



**PROGRAMME REGIONAL
DE
TELEMEDECINE**

2012-2016

TABLE DES MATIERES

I. Introduction.....	3
II. définition des activités de télémédecine.....	5
A. Quelle définition donner à la télémédecine.....	5
B. A quels besoins répond la télémédecine ?.....	6
C. Les enjeux, objectifs et bénéfices attendus	6
D. L'articulation avec la télésanté.....	7
E. Un environnement favorable avec la convention médicale.....	8
III. contexte juridique.....	9
A. Conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine.....	9
B. Organisation et encadrement de l'activité de télémédecine sur un territoire de santé.....	9
C. Tarification et financement de la télémédecine	10
IV. stratégie de déploiement de la télémédecine	12
A. Niveau national et les chantiers prioritaires	12
B. Niveau régional : Le Programme Régional de Télémédecine (PRT)	14
V. méthodologie et calendrier	20
VI. conduite & accompagnement du programme régional de télémédecine.....	22
VII. Le contenu du Programme régional de Telemedecine	24
A. - Mise en œuvre des orientations et préconisations du SROS et du SROMS	24
1. La permanence des soins en Imagerie médicale.....	24
2. La prise en charge de l'AVC	25
3. La prise en charge des détenus	25
4. La prise en charge de Maladies chroniques :	26
5. La prise en charge des personnes âgées	27
6. Le Maillage d'accès aux soins	28
B. L'articulation avec les autres politiques publiques et la stratégie Hôpital Numérique	29
C. L'articulation avec la stratégie de coopération en inter région Antilles-Guyane, et caribéenne .	29
VIII. Objectifs opérationnels associés à chaque axe du projet régional de telemedecine.....	31
IX. Recommandations pour l'élaboration et le déploiement des projets de télémédecine	32
X. Annexes :.....	34
A. Annexe 1 : Fiche de synthèse par axe prioritaire	35
B. Annexe 2 : Fiche Etude ANAP « Téléconsultation en Imagerie au CHU de Fort-de-France »	36
C. Annexe 3 : fiche descriptive « Système d'Information Clinique Mutualisé ».....	41
XI. repertoire des sigles.....	44

I. INTRODUCTION

La télémédecine apparaît comme l'une des nouvelles formes de réponses aux besoins de nos territoires ruraux et enclavés. Forme de pratique médicale à distance – rendue possible par les évolutions de technologies et par un cadre réglementaire mis en place par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » de Juillet 2009 – la télémédecine constitue un levier fondamental de la mise en place de nouvelles organisations susceptibles de relever des défis tels que le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire et les contraintes budgétaires.

Dans une région ultramarine dont la démographie médicale pourrait rapidement devenir préoccupante, nous devons anticiper et mettre à disposition des acteurs, professionnels de santé et usagers du système de santé, des solutions adaptées à leurs besoins et leurs attentes.

Qu'il s'agisse de faciliter les prises en charge hospitalière à distance, de faire dialoguer les établissements médico-sociaux avec l'hôpital, d'améliorer le suivi des patients atteints de maladies chroniques, de permettre le maintien à domicile des personnes dépendantes, les solutions e-santé sont aujourd'hui nombreuses et efficaces. Par ailleurs, la télémédecine va pouvoir profiter des améliorations intervenues dans l'infrastructure régionale des télécommunications et de la croissance des communications numériques.

En Martinique, nous disposons d'un environnement favorable pour développer l'offre de services de demain :

- des professionnels de terrain motivés et déterminés pour porter les projets d'e-santé,*
- un socle de services opérationnels : messagerie sécurisée, infrastructures d'échanges, service d'annuaires, identification des patients...*
- des partenaires institutionnels régionaux et nationaux convaincus*

Forts de ces atouts, nous pourrions résolument nous engager dans la promotion des outils de téléexpertise, télésurveillance ou téléconsultations qui améliorent non seulement l'accès aux soins mais aussi les pratiques médicales et nous autorisent à repenser les coopérations entre professionnels de santé.

Ce document se veut constituer un cadre de travail à partir duquel s'organisera une réflexion partagée et concertée pour produire une véritable feuille de route pour un déploiement cohérent de la télémédecine. Il porte les ambitions que partagent l'Agence et ses partenaires. Et pour que cette ambition se traduise demain par la mise en place de solutions adaptées aux besoins des professionnels de santé et répondant aux attentes de nos concitoyens, cette démarche sur l'acceptation et l'appropriation de la télémédecine par tous les acteurs de la chaîne de soins s'impose, afin de produire dans un premier temps un programme à la hauteur des exigences et de la réalité de la région.

En favorisant la mise en place du concept de gradation des soins, notamment dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques dont le nombre ne fera que croître avec l'allongement de la durée de la vie, les impacts et avantages apportés par la télémédecine ne se limiteront pas aux seuls aspects économiques.

C'est bien là tout l'enjeu de ce programme de télémédecine qui constitue un des axes forts et structurants de notre Projet régional de santé.

Le programme régional de télémédecine ou PRT a pour objet de décliner les modalités spécifiques d'application des 3 schémas du projet régional de santé en matière de télémédecine. Il s'inscrit dans une démarche stratégique, prospective et concertée afin de proposer un ensemble cohérent et organisé d'activités de télémédecine à l'échelle territoriale.

Programme transversal, il est commun à tous les acteurs de santé, des acteurs sanitaire et médico-social. Il fait partie des moyens attribués aux ARS pour structurer l'offre sanitaire et médico-sociale en réponse aux besoins de santé des populations et particularités des territoires de santé.

Il est préparé d'une part sur la base des priorités et objectifs du plan national de déploiement de la télémédecine et d'autre part sur la base des priorités, des objectifs et des principes d'action identifiées dans le PRS.

Outil stratégique et opérationnel, il précise les axes prioritaires et les modalités de déploiement et de régulation des activités de télémédecine sur un territoire de santé en adéquation avec les besoins sanitaires identifiés dans le PSRS en termes d'organisation, d'efficacité et de qualité.

Arrêté pour une durée maximale de 5 ans, il pourra être révisé en tant que de besoin afin de prendre en compte le caractère émergent et rapidement évolutif de la télémédecine. En outre, le PRT doit être ajustable et adaptable en fonction du déploiement et des apports du plan stratégique national.

Le développement de la télémédecine au sein des 4 territoires constituera essentiellement une réponse organisationnelle et technique aux défis épidémiologiques et démographiques auxquels l'ARS devra faire face. Il constitue une réponse à l'ambition de garantir à tous l'accès aux soins quel que soit leur lieu de vie, et de pouvoir mobiliser toutes les expertises auprès du patient. L'organisation de cette activité de télémédecine, pour optimiser sans alourdir la charge de travail de certains professionnels de santé, devra reposer sur un projet médical défini et partagé.

La stratégie actée dans le PRT doit être adaptée aux enjeux, aux territoires et à la complexité du domaine concerné 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.*

II. DEFINITION DES ACTIVITES DE TELEMEDECINE

A. Quelle définition donner à la télémédecine

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 et/ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet :

- d'établir un diagnostic,
- d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé,
- de préparer une décision thérapeutique,
- de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes,
- d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Cinq actes de télémédecine ont été définis par le code de la santé publique (l'article R6316-1) :

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 (un médecin, une infirmière, un kinésithérapeute, un manipulateur radiologue...) peut assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

La téléexpertise : c'est une **aide à la décision médicale** apportée à un médecin par un autre médecin situé à distance. Elle 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 thérapie sur la base de données cliniques, radiologiques ou biologiques qui figurent dans le dossier médical.

La télésurveillance : c'est un acte médical qui permet de **surveiller à distance** un patient. Il 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. Ces données sont recueillies par un professionnel de santé qui peut être un paramédical qui agit sous la responsabilité d'un médecin. Ces données peuvent être transmises par le patient lui-même.

La téléassistance : un médecin **assiste à distance** un autre médecin ou un professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie. Le médecin peut également assister un autre professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie, voire dans le cadre de l'urgence, assister à distance un secouriste ou toute personne portant assistance à personne en danger en attendant l'arrivée d'un médecin.

La **réponse médicale, apportée dans le cadre de la régulation médicale** peut reprendre les 4 typologies évoquées.

B. A quels besoins répond la télémédecine ?

Garantir l'égalité d'accès aux soins

En supprimant la distance, la télémédecine rapproche les patients de la présence et/ou de l'expertise médicale. Elle améliore donc l'accessibilité de tous sur l'ensemble du territoire aux soins, notamment mais pas exclusivement dans les zones enclavées, isolées ou sous-denses.

En réduisant le temps de réponse dans le cas d'une situation d'urgence, la télémédecine permet une plus grande égalité de chances.

Assurer une meilleure couverture médicale

Du fait de la situation régionale globale en matière de démographie médicale, la télémédecine permettra de pallier à des difficultés locales qui pourraient intervenir notamment lorsque les soins dans un bassin de vie reposent sur un petit nombre de professionnels ou de structures n'apportant pas une réponse spécialisée. Par ailleurs, la tension constatée pour nombre de spécialités incite à développer, notamment la téléconsultation et la téléexpertise.

Améliorer la qualité des soins

En communiquant des images, des résultats d'examen, des dossiers ou des comptes rendus, la télémédecine améliore la qualité et la sécurité des soins.

En assurant un meilleur accès aux soins, elle concilie proximité et sécurité en permettant à des médecins traitants de recourir dans les meilleures conditions à des expertises supplémentaires. En favorisant la coopération des pratiques médicales et le suivi à distance, elle permet de conserver un bon niveau de qualité des soins tout en maintenant les patients dans leur lieu habituel de vie (à domicile ou en établissement médico-social, des personnes en situation de perte d'autonomie ou souffrant de maladies chroniques).

Contribuer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé

La télémédecine permet également de favoriser un recours maîtrisé au système de soins en diminuant la fréquentation des urgences, le recours aux dispositifs de permanence des soins, les hospitalisations inadéquates et les transports.

Elle peut permettre de contribuer à une décélération des dépenses de santé dans la prise en charge des maladies chroniques comme par exemple pour les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique avec la télédialyse.

C. Les enjeux, objectifs et bénéfices attendus

Ils sont potentiellement nombreux.

