Ce plan a pour objet de déterminer les axes prioritaires de déploiement de la télémédecine et d'identifier les freins, obstacles et leviers de son développement, afin de favoriser les usages sur le terrain.

La réflexion est lancée par le ministère de la santé depuis début 2011.

Dans ce cadre, 5 chantiers prioritaires au niveau national ont été retenus, dans l'objectif de construire des modèles organisationnels et financiers pérennes et modélisables applicables à d'autres types de prise en charge ou pathologie.

L'imagerie en termes de permanence des soins :

Ce chantier 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.

La prise en charge de l'AVC :

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.

La santé des détenus :

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

La prise en charge d'une maladie chronique :

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 amènent à privilégier une prise en charge ambulatoire de ces patients. Ce chantier novateur oblige à un réel décloisonnement des différents champs d'intervention pour une prise en charge optimale par le

bais de la mise en place d'organisations innovantes. Les dispositifs médicaux communicants, les visioconférences et l'e-éducation thérapeutique devraient contribuer à atteindre cet objectif.

Les soins dans les structures médico-sociales ou en HAD :

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.

Parallèlement, 4 groupes techniques nationaux ont été lancés pour travailler sur des problématiques transversales :

Organisation et Contractualisation :

Fournir aux acteurs des outils liés à l'organisation et à la contractualisation (guides, cahiers des charges, référentiels ...) :

- > Accompagner les ARS dans l'élaboration du programme régional de télémédecine,
- > Définir les modalités de contractualisation entre les ARS et les établissements de santé et autres opérateurs ;
- > Définir les modalités de conventions entre opérateurs.

Impact sur les pratiques professionnelles :

- > Intégrer l'exercice de la télémédecine dans les dispositifs juridiques et organisationnels relatifs aux coopérations entre professionnels de santé (aspects relatifs à la responsabilité et au partage des compétences) et au développement professionnel continu ;
- > Mettre à la disposition des professionnels de santé, en lien avec la HAS, des recommandations de bonnes pratiques.

Tarification :

- > Fournir un cadrage général pour l'intégration des actes de télémédecine dans les listes NGAP, CCAM, LPP et NABM ;
- > Evaluer économiquement les projets de télémédecine.



Déploiement technique (TIC/SI) :

Définir le cadre technique de développement de la télé-médecine (proposition de normes communes, architecture cible, politique publique de couverture de haut et très haut débit...)

Enfin, plusieurs accompagnements financiers ont été prévus par le Ministère de la santé pour 2011 :

- > Enveloppe de 26 millions d'euros déléguée aux ARS dans le cadre du FMESPP pour le déploiement des 5 chantiers prioritaires répartie en deux dotations :
 - 14,4 millions d'euros sur une base populationnelle
 - 11,6 millions d'euros à 13 ARS pour le développement des usages de la télé-médecine dans la prise en charge de l'AVC
- > Subventions directes de 5,8 millions d'euros sur 3 ans par l'ASIP : 6 régions et 5 projets couvrant des modalités de télé-médecine variées et des actes de nature différente.

L'Aquitaine bénéficie en 2011 de la seule l'enveloppe populationnelle, pour un montant de 710 K€.

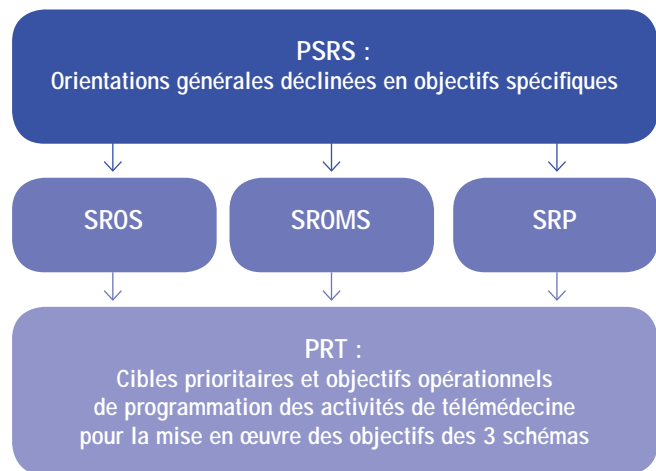
Le Plan national est annoncé pour la fin du 1^{er} trimestre 2012 et proposera :

- > une cartographie des projets de télé-médecine existants,
- > une stratégie de déploiement des types de projets prioritaires au niveau national,
- > les conditions techniques, juridiques et financières nécessaires au déploiement des usages de la télé-médecine.

3.B - LE PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉ-MÉDECINE (PRT)

Chaque région prépare son PRT, d'une part sur la base des priorités et des objectifs du plan national de déploiement de la télé-médecine et d'autre part, sur la base des priorités, des objectifs et des principes d'action identifiés dans le projet régional de santé (PRS).

Le PRT a ainsi pour objet de décliner les modalités spécifiques d'application des trois schémas du PRS en matière de télé-médecine. Il s'inscrit donc dans une démarche stratégique, prospective et concertée afin de proposer un ensemble cohérent et organisé des activités de télé-médecine à l'échelle territoriale.

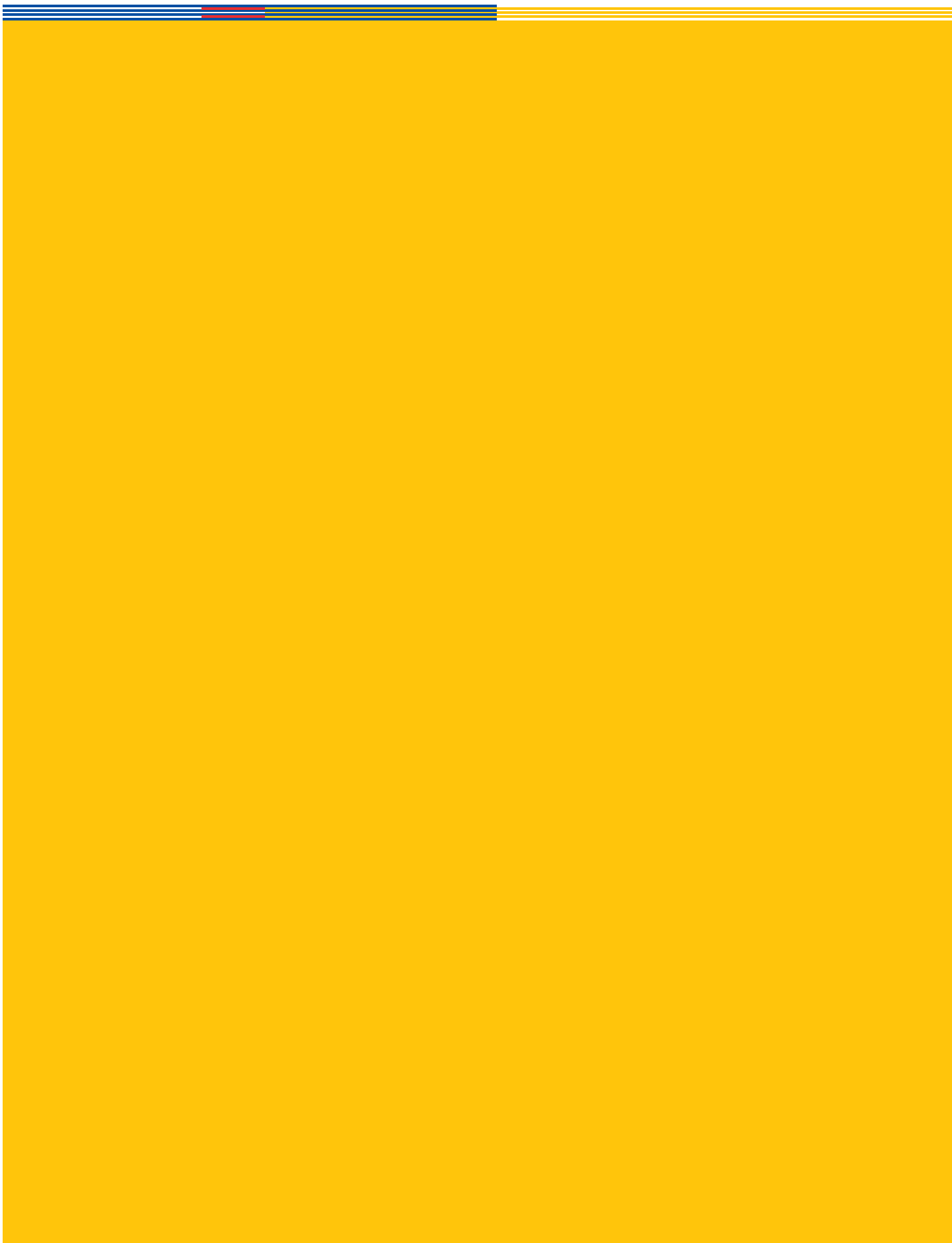


Il s'agit d'un programme transversal à tous les domaines de la santé. Il fait partie des outils disponibles pour structurer l'offre sanitaire, médico-sociale et de prévention, en réponse aux besoins de santé des populations et particularités des territoires de santé.

Arrêté pour une durée maximale de cinq ans, il est révisé en tant que de besoin afin de prendre en compte :

- > le caractère émergent et rapidement évolutif de la télé-médecine,
- > les apports liés au déploiement du plan stratégique national.

C'est en référence à ce document d'orientation que les ARS sélectionnent les projets et orientent la mise en œuvre des activités en contractualisant avec les opérateurs.





La démarche régionale



Sommaire

- 4.A Méthodologie et calendrier global 16
- 4.B Conduite du programme
de télémedecine 18
- 4.C Financement 18

4.A - MÉTHODOLOGIE ET CALENDRIER GLOBAL

Le programme régional de télémédecine doit, pour les 5 ans à venir :

- > fixer les cibles prioritaires et les objectifs opérationnels relatifs à l'organisation des activités de télémédecine et préciser leur programmation ;
- > définir les modalités de suivi, d'évaluation et d'accompagnement.

La qualité de la définition de ce programme dépend de plusieurs paramètres dont certains sont propres à l'Aquitaine :

- > une bonne connaissance du besoin,
- > un retour sur les programmes déjà opérationnels, et d'autres, externes à la région :
- > une analyse sur les usages de la télémédecine en termes de choix possibles d'opportunités, de solutions fiables et viables,
- > les éléments du plan national,
- > le ou les modèles économiques éprouvés,
- > la nomenclature des actes de télémédecine,
- > les modèles de contractualisation à poser entre les différents acteurs.

Actuellement, la plupart de ces paramètres sont insuffisamment maîtrisés, voire pour certains inconnus.

Afin de garantir la pertinence et l'efficacité des cibles en Aquitaine, il convient de définir une stratégie permettant :

- > de développer un modèle systémique synthétisant la prise en compte des besoins,
- > d'élaborer un cadrage global des cibles prioritaires tenant compte des spécificités des spécialités médicales,
- > de concentrer les moyens sur des programmes de télémédecine pérennes et efficaces, d'autant que des financements conséquents seront certainement nécessaires.

Pour ce faire, la méthode retenue en Aquitaine se décline en 2 étapes principales :

1) Etablir un diagnostic fiable, à partir d'études et des résultats d'expérimentations puis en déduire un scénario régional de déploiement.

2) Définir les solutions pour les cibles prioritaires, les déployer en sites pilotes, les évaluer et généraliser leur déploiement.

Une révision de ce document est prévue aux termes de la première étape pour inclure les objectifs retenus et les décliner en termes de modalités de suivi, d'évaluation, d'accompagnement et de financement.

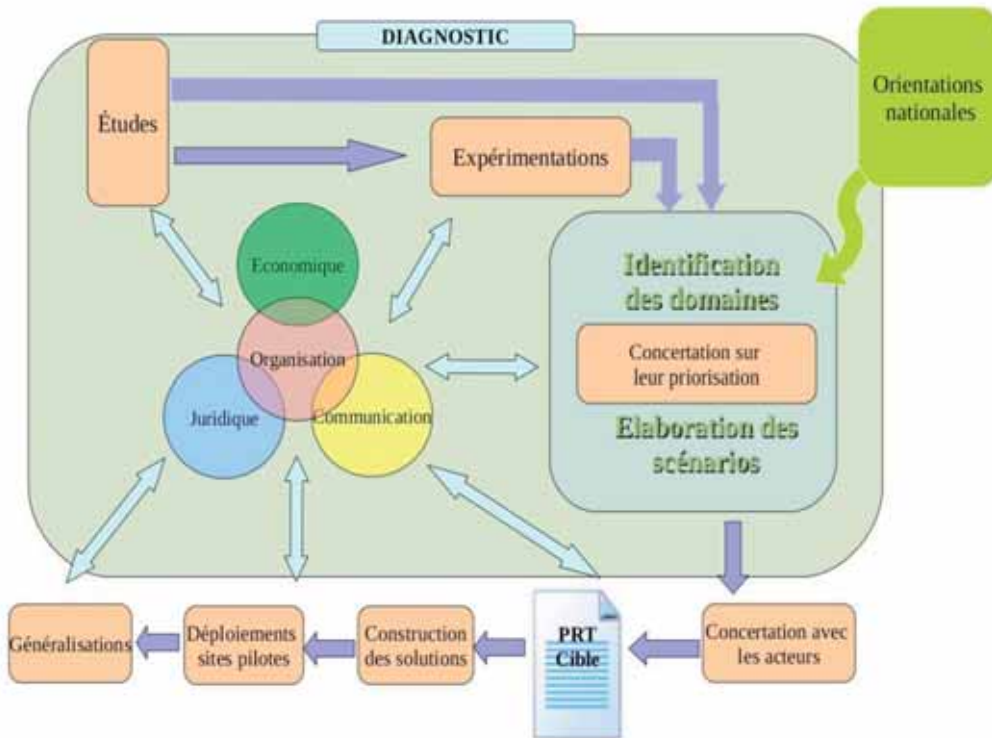
Le schéma ci-contre représente synthétiquement ces différentes étapes.