Pour le patient :

- En apportant une réponse adaptée dès le début de la prise en charge, notamment en écourtant les délais de prise en charge ;

- En diminuant la fréquence, la durée moyenne des hospitalisations, notamment dans les établissements de proximité grâce à la pratique de téléconsultations ou de télé expertises spécialisées vers l'établissement de recours ;
- En évitant et en réduisant les transports inappropriés ou non justifiés vers l'établissement de recours (source d'anxiété et de risques pour certains patients fragilisés, notamment les personnes âgées) ;
- En favorisant le maintien à domicile ou au sein des structures médico-sociales grâce à la télésurveillance ou la téléassistance qui permettent aux patients de devenir ainsi acteurs de leur propre santé.

Pour les professionnels de santé :

- En améliorant l'articulation et la coordination des soins entre le premier et second recours, notamment en facilitant le recours aux avis spécialisés de second recours. La gradation des soins doit permettre de sortir d'une attractivité hospitalière d'amont et d'aval et de développer une solidarité régionale en matière d'offre de santé, tenant compte des ressources existantes tout en garantissant la qualité ;
- En apportant une réponse à l'isolement d'une équipe soignante dans un établissement de proximité, ou d'un médecin généraliste de premier recours exerçant dans un territoire, ou encore d'une équipe pluridisciplinaire exerçant dans une structure regroupée (maisons de santé pluridisciplinaires, Pôle de santé...) ;
- En permettant d'acquérir de nouvelles connaissances et renforcer leurs collaborations interprofessionnelles ;
- En optimisant le temps médical et paramédical.

Pour les pouvoirs publics :

- Pour les ARS, la télémédecine constitue un levier pour un meilleur aménagement du territoire de santé. Son usage permet en effet une gestion optimisée des ressources humaines mobilisables et une aide aux zones sous denses (lutte contre les inégalités d'accès aux soins).
- Pour les collectivités locales, la télémédecine permet de maintenir une présence santé dans tous les territoires. Elle constitue in fine un facteur de maintien de l'attractivité du territoire.
- Pour l'Assurance Maladie, la télémédecine est un moyen de prévenir des complications de patients atteints de maladies chroniques, d'éviter ou de raccourcir des hospitalisations et de diminuer des coûts logistiques comme le transfert par ambulance de patients.

D. L'articulation avec la télésanté

Le rapport du conseil national de l'ordre des médecins de janvier 2009 relatif aux préconisations sur la télémédecine précise que *la télémédecine doit être distinguée de la notion de télésanté. Elle en constitue un **sous ensemble spécifique** dont la principale particularité tient à ce qu'elle concerne des professions réglementées.*

D'après M. Lasbordes¹, la signification de la télésanté reste quant à elle encore imprécise. **Son champ d'application est plus vaste que celui de la télé-médecine** par sa vocation à couvrir, outre le domaine médical au sens strict, le domaine très large et divers du médico-social.

La télésanté est l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales. Quelques exemples d'applications : téléinformation, télévigilance, télémonitoring, téléanimation, téléformation, téléprescription.

La télé-médecine relève du champ exclusivement médical de la télésanté

E. Un environnement favorable avec la convention médicale²

L'informatisation des cabinets médicaux figure parmi les axes prioritaires de la nouvelle convention médicale signée le 26 juillet 2011³ car elle constitue un levier majeur d'amélioration de la qualité des pratiques. Des indicateurs ont ainsi été introduits pour le paiement à la performance :

- **La tenue d'un dossier médical.** Il doit permettre pour chaque patient de saisir les données cliniques issues de l'examen médical, des résultats d'examens para cliniques et les données thérapeutiques (traitements, allergie, contre-indications). Le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels.

- L'utilisation d'un **logiciel d'aide à la prescription.** Ce dernier permettra d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge.

- Les **échanges dématérialisés entre professionnels**

- **L'élaboration du volet de synthèse du dossier médical par le médecin traitant.** Le médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Dans ce cadre, il tient à jour, pour chacun des patients qui l'ont choisi, le dossier médical qu'il enrichit des données cliniques et paracliniques. Il est en mesure à partir de ce dossier d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné.

¹ La Télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être (Octobre 2009)

² Arrêté du 22 Septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, JO 25 Septembre 2011

³ Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 Juillet 2011

III. CONTEXTE JURIDIQUE

A. Conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine

La télémédecine, en tant qu'activité médicale à part entière, 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, doivent être inscrits dans le dossier du patient :

- Le compte-rendu de la réalisation de l'acte ;
- Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectuées ;
- 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. Ce dernier 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 explicitement 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 express de la personne relatif à l'hébergement des données de santé prévu à l'article 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.

B. Organisation et encadrement de l'activité de télémédecine sur un territoire de santé

Le pilotage de l'organisation de l'activité de télémédecine doit être organisé à la fois au niveau national et régional pour l'adapter aux spécificités locales.

Son encadrement 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)**⁴ 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, devoirs et responsabilités incombant à chaque acteur dans le respect des dispositifs réglementaires.

C. Tarification et financement de la télémédecine

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 FMESPP 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.

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

Les investissements nécessaires au déploiement des usages de la télémédecine peuvent nécessiter de recourir à diverses sources de financement, ayant comme origine :

⁴ Circulaire du 10 Janvier 2012 relative au CPOM entre l'ARS et les établissements de santé

- Au niveau européen :
 - Le FEDER
- Au niveau national :
 - La DGOS Le FMSPP
 Les MIG
 Le FIQCS
 - La DATAR
- Au niveau régional :
 - L'ARS Le FIR
 - Autres partenaires publics et privés

IV. STRATEGIE DE DEPLOIEMENT DE LA TELEMEDECINE

Le déploiement des activités de télémédecine nécessite une vision transversale des politiques publiques afin de conjuguer des approches à la fois territoriales, médicales, économiques, techniques, professionnelles et éthiques. L'échelon régional est donc parfaitement adapté pour faire émerger et tester des projets tout en menant une véritable conduite du changement auprès de l'ensemble des acteurs, usagers et professionnels de santé.

Tel est l'objet du programme régional de télémédecine qui doit préciser les orientations et préconisations en termes de développement des activités de télémédecine.

A. Niveau national et les chantiers prioritaires

a) La stratégie nationale : Un Plan stratégique national de déploiement de la télémédecine

Le ministère 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 et d'identifier les freins, obstacles et leviers de son développement, afin de favoriser les usages sur le terrain.

Le plan stratégique national se structure autour de trois volets :

- Un **document stratégique** intitulé "**Stratégie télémédecine 2011-2015**", précisant la vision, les enjeux et les grandes orientations stratégiques à moyen terme ;
- Un **plan d'actions** dont chacune d'entre elle 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.

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

Organisation et Contractualisation :

Il s'agit de 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 conventionnement 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.

Tarifification :

- > 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 télémédecine (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 télémédecine 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 télémédecine 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 1er trimestre 2012 et proposera :

- > Une cartographie des projets de télémédecine existants (intégrant la Martinique),
- > 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 télémédecine

b) Les chantiers prioritaires.

Au niveau national cinq chantiers prioritaires 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. Il s'agit de :

L'imagerie en termes de continuité et 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. Il s'inscrit dans le cadre plus large de la mise en place des réseaux PACS (Picture Archiving and Communication System). Il s'agit désormais d'expertiser les

organisations mises en place afin de poser des modèles organisationnels et financiers vertueux et modélisables.

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 biais 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. Parmi ces maladies, on peut citer ; le diabète, l'insuffisance rénale chronique ou l'insuffisance cardiaque.

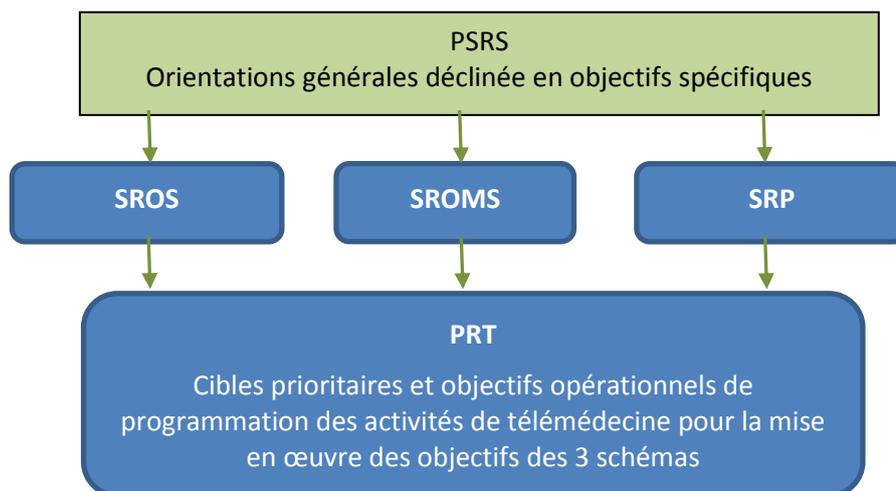
Les soins dans les structures médico-sociales ou en HAD :

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.

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.

B. Niveau régional: Le Programme Régional de Télémédecine (PRT)

Chaque région prépare son PRT, d'une part sur la base des priorités et objectifs du plan national de déploiement de la télémédecine et d'autre part, sur la base des priorités, objectifs et des principes d'action identifiés dans son plan stratégique régional de santé (PSRS) et les différents schémas.