L'objectif de la phase de diagnostic est d'identifier les cibles prioritaires et les objectifs opérationnels pour le déploiement de la télémédecine en Aquitaine :

- > Mener une étude pour recueillir l'ensemble des états des lieux nécessaires (l'existant, les besoins, l'état de l'art, du marché, les opportunités de développement, etc.).
- > Identifier des projets régionaux à lancer ou à poursuivre dans le cadre d'une phase d'expérimentation en accord avec les 5 grands chantiers nationaux retenus par la DGOS. L'évaluation de ces projets permettra d'une part de disposer de données réelles lors de l'identification des cibles et objectifs et, d'autre part, de valider la démarche utilisée pour la construction des solutions et leur déploiement.
- > Consolider les données de l'étude et les premiers retours des expérimentations pour identifier différents domaines (pathologies, prise en charge...) éligibles au programme régional de télémédecine.
- > Organiser une concertation pour définir les domaines à prioriser dans le cadre de la politique régionale de santé.
- > Pour chacun de ces domaines, élaborer une ou plusieurs déclinaisons opérationnelles intégrant les principaux axes : organisation, disponibilité des ressources humaines, modèle médico-économique, infrastructure technique, pratiques professionnelles, coûts d'investissements et de fonctionnement, aspects juridiques, accompagnement, communication.
- > Proposer, à partir de ces résultats, des scénarios réalistes intégrant les priorités de santé publique.
- > Organiser une concertation entre les différents acteurs pour identifier, de manière partagée et tenant compte des moyens financiers envisageables, le scénario à déployer en Aquitaine. Le programme régional de télémédecine sera ainsi défini.



Construction du programme régional de télémédecine en Aquitaine



Débutera ensuite la phase de construction puis de déploiement :

- > Selon le scénario retenu, la mise en œuvre pourrait nécessiter la rédaction d'un ou de plusieurs cahiers des charges en vue du lancement d'un ou de plusieurs appels d'offres. Si plusieurs appels d'offres sont nécessaires, les chantiers pourront débuter indépendamment les uns des autres en tenant compte des interactions possibles entre appels d'offres.
- > Les premiers actes de télémédecine débuteront par le déploiement sur les sites pilotes des solutions retenues.

> La phase de généralisation consistera à étendre le périmètre afin d'atteindre dans leur intégralité les objectifs opérationnels fixés.

L'évaluation régulière des expérimentations ainsi que celles des sites pilotes permettra de déceler les éventuelles dérives et d'y apporter les actions correctives nécessaires.

Le programme régional de télémédecine s'étend sur 5 ans, selon le phasage prévisionnel suivant :

Une concertation semestrielle est prévue tout au long de la phase de mise en œuvre.

		2011		2012				2013				2014				2015
		T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4		
Concertation méthodologie																
Diagnostic		Expérimentations														
		Etudes														
		Concertation priorisation de domaines														
		Scénarii														
Concertation choix du scénario de déploiement																
Mise en œuvre		Construction de solutions														
		Déploiement des sites pilotes														
		Généralisation														

4.B - CONDUITE DU PROGRAMME DE TÉLÉMÉDECINE

L'agence régionale de santé pilote ce programme et en assure la maîtrise d'ouvrage.

Le « GCS TéléSanté Aquitaine » (TSA), porteur de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), accompagnera l'ARS en tant qu'assistance à maîtrise d'ouvrage. Par ailleurs, il sera éventuellement amené à assurer le rôle de maître d'œuvre dans la phase d'expérimentations.

La conduite de ce programme est assurée selon l'organisation suivante :

- > le binôme médico/administratif des référents télémédecine ARS, chargé d'assister la directrice générale pour le pilotage stratégique et l'organisation de la concertation,
- > un second binôme ARS/TSA de directeurs de programme, chargé du pilotage global, du suivi et de l'évaluation,
- > un chef de projet TSA, chargé de la réalisation du diagnostic, de la rédaction des appels d'offres et de leur traitement, de l'accompagnement des expérimentations et du scénario retenu.

Par ailleurs, l'ARS Aquitaine a installé un comité stratégique des systèmes d'information de santé partagés, associant les représentants de l'ensemble des acteurs concernés par la télémédecine : collectivités territoriales, préfecture, URPS et ordres des professionnels de santé, fédérations hospitalières et médico-sociales, organismes d'assurance maladie, usagers.

L'avis de cette instance, consultative et pérenne, est sollicité dans les domaines de la télémédecine, mais également plus largement, de la e-santé :

- sur les orientations stratégiques à prendre par l'ARS,
- sur la mise en œuvre opérationnelle des projets régionaux.

4.C - FINANCEMENT

Conduire le déploiement de la télémédecine dans une région implique un financement conséquent sur plusieurs années.

Les ressources consacrées à la télémédecine devront être allouées conformément aux principes du PSRS, en particulier réduction des inégalités d'accès aux soins, valeur ajoutée pour les professionnels et la population, impact éventuel sur les marges de manœuvre régionales.

Le financement ne peut se résumer aux seuls coûts d'investissements et de fonctionnement. En effet, le programme régional implique :

- > un pilotage,
- > un accompagnement,
- > la mise œuvre d'une organisation humaine,
- > de la formation,
- > de la communication.

De plus, tel que conçu, le programme aquitain prévoit un poste supplémentaire de financement : les expérimentations.

Celles-ci ont un rôle déterminant quant à l'estimation des coûts de mise en œuvre et de fonctionnement finaux lors de l'établissement des différents scénarii possibles. Le financement sera une composante clé utilisée lors de la phase de concertation pour déterminer quel scénario retenir : l'estimation associée doit être réaliste et argumentée.

Le programme met donc en évidence quatre postes de financement à prévoir :

- > le pilotage du programme : suivi, évaluation, accompagnement,
- > les expérimentations : mise en œuvre et fonctionnement,
- > la mise en œuvre : le diagnostic comme les moyens nécessaires à la mise en place des projets retenus,
- > le fonctionnement, qui inclut la partie maintenance.

Plusieurs sources de financement sont mobilisables :

- > les acteurs du système de santé,
- > l'assurance maladie, par la tarification des actes,
- > l'ARS,
- > d'autres acteurs institutionnels par le biais de subventions (ASIP, collectivités, etc.),
- > le cas échéant, d'autres partenaires (industriels, laboratoires ...).

Sur les exercices 2011 et 2012, l'ARS prévoit de mobiliser les crédits fléchés télémédecine du FMESPP 2011 (710 K€) pour le financement du diagnostic, en particulier pour le volet des expérimentations.

Par ailleurs, l'ARS prend à sa charge le coût du pilotage du programme, en mettant à disposition :

- > ses 2 référents télémédecine,
- > un chargé de mission SI de santé

L'ARS assume également le financement pour 24 mois du directeur de programme et du chef de projet dédiés au programme par le GCS TSA.



Organisation de la phase de diagnostic

Sommaire

- 5.A Périmètre de la phase de diagnostic20
- 5.B Phase d'étude 2011 à mars 201220
- 5.C Expérimentations 2012 à mars 201321
- 5.D Phase d'élaboration et de choix du scénario régional avril à juin 201221

5.A - PÉRIMÈTRE DE LA PHASE DE DIAGNOSTIC

Les phases études et expérimentations permettront de recueillir aussi bien des données empiriques que des données issues d'études de marché sur différents axes : les projets opérationnels ou à l'étude, le besoin, les opportunités de développement, les normes et réglementations, les opérateurs, les usages, l'organisation.