Les priorités du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) de la Martinique ont été ainsi retenues pour chacun des 5 domaines stratégiques:

5 Domaines Stratégiques	Récapitulatif des Priorités PSRS – Martinique 2011-2015
1 - Handicap & Vieillessement	1. Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées en tenant compte de l'évolution démographique de la Martinique 2. Renforcer l'autonomie de la personne en situation de handicap en complétant et en diversifiant l'offre et les modalités de prise en charge 3. Assurer la couverture des besoins médico sociaux sur les quatre territoires de proximité
2 - Risques Sanitaires	4. Gérer et anticiper les risques infectieux, notamment épidémiques et émergents 5. Diminuer l'impact sanitaire lié aux risques majeurs 6. Gérer les conséquences des pollutions et créer un cadre de vie favorable à la santé
3 - Périnatalité	7. Agir sur les indicateurs régionaux défavorables de mortalité périnatale, de naissance prématurée et d'IVG 8. Développer une politique de dépistage et de suivi des enfants à risque de handicap 9. Piloter, coordonner et évaluer régionalement la politique de périnatalité
4 - Maladies Chroniques	10. Développer des stratégies de Promotion de la Santé, de Prévention primaire et de dépistage des principales affections à forte prévalence régionale 11. Réorganiser un parcours de santé gradué et coordonné pour la prise en charge des maladies chroniques 12. Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques
5 - Santé Mentale	13. Améliorer et développer le dispositif de prise en charge dans le champ de la santé mentale 14. Inscrire la santé mentale dans les objectifs de promotion de la santé pour faire évoluer les représentations et les pratiques 15. Renforcer les droits des malades et de leurs familles

a) Les orientations et priorités du PSRS et des Schémas (SROS et SROMS)

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

Les réflexions engagées dans le cadre du PRS mettent en évidence des besoins en matière de coordination, d'accès aux soins, de continuité dans le cadre de la permanence des soins et du décloisonnement ville-hôpital. Le système de santé doit également s'adapter à l'aune de l'évolution et de la transformation des pratiques médicales pour une amélioration de la prise en charge. De plus, la rationalisation des dépenses de santé, notamment au moyen de la diminution du recours à l'hospitalisation, constitue un objectif pour lequel la télémédecine doit concourir.

Le plan stratégique régional de santé, première étape de la démarche d'élaboration du PRS, a identifié un axe d'action transversal dont l'un des axes porte sur le développement de l'efficacité et de la performance du système de santé. Là ont été positionnés les systèmes d'information en santé, dont la télémédecine comme axe de développement à développer.

Au titre des projets en cours et à venir, un acteur local : le Groupement de Coopération Sanitaire Système d'Informations de Santé a initié une démarche de demande d'agrément d'hébergeur de données de santé

b) Les orientations régionales en matière de Performance, de Systèmes d'Information

Le dispositif de premier recours doit être mieux articulé pour enrayer le processus de chronicité. La difficulté de mise en place de soins intégrés relève d'une organisation historiquement très morcelée et cloisonnée des soins. Les réseaux de santé et les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), toutes les formes nouvelles d'organisation comme notamment les CR3P en cours de déploiement dans la région constituent des pistes à promouvoir. Pour les mettre en œuvre avec efficacité et dans l'objectif de performance qui doit être maintenu et renforcé, les points suivants doivent être abordés et traités avec vigilance. Ce sont :

- La mise à disposition de systèmes d'information adaptés,
- Le partage de l'information entre intervenants sur un même malade,
- Le suivi coordonné, sécurisation des liaisons entre ville et hôpital, soins intégrés,
- Les protocollisations indispensables.

Dans la droite ligne de l'esprit de la loi Hôpital, Patients, Santé Territoire, et sous le pilotage de l'Agence Régionale de Santé, les établissements et partenaires de santé se sont engagés dans un processus de réorganisation progressive sur le principe de communautés hospitalières ; ainsi,

- au 1^{er} Janvier 2012 → Fusion entre les 3 établissements : le Carbet, l'hôpital de Saint-Pierre et la maison de retraite du Prêcheur entrée dans les faits,
- Communauté hospitalière entre hôpitaux de proximité Centre et Sud
- Fusion en cours (prévue au 1^{er} Janvier 2013) des CHU de Fort-de-France, CH Louis Domergue et Cité Hospitalière Mangot Vulcin

Le DMP (Dossier Médical Personnel)

Le DMP est un dossier médical informatisé et sécurisé. Il est utilisé par les professionnels de santé avec le consentement du patient ; il ne remplace pas le dossier des professionnels dans le parcours de soins du patient. Il contient les informations utiles à une connaissance globale et pertinente de la

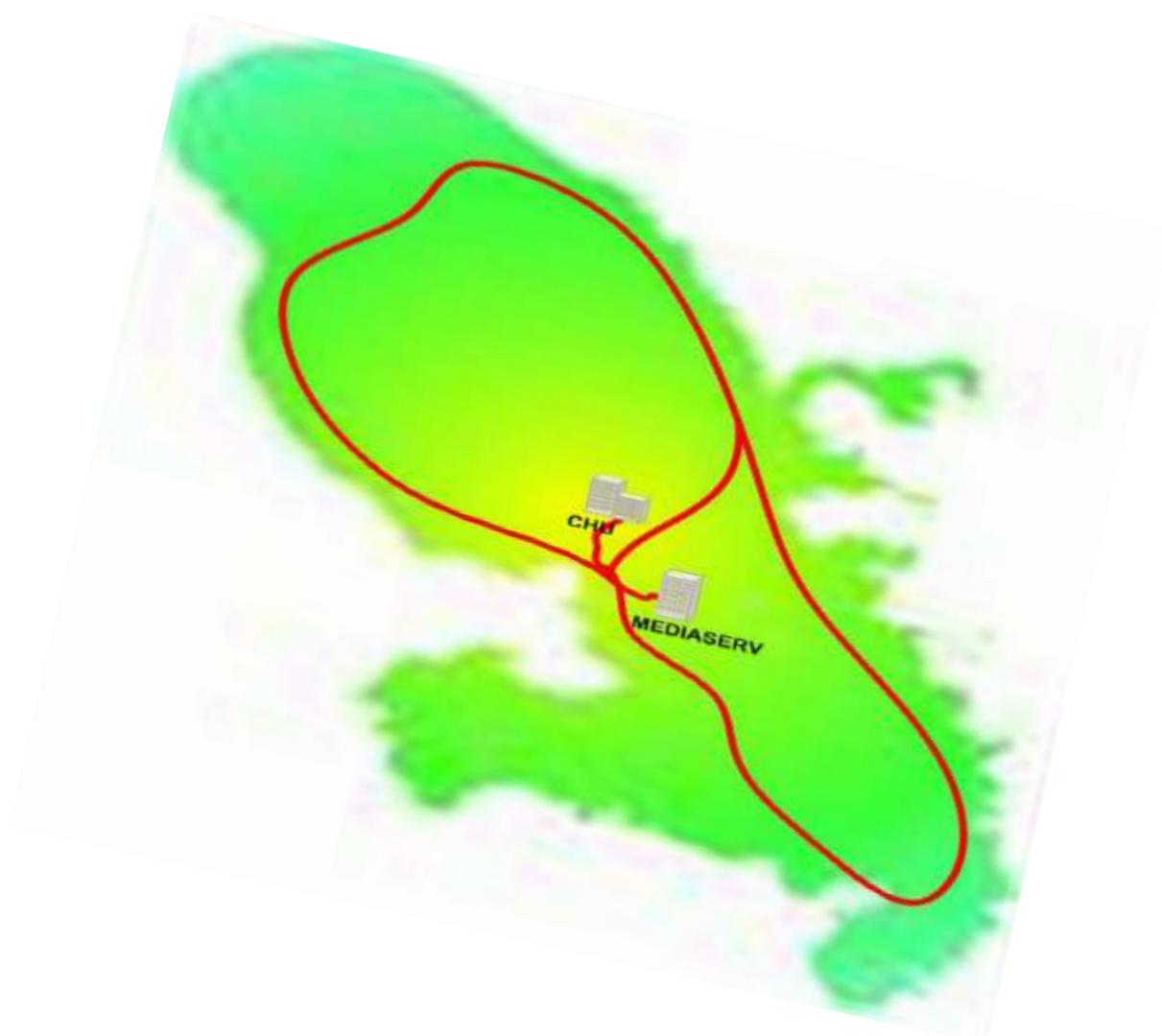
prise en charge coordonnée du patient à savoir : traitements, examens de laboratoires, antécédents et allergies, compte rendus d'hospitalisation et de consultations, ...

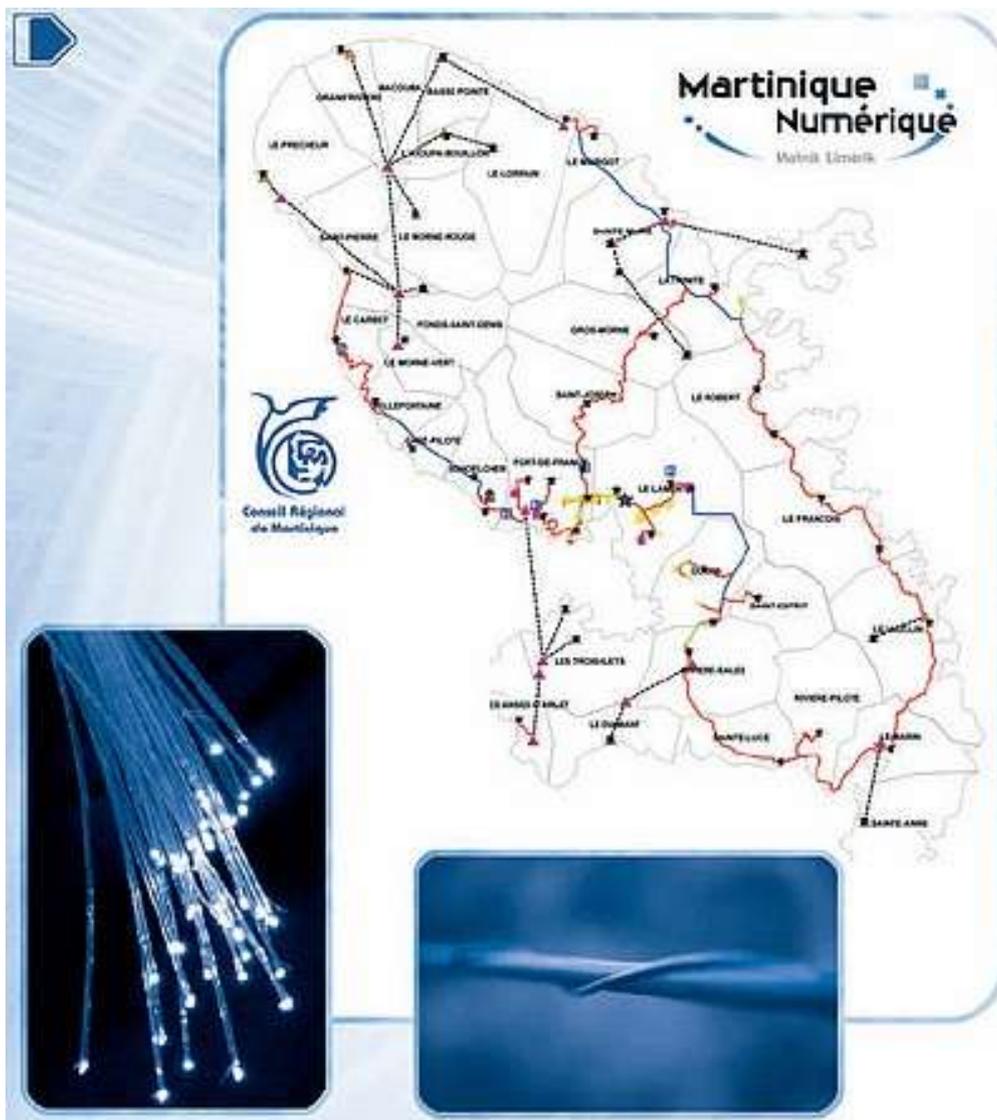
c) L'environnement régional en matière d'infrastructures numériques, T.I.C. et de systèmes d'information de santé (sanitaire et médico-social)

(1) L'existence d'un Réseau Haut Débit

Il s'agit d'une infrastructure régionale déployée dans le cadre d'une délégation de services publics (DSP) gérée par la collectivité régionale. Elle est aujourd'hui à 80% disponible. Dans son évaluation et suivi, la communauté hospitalière est bien identifiée comme un utilisateur « important et sensible » de ce dispositif régional.

TRACE DE LA BOUCLE LOCALE OPTIQUE EN MARTINIQUE





(2) Le déploiement d'une plateforme de services collaboratifs intégrant un environnement télémédecine basé sur l'offre COVOTEM

Il s'agit ici d'évoquer le cadre opérationnel de traitement des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) en cours de déploiement en Martinique [Echéance 1^{er} trimestre 2013 pour que l'ensemble des RCP soit informatisé]. Néanmoins - et bien qu'il soit difficile d'énoncer une position tranchée sur l'appartenance des RCP au champ de la télémédecine- il semble que le seul recours à des moyens de télécommunication dans le cadre d'une RCP ne suffit pas à qualifier une activité de « télémédecine » et à l'astreindre à son régime juridique spécifique.

(3) Le déploiement d'un système d'information clinique mutualisé commun à l'ensemble des établissements de santé de la région.

L'ensemble des 15 établissements de santé de la Martinique, l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecine Libérale se sont engagés dans un projet de système d'information clinique mutualisé. Ce projet est en cours de déploiement. Son objectif : doter les établissements d'un dossier patient informatisé en lien avec le projet National DMP). L'avantage de ce système est qu'il permettra d'adosser, comme la loi l'exige, les comptes rendus de télémédecine au dossier patient.

Le Programme Régional de Télémedecine doit s'inscrire dans les perspectives de continuité de prise en charge du patient et doit s'insérer de façon cohérente aux autres dispositifs de prise en charge existants, plus particulièrement ceux qui touchent aux autres systèmes d'information en vigueur à savoir : le DMP, le système d'information clinique mutualisé en région, le PACS (Picture Archiving and Communication System) inter régional mutualisé en cours d'étude.

d) Eléments de diagnostic

A ce jour, seul le CHU de Fort-de-France, a une expérience de télémedecine. Cet établissement dispose d'un PACS.

e) Les besoins et attentes des acteurs de terrain : Quelles priorités régionales pour couvrir quels besoins ?

Besoins	Améliorer la qualité des soins	Garantir l'égalité d'accès aux soins	Assurer une meilleure couverture médicale	Contribuer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé
Priorités				
1. Améliorer, renforcer les systèmes déjà mis en place ou en développement pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Développer une offre de proximité pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Développer le suivi à domicile par un réseau de télésanté coordonné, de 100 patients souffrants d'insuffisance cardiaque	<input type="radio"/>			
4. Améliorer la prise en charge des plaies chroniques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Renforcer la performance du centre de réception et de régulation des appels	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
6. Optimiser la prise en charge pré-hospitalière des urgences des patients en EHPAD.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
7. Poursuivre le développement/déploiement de la téléradiologie		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8. Améliorer la prise en charge des patients au sein des établissements pénitentiaires		<input type="radio"/>		

V. METHODOLOGIE ET CALENDRIER

Le Programme Régional de Télémedecine doit permettre de :

- Fixer les cibles prioritaires et les objectifs opérationnels relatifs à l'organisation des activités de télémedecine et préciser leur programmation,
- Définir les modalités de suivi, d'évaluation et d'accompagnement

La qualité de ce programme dépendra de plusieurs paramètres propres à notre région :

- Une bonne connaissance des besoins sanitaires de la Martinique,
- Un regard critique et objectif sur les conditions de déploiement des schémas,
- Une maîtrise de l'environnement
- La capacité à prendre en compte les réelles possibilités et contraintes inhérentes aux partenaires et à notre contexte : organisationnelles, économiques et financières, géographiques, technologiques

mais aussi d'autres paramètres extérieurs comme :

- Une analyse pertinente et réaliste sur les usages de la télémedecine en termes de choix possibles d'opportunités, de solutions techniques et organisationnelles fiables et viables,
- Les évolutions du cadre et du plan national,
- Le niveau de maturité du ou des modèles économiques éprouvés,
- L'adaptation des nomenclatures des actes de télémedecine,
- L'élaboration de modèles de contractualisation à poser entre les différents acteurs
- L'évolution des référentiels en matière de systèmes d'Information

Actuellement, la plupart de ces paramètres ont encore besoin d'être affinés et maîtrisés pour sécuriser un déploiement fort de la télémedecine.

Pour garantir la pertinence des choix et orientations faits pour la région Martinique, il nous paraît indispensable de définir une stratégie permettant :

- De développer et imaginer un modèle systémique intégrant une prise en compte fidèle et réaliste des besoins,
- D'élaborer un cadrage global des cibles prioritaires tenant compte des spécificités régionales, de la présence ou non de spécialités médicales, et des évolutions organisationnelles en cours dans le paysage sanitaire et médico-social,
- De concentrer les moyens sur des programmes de télémedecine pérennes et efficaces, d'autant que des financements subséquents seront nécessaires

Pour ce faire, la méthode retenue en Martinique s'organise autour de 2 phases :

Phase 1 : L'établissement d'un diagnostic fiable, à partir d'études, d'expérimentations permettant de définir des scénarii de déploiement de la télémedecine

Phase 2 : Définition des modalités de réponses à apporter aux cibles prioritaires, les déployer en sites pilotes, les évaluer et généraliser leur déploiement

1. **PHASE 1 – ETAT DES LIEUX** : L'objectif de cette **phase de diagnostic**, menée en concertation est le suivant : identifier les cibles prioritaires et les objectifs opérationnels pour le déploiement de la télémédecine en Martinique ; pour cela, les différentes étapes identifiées :
 - Elaborer l'**état des lieux** sous tous les aspects nécessaires : analyses de l'existant (techniques, ...), analyse des besoins, état de l'art et des marchés,
 - Consolider les données afin **d'identifier les différents** domaines et/ou sujets (pathologies, prises en charge ...) **éligibles** au programme régional de télémédecine,
 - **Identifier les projets** régionaux, voire inter régionaux **à lancer et/ou à poursuivre** quand ils sont lancés et en cours de mise en œuvre ; des procédures d'appels à projets pourront être lancées pour permettre cette identification.

2. **PHASE 2 – MISE EN OEUVRE** : Elle se décompose en 3 étapes

a. La définition des modalités et orientations de réponse à apporter à la phase précédente pour :

- Elaborer le projet régional dans ses orientations, les scénarii de mise en œuvre potentiels et objectifs,
- Organiser une concertation à même de définir les domaines à prioriser dans le cadre de la politique régionale de santé,
- Pour chacun de ces domaines, retenir la ou les solutions opérationnelles intégrant : l'organisation, les besoins en ressources humaines, le modèle médico- économique (dès que la réflexion le permettra), le cadre de contractualisation, l'infrastructure technique, les coûts d'investissements et de fonctionnement voire d'usage, les aspects juridiques et de déontologie, les projets d'accompagnement et de communication associés,
- Organiser la concertation entre les différents acteurs pour identifier de façon partagée et tenant compte des moyens financiers envisageables, le scénario à déployer

b. construction et déploiement du scénario retenu avec :

- Selon la solution retenue, la rédaction du ou des cahiers des charges nécessaires et le lancement du(es) chantier(s) qui découleront du(es) projets à déployer,
- La réalisation des premiers actes de télémédecine sur les sites pilotes retenues pour les cibles prioritaires,
- Des phases de généralisation en fonction des services de télémédecine et des priorités sanitaires concernées ; ces différentes étapes de généralisation permettront d'étendre le périmètre d'expérimentation afin d'atteindre dans leur globalité les objectifs opérationnels fixés.

c. L'évaluation régulière des expérimentations – aussi bien en **site(s) pilote(s)** qu'en généralisation- permettra :

- D'ajuster les organisations mises en place,
- D'adapter et de corriger les solutions techniques et architectures déployées
- De valider l'impact des actions menées et les modèles médico-économiques pressentis
- De valider l'impact réel de ces solutions sur la qualité de prise en charge (délais de prise en charge, ...) et de comparer les résultats obtenus aux estimations et d'en mesurer leur efficacité et performance réelle

Cette évaluation sera réalisée sur les axes suivants : enjeu de santé publique, technologique, organisation et pratiques professionnelles, qualité et médico-économique.

(cf. « Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine »)

Le programme régional de télémédecine s'étend sur 5 ans pour une période allant de 2012 à 2016

VI. CONDUITE & ACCOMPAGNEMENT DU PROGRAMME REGIONAL DE TELEMEDECINE

L'Agence Régionale de Santé pilote ce programme et en assure la maîtrise d'ouvrage ; le GCS SIS Martinique, porteur de l'Espace Numérique de Santé (ENRS), apportera une expertise technique à l'ARS. Par ailleurs, il sera éventuellement amené à assurer le rôle de maître d'œuvre dans certaines phases d'expérimentation. La démarche actuellement en cours de demande d'agrément d'hébergeur de données de santé pour le GCS SIS Martinique, sera prise en compte dans la mise en œuvre des dispositifs de sécurisation des actions de télémédecine.