Dans ce cadre :

> Il est attendu de traiter **en priorité** les thèmes suivants :

- l'infrastructure régionale d'imagerie, avec évaluation notamment des possibilités :
 - de remplacer l'actuel réseau RIHRA (échanges d'images AVC et trauma-crâniens entre services d'urgence pour la gestion des transferts de malades),
 - d'étendre le réseau IRIS (accès partagé aux images IB, CHU, groupe radiologiques associés),
 - de disposer de solutions de téléradiologie permettant de pallier des problématiques de démographie des radiologues,
 - d'être le support d'échanges pour la téléthrombolyse.
 - la mise en œuvre du Plan Régional de Lutte contre les maladies neuro-cardio-vasculaires, tant sur son volet cardiologie que sur son volet AVC,
 - la télésurveillance et téléconsultation en dialyse,
 - les téléconsultations spécialisées en EHPAD,
 - la téléexpertise au profit des professionnels de santé exerçant en maison ou pôle de santé, en collaboration avec le conseil régional d'Aquitaine,
 - la prise en charge des personnes détenues.
- > D'autres thèmes sont susceptibles d'émerger s'ils contribuent à répondre à l'un des objectifs suivants :
- pallier des problèmes d'accessibilité aux soins, liés à l'isolement géographique ou à la démographie des professionnels (ex : pédiatrie, consultations avancées de spécialistes),
 - améliorer la coordination des soins (ex : télésurveillance des malades chroniques, HAD).

La consolidation de ces données permettra d'élaborer différents scénarios qui seront soumis à concertation.

5.B - PHASE D'ÉTUDE – 2011 À MARS 2012

L'objectif de cette phase est de recueillir un ensemble de données sur différents paramètres :

- > l'existant,
 - > les besoins,
 - > l'état de l'art, du marché,
 - > les opportunités de développement.
- à partir de plusieurs sources d'informations :
- > les schémas régionaux : le schéma régional de l'organisation des soins (SROS), le schéma régional de l'organisation médico-sociale (SROMS) et le schéma régional de prévention (SRP),
 - > les projets actuellement opérationnels,
 - > différentes enquêtes, en cours ou terminées, sur des thématiques ciblées,
 - > un sondage auprès des professionnels de santé référents, comme des personnes ayant manifesté un besoin en télé-médecine,
 - > les recommandations de groupes d'experts constitués ad'hoc,
 - > les publications, normes et réglementations,
 - > les opérateurs du marché,
 - > la jurisprudence,
 - > les projets dans d'autres régions.

Pour cette phase, des documents types ont été élaborés :

- > annexe I « Fiche descriptive d'un besoin »,
- > annexe II « Fiche descriptive d'un projet »,
- > annexe III « Fiche retour sur projets/expérimentations opérationnels ».

Une démarche qualité sera initiée dès cette première phase via l'élaboration de différents guides méthodologiques. Ceux-ci permettront d'intégrer des notions telles que l'évaluation, la gestion des risques ou encore la traçabilité des événements indésirables dans la conduite des expérimentations et du scénario retenu.



5.C - EXPÉRIMENTATIONS – 2012 À MARS 2013

La phase d'étude permettra également de déterminer les expérimentations pertinentes à mener, en tenant compte des difficultés qui se posent dans les territoires.

L'ARS retiendra les projets présentant le meilleur rapport enjeux / accessibilité / coûts :

Le niveau d'enjeu est estimé au regard des critères suivants :

- > articulation du projet avec des besoins prioritaires régionaux de santé publique,
- > articulation du projet avec l'une des 5 priorités nationales,
- > degré de généralisation possible.

Le niveau d'accessibilité est estimé au regard des critères suivants :

- > disponibilité des compétences à mobiliser sur le territoire,
- > disponibilité des infrastructures et technologies nécessaires à la mise en place du projet,
- > existence d'un projet médical partagé par les acteurs,
- > importance de la population cible.

Le niveau de coût de l'expérimentation est estimé au regard des critères suivants :

- > coût initial de mise en œuvre et fonctionnement,
- > présence d'un co-financeur (acteurs de santé, autres partenaires institutionnels, etc.).

L'objectif principal de ces expérimentations est avant tout l'amélioration de l'accès aux soins comme l'amélioration de la continuité des soins en s'appuyant sur les outils associés à la télémédecine.

Cependant, ces expérimentations visent aussi à nourrir l'étude par des enseignements et des préconisations, qui seront exploités lors de la phase de construction de scénarii. Leur évaluation doit permettre de définir les facteurs clés de réussite ainsi que les axes d'amélioration pour la conduite des domaines retenus sur les plans :

- > organisationnel,
- > administratif,
- > technique,
- > médico-économique,
- > juridique.

L'évaluation de la pratique médicale permettra quant à elle de quantifier l'impact du procédé sur la prise en charge des patients.

Il n'existe pas actuellement de grille d'évaluation généraliste de projets en télémédecine, et certains indicateurs seront propres au projet. Ces différentes évaluations seront à définir en partenariat avec les porteurs des expérimentations.

En conséquence, il sera demandé à chaque porteur de projet de déposer un dossier de présentation détaillée. Par dossier retenu, une contractualisation liera son porteur à l'agence régionale de santé. Des marchés pourront être passés selon la procédure adaptée (MAPA) pour la mise en œuvre de certaines expérimentations.

La prise en compte tout au long de l'expérimentation de la démarche qualité telle que définie en phase d'étude sera demandée. Ainsi, ces données d'évaluation seront régulièrement recueillies et analysées. Ces retours d'expériences continueront à alimenter la réflexion jusqu'à la mise en œuvre des solutions du scénario régional retenu. En fonction de celui-ci, certaines des expérimentations seront généralisées, et d'autres pourront être arrêtées.

Pour cette phase, les documents types suivants seront utilisés :

- > annexe II « Fiche descriptive d'un projet »,
- > annexe III « Fiche retour sur projets/expérimentations opérationnels »,
- > annexe IV « Grille sélection expérimentation »,
- > annexe VII « Modèle de contrat ».

5.D - PHASE D'ÉLABORATION ET DE CHOIX DU SCÉNARIO RÉGIONAL – AVRIL À JUIN 2012

L'objectif de cette phase est de choisir le scénario de déploiement de la télémédecine en Aquitaine parmi divers scénarios réalistes, cohérents et intégrant les priorités de santé publique.

Au préalable, une concertation avec le comité stratégique des systèmes d'information de santé sera organisée afin de présenter le diagnostic et définir les domaines prioritaires de déploiement de la télémédecine en Aquitaine.

En fonction des déclinaisons opérationnelles possibles pour chaque domaine retenu, plusieurs scénarios seront élaborés :

- > en tenant compte de la faisabilité humaine, technique, organisationnelle,
- > en précisant les moyens de financement requis.

Ces scénarios seront soumis à concertation au comité stratégique des systèmes d'information de santé afin que ce dernier donne son avis sur le scénario le plus opportun.

L'ARS révisera alors le programme régional de télémédecine pour présenter ce scénario, définir les objectifs opérationnels associés, préciser leur programmation et les modalités de suivi, d'évaluation et d'accompagnement. Cette révision sera soumise à la procédure de consultation qui s'impose pour le PRS, et notamment à la consultation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA).

Pour cette phase, les documents types suivants seront utilisés :

- > annexe II « Fiche descriptive d'un projet »,
- > annexe V « Grille sélection domaine »,
- > annexe VI « Grille aide au diagnostic ».



La mise en œuvre du programme régional de télémédecine cible

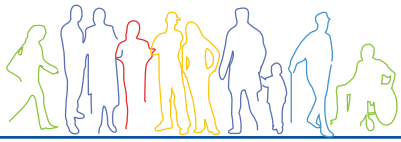
À l'issue de la procédure de consultation, le programme régional de télémédecine dans sa deuxième version sera mis en œuvre.