Pour mener à bien ce programme, mais également pour permettre une prise en compte adaptée des questions de technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le secteur de la santé, l'ARS propose de mettre en place un **Comité Régional Stratégique des Systèmes d'Information de Santé** associant les représentants de l'ensemble des acteurs régionaux concernés par la télémédecine ; ce sont :

- Les collectivités territoriales,
- La préfecture : SGAR,
- Les URPS et les représentants des ordres des professionnels de santé,
- La Caisse Générale d'Assurance Maladie,
- Les Usagers,
- La CRSA,
- Les fédérations hospitalières et médico-sociales ...

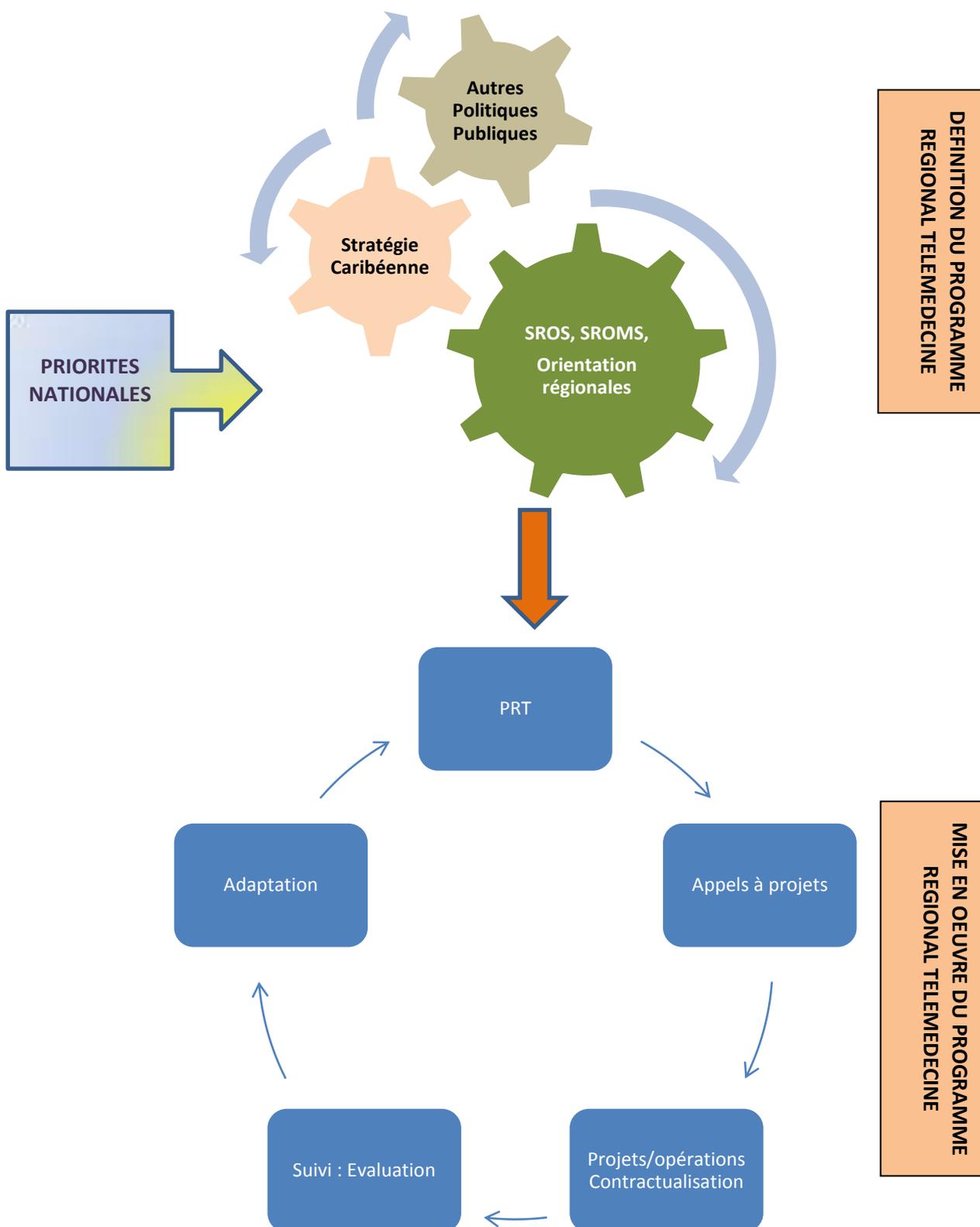
L'avis de cette instance de pilotage stratégique et pérenne, sera sollicité plus largement sur l'e-santé et les TIC, mais également dans les domaines de la télémédecine:

- Sur les orientations stratégiques et technologiques régionales ayant un impact sur l'e-santé,
- Sur la mise en œuvre opérationnelle des projets régionaux dont l'impact sur la nature de la réponse apportée aux besoins de santé (usagers et professionnels) est évident.

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

- Une instance de pilotage interne à l'ARS dont la composition sera arrêtée dès l'entrée en phase opérationnelle du PRT, et qui aura en charge la gouvernance globale du programme régional de télémédecine (tous axes confondus). Ses avis permettront au directeur de l'ARS (dont c'est la responsabilité au titre du décret du 19 Octobre 2010) d'autoriser et de soutenir les projets réunissant les critères adéquats et de signer en conséquence les contrats appropriés avec les acteurs concernés. Sous la présidence de l'ARS, on y retrouvera : les directions métiers de l'ARS, l'URPS Médecine Libérale, des représentants des promoteurs de projets de télémédecine, des représentants de structures médico-sociales, des représentants d'établissements hospitaliers, un représentant du GCS SIS Martinique
- Un binôme professionnel de santé/administratif de référents télémédecine au sein de l'ARS chargée :
 - D'assister la direction générale pour le pilotage stratégique et l'organisation de la concertation et de la cohérence globale du PRT dans son ensemble

- De coordonner les travaux des différents axes du PRT, de façon à garantir le respect des modalités techniques, financières et le respect des objectifs médicaux,
 - D'organiser l'évaluation et le suivi sur le plan stratégique et financier du programme
 - D'animer le dispositif régional autour de la télémédecine
- Une instance opérationnelle projet pour chacun de groupes placé sous la coordination d'un chef de projet /réfèrent « métier ».



VII. LE CONTENU DU PROGRAMME REGIONAL DE TELEMEDECINE

Le PRT fixe pour les 5 ans à venir, les cibles prioritaires et les objectifs opérationnels de programmation du déploiement des activités de télémédecine fondées sur des priorités partagées par l'ensemble des partenaires et par les usagers.

La construction du PRT s'est inscrite dans une triple démarche :

- D'une part, la mise en œuvre des orientations et préconisations du SROS et du SROMS,
- L'articulation avec les autres politiques publiques (politique régionale d'économie numérique, ...), avec la politique régionale en matière de systèmes d'informations, la stratégie Hôpital Numérique,
- L'articulation avec la stratégie de coopération en inter région Antilles-Guyane, et caribéenne

A. - Mise en œuvre des orientations et préconisations du SROS et du SROMS

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, les priorités régionales définies comme telles

1. La permanence des soins en Imagerie médicale

A la lecture des éléments du SROS, il s'agit de mettre en place un réseau régional d'imagerie médicale sur la base d'un dispositif de télé imagerie 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 voire inter 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 s'il repose sur une organisation partagée et définie en amont (convention de réseau d'imagerie médicale). Afin d'assurer la permanence des soins radiologiques, le CHU de Fort-de-France, a mis en œuvre un tel dispositif ; il servira de retour d'expérience afin d'en parfaire l'organisation, voire de l'élargir à l'échelle régionale entre l'ensemble des établissements de la Martinique puis interrégionale entre les trois régions Antilles-Guyane.
- **De prioriser la prise en charge de la filière AVC** structurée autour de l'Unité Neuro Vasculaire du CHU de Fort-de-France 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

neuroradiologique. 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, les structures équipées 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.

2. La prise en charge de l'AVC

L'AVC est la première cause de mortalité en Martinique et une des plus grandes causes de handicap séquellaire majeur de l'adulte. La Martinique accuse une sur incidence en AVC de 40% par rapport à la Métropole.

Eléments du diagnostic régional :

	Points forts	Points faibles
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Existence sur le même site d'activités neurochirurgicale, de chirurgie du rachis et de neurologie • Prise en compte dans le SIOS • Structures d'aval existantes • Proximité du service des urgences Smur. • Réalisation de gestes relevant de la neuroradiologie interventionnelle chez des patients non transférables 	<ul style="list-style-type: none"> • Seuil minimal d'activité non atteint ; • Encore trop d'AVC sont pris en charge tardivement, • Difficulté de trouver des neuroradiologues et précarité des équipes ; • Taux de fuite important • Dimension inter DFAs inexistante;

Objectifs régionaux

1. Assurer un accès à la neuroradiologie interventionnelle à la population des DFAs même en dessous du seuil minimal d'activité
2. Consolider le fonctionnement du service de neuroradiologie interventionnelle en recherchant la qualité et la sécurité des soins
3. Contribuer à asseoir la légitimité de l'existence de ce service sur les 3 DFAs
4. Rechercher une gouvernance partagée avec les activités de neurochirurgie et les activités de neurologie

3. La prise en charge des détenus

Objectifs régionaux à ce niveau peuvent être ainsi énoncés :

1. Réaménager les locaux
2. Améliorer la prise en charge des populations spécifiques (femmes, mineurs)
3. Assurer une offre de soins graduée en psychiatrie en développant des prises en charge de groupes (SMPR).
4. Améliorer en partenariat avec le SAMU et les professionnels du premier recours, l'accès aux soins dans les situations d'urgence et notamment la nuit et le week-end.

5. Favoriser l'accès aux soins des personnes sortant de prison pour éviter les ruptures de prise en charge des soins.
6. Mettre en œuvre un projet spécifique pour les auteurs d'infractions sexuelles, conformément à la circulaire du 08 décembre 2008.
7. Favoriser le développement de la télémédecine et de la téléconsultation
8. Assurer la sécurité du personnel

Le dispositif envisagé, qui sera élaboré par les professionnels du secteur, s'emploiera à prendre en compte ces objectifs et à définir les modalités et conditions de prise en compte.

4. La prise en charge de Maladies chroniques :

○ Le Cancer

Avec 688 décès chaque année (25 % du total des décès), **les cancers** sont la **deuxième cause de mortalité** en Martinique. Le poids des cancers dans la mortalité prématurée est important puisque, avant 65 ans, ils sont responsables de plus d'un décès sur trois.

Un cas particulier : Les Réunions de Consultation Pluridisciplinaires (RCP)⁵

L'organisation de ces RCP est en effet d'ores et déjà encadrée. Les textes qui les régissent ainsi que les modalités de leurs financement et suivi sont de nature à assurer la qualité et la sécurité de leur organisation.

Par exemple, l'annexe 2 de la Circulaire DHOS/SDO/2005/101 est venue décliner la mesure 31 du plan cancer 2003/2007⁶. Cette annexe, qui concerne spécifiquement le fonctionnement des RCP, contient des dispositions relatives :

- à l'enregistrement des dossiers médicaux vus en RCP ;
- aux types de dossiers devant y être obligatoirement discutés avant mise en route du traitement ;
- aux éléments devant y être évoqués ;
- à leur modalités d'organisation (mise en place de fiches pré-remplies, fréquence de réunions préétablie, quorum de base pour chaque type d'organe, prévoyant au minimum 3 spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue, etc.).

L'INCa (Institut National du Cancer) fait quant à lui de la présence, physique ou par visioconférence, à une RCP, de praticiens titulaires de diplômes bien spécifiques, l'une des conditions nécessaires pour l'obtention d'une autorisation de pratiquer la chimiothérapie, la chirurgie des cancers ou la radiothérapie externe⁷.

Enfin, les critères d'agrément retenus par l'INCa pour l'octroi des autorisations de pratiquer une activité de traitement du cancer étant particulièrement précis, il n'apparaît pas nécessaire d'y cumuler les exigences issues du décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

Dès lors qu'un cadre juridique spécifique encadre l'organisation des RCP et garantit au patient une prise en charge de qualité, sécurisée et respecte ses droits, il ne semble pas nécessaire d'y « superposer » le régime juridique applicable à l'organisation des activités de télémédecine.

⁵ **Textes de référence pour les RCP en cancérologie :**

- ❖ Circulaire DHOS/SDO/2005/101 relative à l'organisation des soins en cancérologie du 22 février 2005 (et plus précisément ses annexes 2 et 7)
- ❖ Mesure 31 du plan cancer 2003/2007
- ❖ Mesure 40 du plan cancer 2003/2007 : « Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce dans les établissements de santé »
- ❖ Article D.6124-131 du Code de la santé publique (issu du Décret n°2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer)
- ❖ Articles R.6123-87 et R 6123-88 du Code de la santé publique
- ❖ Mesure 18.3 du plan cancer 2009-2013
- ❖ Critères d'agrément adoptés par le Conseil d'administration de l'INCa

⁶ Pour mémoire, la mesure 31 du plan cancer 2003 / 2007 avait pour objectif de :

- faire bénéficier 100% des nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier.
- synthétiser le parcours thérapeutique prévisionnel issu de cette concertation sous la forme d'un "programme personnalisé de soins" remis au patient

⁷ <http://www.e-cancer.fr/soins/offre-de-soins-hospitaliere-en-cancerologie/autorisations-encancerologie#Critagrement>

Ce raisonnement pourrait être tenu pour l'ensemble des RCP qui sont aujourd'hui mises en place dans de nombreuses spécialités médicales sur la base d'un cadre juridique suffisamment précis. Il pourrait être utile de demander aux établissements de santé de renseigner l'ARS précisément sur l'objectif poursuivi par la mise en œuvre d'une RCP ou d'un « Téléstaff ».

Seules les réunions ayant pour objectif de permettre à un médecin de réaliser une « téléexpertise » au sens du décret du 19 octobre 2010 devront faire l'objet d'un contrat avec l'ARS.

○ L'Insuffisance Rénale Chronique

CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE

1- Prévalence élevée de l'IRC : 2 fois plus élevée qu'en France métropolitaine. En effet on note une prévalence de 1035/million d'ha en MQE contre 498/million d'ha en France

2- les facteurs de risques identifiés sont les suivants :

Le diabète : taux de prévalence supérieur à la métropole (F=4% ; M=6.8%)

L'HTA : Prévalence estimée à 22,5% dont 65% chez les +65 ans

L'Obésité : 33% des adultes en surpoids- 20% obèses

Le Vieillissement rapide de la population

OBJECTIFS IDENTIFIES DANS LE SROS :

Parmi les objectifs identifiés dans le SROS, certains sont proposés pour être repris par le programme régional de télémédecine ; ce sont :

1- Promouvoir le Dépistage et la Prévention de l'IRC

- renforcer le dépistage précoce : consultations de néphrologie
- assurer meilleur suivi des pathologies à risques,
- formations des médecins,
- recommandations de bonnes pratiques de dépistage

2- Améliorer et adapter l'offre

- évaluer les CPOM : formaliser et harmoniser CPOM,
- diffusion de bonnes pratiques et recommandations régionales et nationales,
- développer la dialyse hors centre (DPCA).

Le développement de la télédialyse et de téléconsultations pourraient participer à l'atteinte de ces objectifs.

5. La prise en charge des personnes âgées

L'analyse de la démographie martiniquaise fait ressortir :

- un vieillissement de la population plus rapide qu'en Métropole (4 fois plus),
- une réduction de la part des jeunes,
- un allongement de l'espérance de vie,
- une croissance des âges élevés.

La population des +60ans représente 18,7% de la population globale en 2007 contre 21,3% en métropole.

Une projection jusqu'à 2020 laisse entrevoir une augmentation de ce taux à 27,6%, les + 75 ans représentant 6%.

La projection à 2040 serait la suivante :

- une population des + 60 ans multipliée par 2,3 (de 74 000 à 169 000),
- une population des + 80 ans multipliée par 3,5 (de 14 700 à 52 000).
- une surreprésentation des Personnes Agées à l'hôpital de 35% aux urgences ; les + 75 ans représentant plus de 16% des hospitalisés et 33,8% des journées d'hospitalisation.

On constate un retard en structures puisque le taux d'équipement pour PA est de 54 places pour 1000 personnes de + 75 ans contre 125 en métropole et 32 établissements pour 1632 lits autorisés. 912 lits sont prévus dans le PRIAC DANS 13 ETS ;

Parmi les objectifs identifiés dans le SROS et dans le SROMS, ceux qui suivent sont proposés comme base à l'élaboration du programme régional de télémédecine ; ce sont :

- 1- Améliorer et développer les conditions de prise en charge des personnes âgées
 - améliorer le MAD
 - développer les prises en charge spécifiques (maladie d'Alzheimer, neurologie, cancer ...)
 - inciter et accompagner à la qualité de la prise en charge
- 2- Renforcer l'autonomie de la personne en situation de handicap
 - adapter l'organisation des ETS
- 3- Adapter l'offre aux besoins
 - créations de places
 - structuration de la santé mentale
 - renforcer les partenariats (collectivités, autres acteurs).
- 4- Mettre en place un programme d'efficience des EHPAD
 - analyse des coûts-dépense des médicaments...
 - renforcer, diffuser recommandations et bonnes pratiques
 - aide à la prescription,
 - élaboration de tableaux de bord.
- 5- Améliorer la prise en charge à domicile
 - améliorer la prescription.

La perspective de la téléconsultation (avis spécialisés) dans l'organisation des consultations avancée, constitue un cadre porteur de la télémédecine dans ce domaine

6. Le Maillage d'accès aux soins

Il s'agit, avec l'apport de la télémédecine, d'améliorer l'accessibilité aux soins sur le territoire et de répondre ainsi à une priorité régionale du volet ambulatoire du SROS : le soutien des exercices regroupés pour faire face au déséquilibre de l'offre de santé de premier et de second recours dans certains territoires de proximité. Les objectifs attendus :

- Améliorer l'accès aux avis spécialisés,
- Eviter les déplacements des patients et des professionnels,

Les Maisons de santé pluridisciplinaires, les CR3P pourront être –en plus de l'UCSA (cf. point 3 précédent) particulièrement intéressés par ce dispositif.

B. L'articulation avec les autres politiques publiques et la stratégie Hôpital Numérique

L'articulation avec les autres politiques publiques se feront à travers les politiques de :

- Développement de l'Education Nationale
- Développement des infrastructures régionales d'aménagement du territoire,

La stratégie Hôpital Numérique a pour but de fixer des priorités et des objectifs à 5 ans, en mobilisant tous les acteurs concernés et en accompagnant les établissements de santé dans leur transformation par les technologies de l'information et de la communication (TIC). Centrée sur les processus de soins, cette stratégie trouve sa déclinaison par un programme pragmatique et cohérent, agissant sur un ensemble de leviers.

Dans sa stratégie régionale, l'ARS intègre dans la mise en œuvre des axes fonctionnels du programme régional de télémedecine, la déclinaison et le respect notamment des prérequis indispensables pour une qualité des travaux de déploiement à envisager ; pour rappel les domaines constituant les prérequis sont :

- Domaine 1 : Identités-mouvements
- Domaine 2 : Fiabilité et disponibilité
- Domaine 3 : Confidentialité

C. L'articulation avec la stratégie de coopération en inter région Antilles-Guyane, et caribéenne

➤ Mise en place d'un PACS mutualisé Antilles/Guyane

Le projet de PACS mutualisé Antilles/Guyane a été retenu au travers de l'appel à projet « STIC PACS » Lancé par la DHOS à l'été 2011 dans le cadre du programme hôpital numérique et du soutien aux techniques innovantes et coûteuses (STIC).Le projet qui couvre les trois régions Guyane, Martinique et Guadeloupe et concerne à la fois des structures publiques privées et des cabinets libéraux est coordonné par l'ARS de Martinique. Le financement obtenu pour une durée de deux années pourra concerner « l'acquisition de prestations de services, la formation et la rémunération des personnels nécessaires à la réalisation du projet ».