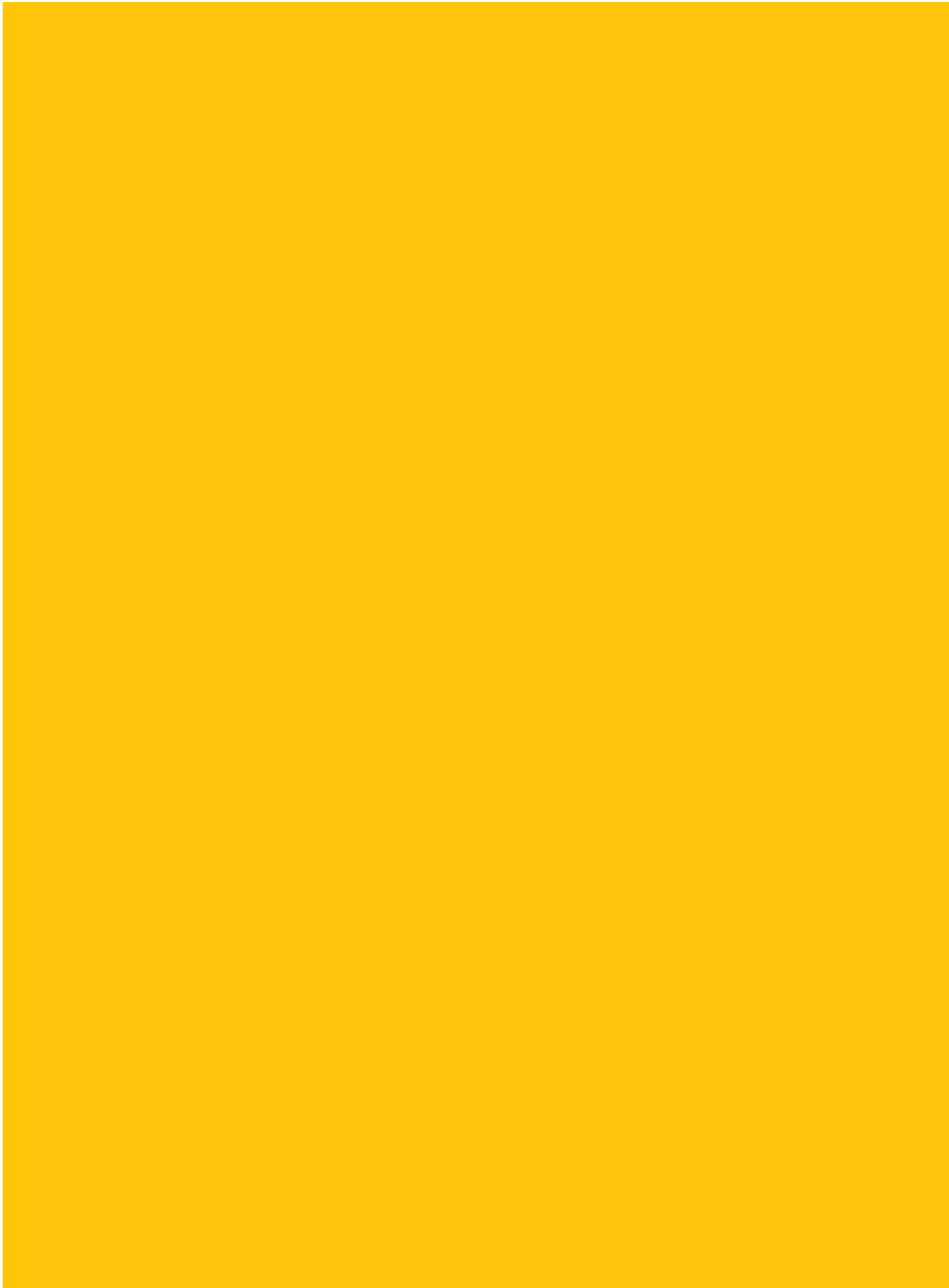
Le dispositif de pilotage mis en place en amont, sera alors centré sur la conduite de nouvelles étapes :

- > la construction des solutions,
- > le déploiement de sites pilotes,
- > la généralisation.

L'ARS maintiendra une politique d'évaluation continue qui permettra de capitaliser autour des premiers déploiements et d'élaborer un guide régional des bonnes pratiques en télémédecine.

L'ARS veillera à accompagner cette démarche dans différentes dimensions : la sensibilisation préalable des acteurs, la prise en compte de la dimension culturelle des pratiques professionnelles, la formation professionnelle, l'acceptabilité par les patients et la solvabilisation réaliste de cette nouvelle activité.



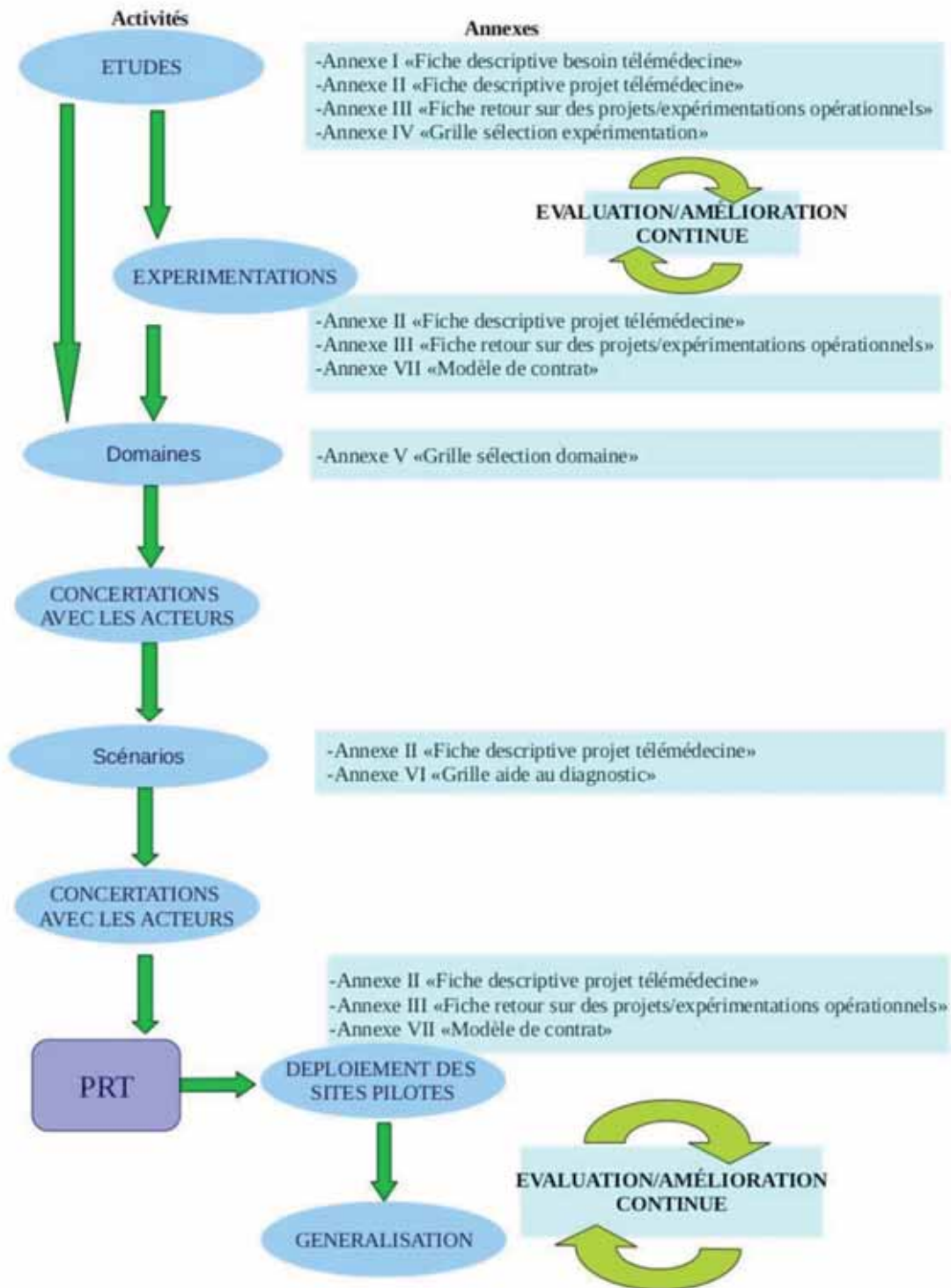


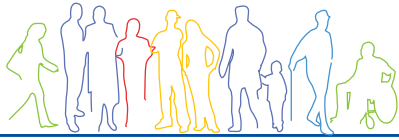
ANNEXES

- > 7.A Annexe I
Fiche descriptive
besoin télémedecine29
- > 7.B Annexe II
Fiche descriptive
projet télémedecine33
- > 7.C Annexe III
Fiche retour
sur des projets/expérimentations
opérationnels42
- > 7.D Annexe IV
Grille de sélection
des expérimentations44
- > 7.A Annexe V
Grille de sélection des domaines45
- > 7.B Annexe VI
Grille d'aide au diagnostic46
- > 7.C Annexe VII
modèle de contrat51

Le schéma suivant présente les différentes annexes et leur utilisation au cours de l'élaboration du programme régional de télémédecine cible.

PROGRAMME RÉGIONAL DE TÉLÉMEDECINE EN AQUITAINE





7.A - ANNEXE I – FICHE DESCRIPTIVE BESOIN TÉLÉMÉDECINE

L'objectif de cette fiche est de recenser les différents items à recueillir auprès de la personne ou de l'équipe porteuse du besoin lors de l'entrevue avec celle-ci.

Ces données seront utilisées par la suite pour une analyse de l'ensemble des besoins en termes de pertinence, de fiabilité, de généralisation, de mutualisation, de leviers, de freins, etc.

Annexe 1 Fiche descriptive besoin télémedecine

(Organisation)

0

Acteurs du besoin

Acteurs demandeurs (spécialités)	Structures concernées	Expression de la demande
Acteurs experts (spécialités)	Structures concernées	Expression de la réponse

Evaluation

Indicateurs mesurables et réalistes :

Médicaux :	Techniques :	Juridiques : existence d'indicateurs conformité décret.
Organisationnels :	Tracabilité des EI : Commentaire :	

Généralisation

Description des conditions de généralisation :

Géographique :	Organisation en place:	Matériel utilisé.
D'autres pathologies/besoins :	Organisation à prévoir pour la généralisation	Matériel à prévoir
	Organisation en place:	Matériel :
	Organisation à prévoir pour la généralisation	Matériel à prévoir
Freins à la généralisation :		



7.B - ANNEXE II – FICHE DESCRIPTIVE PROJET TÉLÉMÉDECINE

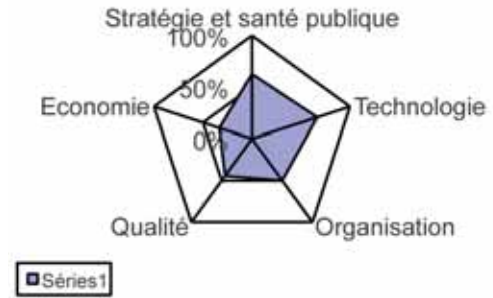
L'objectif de cette fiche est de décrire une expérimentation ou un scénario de mise en œuvre d'un chantier. Elle détaille certains aspects de l'annexe I :

- > le modèle organisationnel, en mode nominal et dégradé,
- > la solution technique, en mode nominal et dégradé,
- > par acteur, les coordonnées, rôles et responsabilités.

Elle permet de recueillir aussi les informations relatives au calendrier de déploiement, à l'évaluation, au modèle économique, au cadre administratif et réglementaire, aux éléments financiers, etc.

Stratégie et santé publique	Maximum	Valeur	%	Cotation possible	Explication de la cotation choisie
Rattachement à une priorité nationale	1	0		0 : pas de rattachement 1 : rattachement possible	
Rattachement à un objectif régional	1	1		0 : pas de rattachement 1 : rattachement possible	
Population ciblée	2	2		0 : une population particulière 1 : population particulière ciblée par les orientations nationales 2 : la population Aquitaine	
Territoire ciblé	2	2		0 : un territoire particulier 1 : un territoire particulier enclavé 2 : la région Aquitaine	
Généralisation population	3	1		0 : généralisation non applicable 1 : généralisation difficile (cout financier important) 2 : généralisation envisageable 3 : généralisation immédiate	
Généralisation territoire	3	3		0 : généralisation non applicable 1 : généralisation difficile (cout financier important) 2 : généralisation envisageable 3 : généralisation immédiate	
Généralisation usage	2	0		0 : généralisation non applicable 1 : généralisation envisageable 2 : généralisation immédiate	
Impact sur la population	2	1		0 : non mesurable 1 : long terme 2 : court terme	
Cotation	16	10	63%		
Technologie					
Maturité de la technologie	2	1		0 : technologie émergente 1 : technologie ... 2 : technologie éprouvée	
Coût à l'investissement	2	1		0 : lourd 1 : pondéré 2 : faible	
Coût à la maintenance	2	2		0 : lourd 1 : pondéré 2 : faible	
Cotation	6	4	67%		
Organisation					
Conduite du changement	2	0		0 : changement profond 1 : changement modéré 2 : changement faible	
Amélioration de la fluidité du parcours	2	2		0 : aucun impact 1 : impact modéré 2 : impact conséquent	
Impact sur les pratiques professionnelles	2	1		0 : aucun impact 1 : impact modéré 2 : impact conséquent	
Cotation	6	3	50%		

Qualité							
Evaluation: faisabilité de l'évaluation	1	1					0 : difficile 1 : faisable
Evaluation: complétude de l'évaluation organisationnelle	2	1					0 : faible 1 : partielle 2 : complète
Evaluation: complétude de l'évaluation technique	2	2					0 : faible 1 : partielle 2 : complète
Evaluation: complétude de l'évaluation impact population	2	0					0 : faible 1 : partielle 2 : complète
Risque:	2	0					
	9	4					44%
Economie							
Impact sur les dépenses de l'assurance maladie : mesurable?	1	1					0 : non mesurable 1 : mesurable
Impact sur les dépenses de l'assurance maladie : estimation?	2	1					0 : faible 1 : moyen 2 : conséquent
Impact sur les dépenses de santé: mesurable?	1	0					0 : non mesurable 1 : mesurable
Impact sur les dépenses de santé: estimation?	2	0					0 : faible 1 : moyen 2 : conséquent
	6	2					33%
Cotation							



7.C - ANNEXE III - FICHE RETOUR SUR DES PROJETS/EXPÉRIMENTATIONS OPÉRATIONNELS

Le but de cette fiche est d'aider à identifier les freins, les facteurs de réussite, les éléments généralisables.