Définition du projet

Il vise à mettre en place, entre les 3 départements français d'Amérique, « un dispositif matériel et logiciel qui permette de traiter et d'interpréter des images médicales acquises par différentes modalités (scanners, IRM.) de les stocker et de les indexer en associant un patient à un examen, de favoriser le partage des images produites entre différents praticiens ». Il s'agit donc de mettre en place une bibliothèque communicante d'archivage d'imagerie médicale numérique pour notamment faciliter les usages en lien avec la téléradiologie (le Pacs permet en outre de stocker d'autres images médicales que celles de radiologie comme des images de coronarographie ou d'anatomo- pathologie par exemple) qu'il s'agisse de télédiagnostic ou de télé expertise à distance mais aussi de la possibilité de consulter des examens à distance ou de faciliter la double lecture des examens d'imagerie. A ce titre, le PACS est un outil indispensable au service d'une organisation de permanence des soins en radiologie qui devra être mise en place sur les territoires ou, comme en Guyane , la ressource en radiologue est fragile .

Objectifs recherchés et améliorations escomptées

L'enjeu de ce projet mutualisé, est, dans un contexte dominé par une démographie déclinante de radiologues et une rationalisation globale des ressources, de pouvoir disposer d'une solution technique partagée et sécurisée de stockage et d'archivage qui soit compatible avec les systèmes déjà existants et qui permette d'optimiser significativement la prise en charge des patients en particulier dans le cadre de l'urgence de la permanence des soins ou de filières de soins organisées (AVC ou chirurgie cardiaque, par exemple). L'articulation entre établissements de santé et cabinets de radiologie du secteur libéral au travers du partage d'images médicales, participera également à l'optimisation des filières de prise en charge et à une organisation mutualisée de la permanence des soins lorsque cela s'avère être nécessaire, comme en Guyane. La mise en place de PACS participe à l'amélioration de l'accès aux soins mais est également source d'économies pour le système de santé et améliore considérablement l'exercice des radiologues.

Gouvernance, éléments de cadrage et de développement du projet

La gouvernance du projet s'effectue entre les trois ARS concernées et un comité de pilotage élargi aux utilisateurs directement concernés, la coordination principale étant assurée par le GCS SIS de Martinique et assisté par les maîtrises d'ouvrage des trois régions.

Le financement de la DHOS va permettre début 2012 de compléter le dossier initial de réponse d'appel à projet avec l'aide d'une assistance externe à maîtrise d'ouvrage pour préciser les besoins en terme technologique et d'infrastructure de réseau, définir l'organisation précise du projet et son cahier des charges commun, accompagner le déploiement du projet à partir d'un site pilote et mettre en place son évaluation. L'appel d'offre commun sera lancé dans le premier trimestre 2012. Le développement opérationnel sera réalisé en étroite partenariat entre les maîtrises d'ouvrage régionales et le G4 Antilles/Guyane en cours de constitution qui représentera les radiologues et veillera au respect des bonnes pratiques en matière de télé radiologie.

➤ Volet Caraïbéen de déploiement de la Télémedecine

Parallèlement à l'écriture du programme régional de télémedecine, l'ARS a missionné le CHU pour l'élaboration d'un projet de télémedecine à dimension caraïbéenne ; une fois validé dans ses orientations et son contenu –notamment l'axe coopération – il viendra compléter ce programme régional en précisant la logique médicale et technique de déploiement.

VIII. OBJECTIFS OPERATIONNELS ASSOCIES A CHAQUE AXE DU PROJET REGIONAL DE TELEMEDECINE

Au nombre de 3 ou 4 maxi, les objectifs opérationnels sont définis afin d’orienter les modalités de déploiement des activités. Chaque objectif est assorti d’indicateurs.

Tableau synoptique des priorités du Projet Régionales de Télémédecine

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.

PRIORITES	OBJECTIFS	ACTES DE TELEMEDECINE
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’examen 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 neuroradiologique -Télé consultation neurologique -Téléassistance 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 télémedecine 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 télémedecine sur la gériatrie, la géronto-psychiatrie, la psychogériatrie et la dermatologie (plaies chroniques : escarres...) : mettre en place la télémedecine 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 ré hospitalisations. <p>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 ;</p>	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. ▪ Généralisation des RCP (2012-2013) 	Téléexpertise Télé assistance

IX. RECOMMANDATIONS POUR L'ELABORATION ET LE DEPLOIEMENT DES PROJETS DE TELEMEDECINE

Afin de sécuriser sa mise en œuvre, tout projet de télémédecine devra répondre aux exigences et préconisations suivantes :

- **Identifier 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. En ce sens, il doit proposer :
 - Des objectifs médicaux pour les patients qui vont structurer les projets sur les aspects organisationnels, juridiques, ressources humaines, financiers et technologiques,
 - 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,
 - une définition des rôles des partenaires, les protocoles de fonctionnement, les conditions de mise en œuvre constituent des éléments indispensables au lancement de ces opérations.
- **Un portage médical fort soutenu par une coordination régionale** : Une coordination Chef de Projet Coordonnateur Régional / Médecins Référents permettra de garantir un alignement du Programme Régional de Télémédecine (à travers des différents projets) avec les enjeux de santé publique, les besoins d'amélioration d'accès aux soins, et les usages des professionnels de santé.
- **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 dans le choix des organisations afin que les premières solutions soient pérennes et généralisables.
- **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. 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.
- **Reposer sur des outils et technologies performants et sécurisés** sans omettre d'intégrer tous les impacts en matière d'accompagnement au changement dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques professionnelles.
- Disposer d'une **lisibilité suffisante** en matière de **financement et d'efficience médico-économique** sur la base de l'élaboration de modèles économiques construits avec les différents partenaires
- Définir et programmer les **actions d'accompagnement** à la mise en œuvre des objectifs. Ces actions peuvent porter sur différents champs : formation, communication, de suivi et d'évaluation des actions.
- Mettre en œuvre l'évaluation des compétences connues ou nouvelles nécessaires (questionnement autour des transferts de compétences et des délégations de tâches des professionnels de santé médicaux aux paramédicaux).

En clair, tout projet de télémédecine :

- N'a pas vocation à se substituer de manière systématique à la pratique médicale en risquant de déshumaniser la prise en charge des patients,
- Doit venir en **appui** à une pratique médicale **organisée**,
- 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. Cela nécessite 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, ambulatoires, médico-sociales) pour plus de coopération et assurer le décloisonnement,
- Doit reposer sur un outil simple, performant, sécurisé (confidentialité) et interopérable,
- Est un outil qui doit être pérennisé : aller au-delà des expérimentations.

X. ANNEXES :

ANNEXE 1 : Fiche de synthèse par axe prioritaire

ANNEXE 2 : Fiche Etude ANAP « Téléconsultation en Imagerie Médicale au CHU de Fort-de-France »

ANNEXE 3 : Fiche descriptive Projet Système d'Information Clinique Mutualisé Martinique

A. Annexe 1 : Fiche de synthèse par axe prioritaire

AXE PRIORITAIRE CONCERNE :

Contexte	
Lien PRS	SROS : SROMS :
Champs couverts / Indications	<ul style="list-style-type: none"> • • •
Actes de Télémedecine	<input type="checkbox"/> Télé consultation : <input type="checkbox"/> Télé expertise : <input type="checkbox"/> Télé assistance : <input type="checkbox"/> Télé surveillance : <input type="checkbox"/> Régulation :
Acteurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> • • •
Organisation / Contractualisation	
Modalités de financement envisagées	
Aspects Juridiques / Responsabilités	
Aspects Techniques	
Evaluation	<p><u>Organisationnelle :</u></p> <p><u>Technique :</u></p> <p><u>Médico-Economique et Financière :</u></p>

B. Annexe 2 : Fiche Etude ANAP « Téléconsultation en Imagerie au CHU de Fort-de-France »



Téléconsultation en imagerie au CHU de Fort-de-France

Priorité nationale	Permanence des soins en imagerie
Région	Martinique
Acte(s) de télé-médecine	Téléconsultation
Phase du projet	Fonctionnement en routine
Objectif médical	Assurer la continuité et la permanence des soins dans un contexte de pénurie de radiologues
Description de l'usage	Transmission d'images (scanner, IRM) la nuit et le week-end via une ligne dédiée pour interprétation à distance par une société de télé-radiologie privée, en l'absence de radiologue sur site au CHU de Fort-de-France

Année de démarrage	2009
Type d'utilisateurs	Etablissement public de santé
Nombre d'utilisateurs	1 établissement
Volumétrie	4000 patients par an

Schéma organisationnel



Le contexte

Une pénurie majeure de radiologues, une permanence des soins devenue difficile à assurer, un « cercle vicieux »

L'hôpital Pierre Zobda-Quitman (PZQ), CHU situé à Fort-de-France dispose de 1 300 lits, d'un service d'imagerie de CHU.

Le projet de télémedecine initié par le CHU de Fort-de-France se base sur une situation de crise en 2009 (moins d'actualité aujourd'hui) : une pénurie majeure de radiologues en Martinique (dans le public comme dans le privé) avec peu de possibilités de suppléance, notamment au CHU de Fort-de-France. D'où une grande pénibilité du travail des professionnels (en sous-effectif, avec une charge de travail importante liée à l'obligation d'assurer la permanence des soins sans présence d'un radiologue junior ou sénior sur place) et des conséquences délétères pour les patients, notamment en termes de délai et de qualité de prise en charge. Le CHU n'est alors plus à même d'assurer correctement sa mission en imagerie en ce qui concerne la permanence des soins et l'activité programmée.

L'établissement était alors dans un « cercle vicieux » : le manque de radiologues, avec comme conséquence la pénibilité, d'où un manque d'intérêt du travail, rendant le site peu attractif pour des séniors comme pour des internes, et ne permettant aucune amélioration.

Par ailleurs, l'absence de PACS commun entre les 3 hôpitaux MCO de la Martinique ne permettait pas de concevoir une organisation où un établissement pourrait assurer la permanence des soins pour les deux autres.

L'intérêt pour les radiologues de travailler ensemble, avec des moyens informatiques communs est majeur.