FICHE RETOUR SUR DES PROJETS OPÉRATIONNELS/EXPÉRIMENTATIONS VO.8

Auteurs	Personnes rencontrées	Date	Version

Avis projet :



Retours sur le bénéfice		
Le bénéfice observé est-il bien le bénéfice attendu (cf Annexe I)	oui/ non	Commentaire
Pour le patient ?		
Pour les professionnels demandeurs ?		
Pour les professionnels sollicités ?		
Pour les pouvoirs publics ?		

Retours sur la mise en oeuvre		
Des difficultés ont-elles été rencontrées ?	oui/non	Comment ont-elles été résolues/contournées ?
médicales		
organisationnelles		
techniques		
administratives		
économiques		
juridiques		

Retours sur la contractualisation		
	oui/non	Commentaire
Les conventions/contrats mis en place sont-ils suffisants?		
Les conventions/contrats mis en place sont-ils généralisables ?		

Retours sur les usages		
	oui/non	Commentaire
Des modifications d'usage ont-elles été observées ?		
Si oui, ces usages correspondent-ils à des dérives ? et comment les éviter ?		
Si oui, correspondent-ils à un nouveau besoin ?		

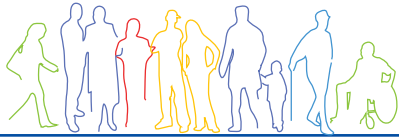
Retours sur l'évaluation		
	oui/non/ partielle	Commentaire
L'évaluation envisagée (cf annexe II) a-t-elle été réalisée ?		
Quels critères d'évaluation auraient été plus pertinents ?		
Quels indicateurs issus de l'annexe II peuvent être génériques ?		

7.D - ANNEXE IV – GRILLE DE SÉLECTION DES EXPÉRIMENTATIONS

Cette grille a pour objectif de comparer objectivement les projets d'expérimentations entre eux. En effet, il s'agit d'identifier les expérimentations les plus matures sur un plan organisationnel, les plus génériques en termes de solutions techniques, afin de disposer de données empiriques exploitables lors de l'élaboration de scénarii.

GRILLE DE SÉLECTION DES EXPÉRIMENTATIONS V0.8

ONGLET	CHAMPS	VALEURS POSSIBLES
Caractéristiques générales	Pourcentage d'implication	%
	Acte télémédecine	Téléconsultation Téléexpertise Téléassistance Téléassistance
	Orientation nationale	Imagerie en terme de PDS Prise en charge de l'AVC Prise en charge des maladies chronique Santé des détenus Soins dans les structures médico-sociales ou en HAD
	Stratégie régionale	Développement de la prévention dans un objectif de réduction des inégalités de santé Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins et aux prises en charges médico-sociales Garantir à la population des améliorations continues en termes de sécurité,
	Champ couvert	PDS Urgence 1er recours
	Territoire ciblé	SupraRégion Région Département Territoire Bassin de santé
	Population ciblée - pathologie	(texte libre)
	Volumétrie - % calculé (nombre de patients traités par TLM sur les patients concernés)	%
	Généralisation géographique	1, 2, 3 ou 4
	Mutualisation avec d'autres besoins	1, 2, 3 ou 4
Généralisation à d'autres pathologies	1, 2, 3 ou 4	
Nombre de projets similaires indicateurs	nombre	
Médical	Degré de description total %	%
Technique	Degré de description total %	%



7.E - ANNEXE V - GRILLE DE SÉLECTION DES DOMAINES

Cette grille, basée sur des critères médicaux, a pour objectif d'aider les acteurs en charge de la définition de la politique régionale de santé à identifier, parmi l'ensemble des besoins exprimés dans la phase d'étude, les domaines (pathologies, prises en charge...) qui leur sembleront les plus pertinents à développer.

GRILLE DE SÉLECTION DES DOMAINES VO.8

Cette grille vient compléter les critères identifiés dans l'annexe IV (grille de sélection des expérimentations) :

- > Le service rendu aux patients (égalité des chances face à une pathologie, égalité d'accès aux soins, amélioration du confort de vie...)
- > Le gain en efficacité auprès du patient (assurer une prévention médicale, éviter la redondance des examens...)
- > Le gain financier estimé (éviter la redondance des examens, suppression des transports, durée d'hospitalisation réduite...)
- > L'activité médicale du besoin est-elle complexe ?
- > La démographie médicale des professionnels de santé concernés par le domaine
- > Le rapport investissement / bénéfice

La valorisation de ces critères complémentaires par domaine sera déterminée par les acteurs médicaux lors de la concertation.

7.F - ANNEXE VI – GRILLE D'AIDE AU DIAGNOSTIC

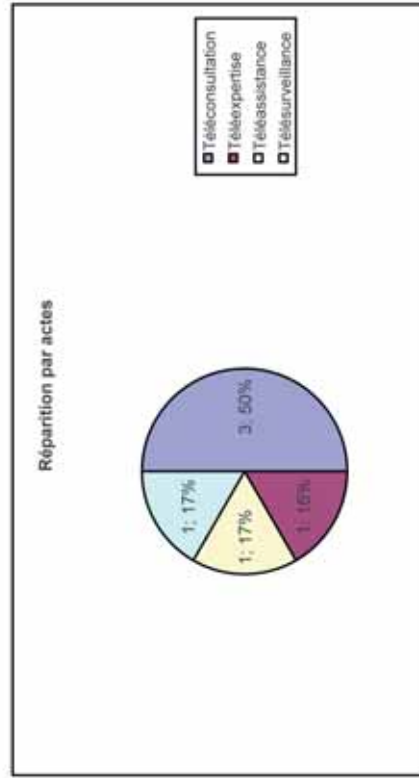
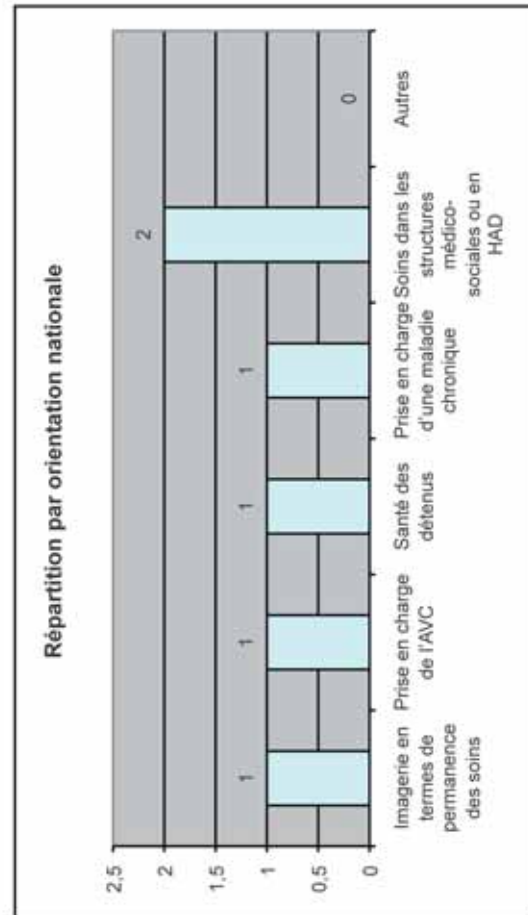
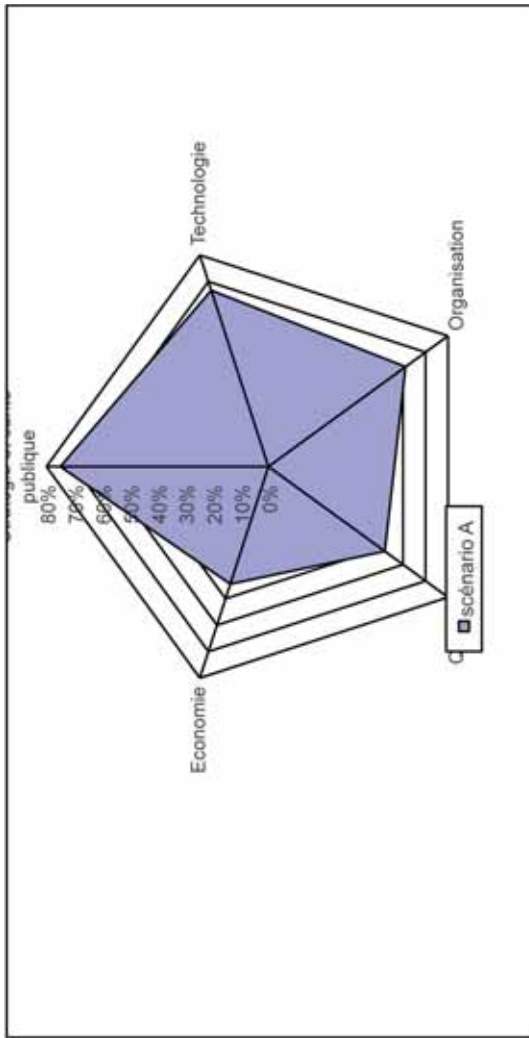
Cette grille permet de positionner chaque scénario selon plusieurs axes : l'axe stratégique et santé publique, l'axe technologique, l'axe organisation.

Elle offre aux acteurs de la concertation une vision synthétique et pragmatique de l'impact de chaque combinaison.

Annexe VI Grille d'aide au diagnostic

Scénario scénario A		
Nombre de déclinaisons opérationnelles	3	
Estimation du cout de mise en œuvre		
	Caractéristique de l'alternative	
Motivation	Intérêt patient	Intérêt organisationnel
		Intérêt technique
Impact de l'alternative		
Impact organisationnel		
Impact technique		
Impact financier		
Liste des scénarios impliqués		

	Scénario	scénario A
Nombre de déclinaisons opérationnelles		3
Estimation du cout de mise en œuvre		0



	Scénario			Déclinaisons opérationnelles		
	Max / scénario	Cotation	%	Déclinaison opérationnelle 1	Déclinaison opérationnelle 2	Déclinaison opérationnelle 3
Stratégie et santé publique	16	36	75%	0	1	0
Rattachement à une priorité nationale	1	1		1	1	1
Rattachement à un objectif régional	1	3		2	3	2
Population ciblée	2	7		2	2	2
Territoire ciblé	2	6		1	3	3
Généralisation population	3	7		3	3	3
Généralisation territoire	3	9		0	0	0
Généralisation usage	2	0		1	1	1
Impact sur la population	2	3				
Technologie	6	12	67%			
Maturité de la technologie	2	3		1	1	1
Coût à l'investissement	2	3		1	1	1
Coût à la maintenance	2	6		2	2	2
Organisation	6	11	61%			
Conduite du changement	2	2		0	2	0
Amélioration de la fluidité du parcours	2	6		2	2	2
Impact sur les pratiques professionnelles	2	3		1	1	1
Qualité	9	14	52%			
Évaluation: faisabilité de l'évaluation	1	3		1	1	1
Évaluation: complétude de l'évaluation organisationnelle	2	3		1	1	1
Évaluation: complétude de l'évaluation technique	2	6		2	2	2
Évaluation: complétude de l'évaluation impact population	2	0		0	0	0
Risque:	2	2		0	0	2
Économie	6	8	44%			
Impact sur les dépenses de l'assurance maladie : mesurable?	1	3		1	1	1
Impact sur les dépenses de l'assurance maladie : estimation?	2	3		1	1	1
Impact sur les dépenses de santé: mesurable?	1	2		0	1	1
Impact sur les dépenses de santé: estimation?	2	0		0	0	0

Domaine\Acte Seront listés ici les domaines retenus lors de la première concertation	Actes de télé médecine				Orientation nationale					
	Téléconsultation	Téléexpertise	Téléassistance	Télésurveillance	Imagerie en termes de permanence des soins	Prise en charge de l'AVC	Santé des détenus	Prise en charge d'une maladie chronique	Soins dans les structures médico-sociales ou en HAD	Autres
	1	1	1		1			1		
				1					1	
	1					1				
	1								1	
Total	3	1	1	1	1	1	1	1	2	0



7.G - ANNEXE VII – MODÈLE DE CONTRAT

Cette annexe reprend les éléments clés d'un contrat entre un porteur de projet et l'ARS.

MODÈLE DE CONTRAT

Lors de la contractualisation avec le porteur du projet, les éléments suivants sont au minimum indiqués :

- > la désignation du porteur et de l'ARS
- > l'engagement du porteur et la référence à la fiche descriptive du projet
- > l'engagement de l'ARS
- > un rappel de l'échéancier du projet (mise en œuvre, déploiement, évaluation)
- > le plan de financement incluant la répartition entre la subvention ARS et les autres sources de financement
- > les modalités de distribution de la subvention
- > un rappel sur l'évaluation et suivi
- > les clauses d'ajustement rappelant que le financement sera notamment soumis à l'application des différents guides qui seront fournis autour de la gestion des événements indésirables, de l'évaluation récurrente et de l'analyse de risque



GLOSSAIRE

A

ARS	Agence régionale de santé
ASIP santé	Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral

C

CAQCS	Contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSSIS	Comité stratégique des systèmes d'information de santé partagés

D/E/F/G

DATAR	Délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
ENRS	Espace numérique régional de santé
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la qualité et la coordination des soins
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
GCS	Groupement de coopération sanitaire

H/L/M

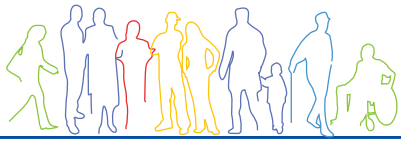
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
Loi HPST	Loi hôpital, patients, santé et territoires
LPP	Liste des produits et des prestations
MAPA	Marché à procédure adaptée
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire

N/P

NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
PRS	Projet régional de santé
PRT	Programme régional de télémédecine
PSRS	Plan stratégique régional de santé

S/T/U

SI	Système d'information
SROMS	Schéma régional de l'organisation médico-sociale
SROS	Schéma régional de l'organisation des soins
SRP	Schéma régional de prévention
SSR	Soins de suite et de réadaptation
TIC	Technologie de l'information et de la communication
TSA	Télesanté Aquitaine
URPS	Union régionale des professionnels de santé



ars

» Agence Régionale de Santé
Aquitaine

www.ars.aquitaine.sante.fr

Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

Espace Rodesse
103 bis rue Belleville - CS 91704
33063 Bordeaux Cedex

Tél : 05 57 01 44 00 / Fax : 05 57 01 47 85

ars-aquitaine-contact@ars.sante.fr