L'histoire du projet

Mai 2009 :

La rencontre fortuite du Dr. Mathieu Aveillan, praticien hospitalier (PH) au CHU de Fort-de-France et de professionnels d'une société de services en téléradiologie et la découverte de la téléradiologie (à travers les rapports G4-CNOM), ont amené à envisager une solution qui casse le « cercle vicieux », en ayant recours à une société privée pour interpréter à distance les images.

La solution est discutée et validée avec les professionnels du service

Juin 2009 :

Pour faire face à la situation et tenter par ce biais une mesure de sauvetage du service, l'administration se prononce en faveur de la téléradiologie et décide l'achat d'une solution auprès d'un prestataire externe.

Mi-août 2009 :

Début du déploiement de la téléradiologie

Fin août 2009 :

Phase d'expérimentation

Novembre 2009 :

Phase de production / exploitation.

Le projet médical, les aspects organisationnels

Plusieurs procédures de coopérations étaient envisageables :

1. Téléconsultation en situation programmée (avec des vacances programmées)
2. Téléconsultation de garde (Permanence Des Soins (PDS) sous-traitée, et présence des radiologues du service uniquement la journée)

La procédure 2 a été retenue pour des raisons de pratiques médicales (il était plus facile pour les radiologues de reconstruire l'activité en partant du programmé), bien que plus complexe et plus risquée à mettre en œuvre (l'activité de PDS non programmée oblige à une interactivité plus grande - situation d'urgence, patient sur table) et à la présence d'un médecin (urgentiste) pour assurer la sécurité de l'examen).

Les médecins urgentistes ont accepté, bien que consommateur de temps pour eux (radiologie à un autre étage que le service des urgences), car l'enjeu était vital.

L'organisation suivante a donc été mise en place avec la société prestataire de services en téléradiologie :

- Le médecin requérant (urgentiste) appelle le téléradiologue et prescrit l'examen. Il informe le patient et recueille son consentement
- Le téléradiologue spécifie au manipulateur et au médecin urgentiste le protocole d'examen à réaliser
- Le manipulateur réalise l'examen, avec la présence du médecin urgentiste (présence médicale si injection de produit de contraste iodé)
- Le manipulateur envoie les images au téléradiologue (console dédiée)
- Le téléradiologue analyse les images, rédige le compte rendu et l'envoie au médecin urgentiste. Les images et le compte-rendu sont archivés dans le système d'information du CHU.

La société assure les horaires de PDS :

- En semaine : 18h30 à 8h30
- Le week-end : du vendredi 18h30 au lundi 8h30

Elle interprète les scanners et les IRM par le biais d'un service personnalisé, avec des téléradiologues identifiés (pool de 6 téléradiologues de la société prestataire de services).

A noter

La mise en place de l'organisation et des protocoles a nécessité 6 mois de travail.

La gouvernance

Un projet porté par le CHU de Fort-de-France

Le CHU assure la gouvernance du projet. Un comité de pilotage opérationnel est mis en place. Il est composé de représentants du CHU de Fort-de-France (administration, radiologues, manipulateurs dont notamment 2 cadres manipulateurs radio dédiés) et de représentants de la société prestataire de services (2 radiologues, 1 responsable technique).

Les aspects techniques

Un réseau privé assure :

- La sécurisation des données
- La stabilité du débit, disponibilité permanente du service (10 jours d'indisponibilité par an)
- La sécurité technique de toute la filière téléradiologique
- La maintenance
- Et la procédure dégradée en cas de panne (retour à l'ancien fonctionnement)

Une hotline 24/7 de qualité (réponse toujours assurée), est disponible.

La faible indisponibilité (estimée à 10 jours par an) s'explique essentiellement par des problèmes de transmission (configuration, panne Internet, panne hébergeur, panne liée à la maintenance, ...).

Les aspects ressources humaines

Un recours temporaire à la téléradiologie, une attractivité retrouvée

Le recours à la téléradiologie nécessite l'implication de l'ensemble des acteurs locaux concernés, à savoir : les radiologues, les manipulateurs radio, les urgentistes, les biomédicaux, les informaticiens, la direction, ...

La mise en place initiale implique une protocolisation, une organisation, et une formation adaptée : pendant 6 mois, avec 2 ETP côté CHU dédiés au projet (deux cadres manipulateur radio avec de bonnes compétences techniques : l'un de formation biomédicale, l'autre formé au PACS) en interactivité avec la société prestataire de services en téléradiologie.

En fonctionnement, pour le manipulateur radio, la téléradiologie représente une dégradation de ses conditions de travail car elle implique à la fois :

- Une charge pouvant être plus lourde en cas d'incident technique (10% de dossiers à renvoyer, 5% d'examens à compléter)
- Une perte d'interaction avec le radiologue
- Le sentiment d'une responsabilité plus lourde en l'absence de radiologue sur place

En termes d'effectif, le nombre de manipulateurs radio semble suffisant (4/5 départs depuis 2009 sans aucun remplacement et sans perte activité).

A noter

La téléradiologie est considérée par les radiologues du CHU comme une solution « dégradée » d'exercice de la radiologie, mais comme une amélioration par rapport à la situation de 2009 ; les manipulateurs radio se sont accommodés mais souhaiteraient désormais diminuer la téléradiologie par une présence de radiologue sur place lors des astreintes du fait des derniers recrutements : depuis la mise en œuvre du projet en 2009, 3 radiologues seniors et 3 internes de plus ont été

Les aspects juridiques

Un marché a été passé avec la société prestataire de services de téléradiologie selon une procédure négociée. Il n'y avait que deux sociétés prestataires à l'époque, les critères de choix ont été la localisation et la qualité du service proposé. Le projet a donné lieu à une contractualisation entre le CHU de Fort-de-France et la société prestataire de services. Par ailleurs, un contrat est signé avec chaque téléradiologue.

A noter

Toutes les procédures liées à la téléradiologie ont été co-rédigées avec la société prestataire de services sous forme de

Les aspects financiers

Un projet entièrement financé par le CHU

Les éléments de coûts de la solution sont confidentiels. A titre, d'information, 4 300 examens ont été interprétés la 1^{ère} année, 3 800 la 2^{ème} année. Le coût journalier est réparti en 50% pour la prestation intellectuelle du téléradiologue et 50% pour la solution technique (ligne dédiée, hotline H24, ...).

Le premier contrat prévoyait une prestation technique fixe et une prestation médicale forfaitisée pour un certain nombre d'examen et un forfait à l'acte au-delà.

Les coûts sont pris en charge en totalité par le CHU de Fort-de-France (sauf les consoles de téléradiologues).

L'évaluation

Un effet induit de la téléradiologie pour rebâtir et redynamiser l'activité radiologique

La télé-médecine pour le CHU a été un investissement qui a permis de rebâtir et redynamiser l'activité radiologique : l'activité d'IRM a augmenté de 50% depuis 2009, de nouveaux radiologues ont été recrutés, le service est redevenu attractif pour les internes.

En conclusion

Le projet de téléradiologie au CHU de Fort-de-France a répondu aux attentes lors de sa mise en place.

Il a ensuite permis une survie du service, une stabilisation puis une augmentation du nombre de radiologues.

Il a enfin eu pour conséquence de rebâtir la filière d'imagerie, par :

- Le recrutement de radiologues (1 PH temps plein en décembre 2009, 1 Chef de clinique en février 2010, 1PH temps plein en novembre 2010) et d'internes
- Le soulagement des radiologues seniors
- La diminution du recours à la téléradiologie du fait de la PDS assurée par des internes (avec un fonctionnement transparent entre le recours à la téléradiologie et le recours aux internes)

Le projet a enfin permis une prise en charge 24/7 de qualité, avec notamment une prise en charge quasi-immédiate des patients polytraumatisés (alors qu'il y avait un défaut dans la prise en charge de ces patients du fait de l'absence de radiologue sur place).

Les freins/facteurs de risques identifiés

Dans le cadre du projet, plusieurs freins/facteurs de risques ont été identifiés :

- Le coût important de la téléradiologie
- Qualitativement, la sensation de perte de contrôle de l'activité nocturne et un manque de coordination entre activité diurne et nocturne
- Sur l'activité, la téléradiologie expose à des risques de dérives (augmentation non justifiée du nombre d'examen dits « urgents », donc augmentation de l'activité en urgence, mal vécue par les professionnels sur place)
- Un malaise des paramédicaux (cf. sentiment de dégradation des conditions de travail du manipulateur radio lié à la téléradiologie car elle implique à la fois une charge pouvant être plus lourde en cas d'incident technique et une perte d'interaction avec le radiologue (d'où un sentiment de responsabilité plus lourde).

Les leviers/facteurs de succès

Selon le porteur, les facteurs de succès dans un tel projet sont les suivants :

- Un recours à la téléradiologie doit répondre à un besoin bien identifié et bien délimité en fonction de l'activité de l'établissement et préférentiellement dans le cadre d'une activité non programmée
- Un renfort et une complémentarité avec l'offre régionale, au service de celle-ci
- Une décision stratégique reposant sur une volonté forte de la direction en lien avec le service

Les prochaines étapes

Pour le pôle d'imagerie médicale du CHU de Fort-de-France, il s'agit de :

- Diminuer la téléradiologie (objectif de 20 jours/mois à mars 2012 et de 10 jours/mois à mai 2012) sans la supprimer totalement (pour faire face à d'éventuelles pénuries à venir)
- Envisager une téléradiologie interrégionale (Martinique, Guadeloupe, Guyane)

Pour l'ARS Martinique, il s'agit de soutenir la téléimagerie par le biais du projet de PACS Martinique/Guyane/Guadeloupe (porté par le GCS SIS Martinique).

Les chiffres clés

Dans le cadre de la télé médecine :

- En 2010 : 4 300 examens effectués, 270 astreintes
- En 2011 : 3 800 examens effectués, dont :
 - 60% en semaine et 40% le week-end
 - 70% de scanners et 30% d'IRM (s'explique par un bon fonctionnement de la filière de neurologie d'urgence dont l'AVC, la neurochirurgie, ...)
 - Pas de radios standards (interprétées par les urgentistes ou les orthopédistes, la téléradiologie en radiologie conventionnelle ne correspondant pas à un réel besoin)

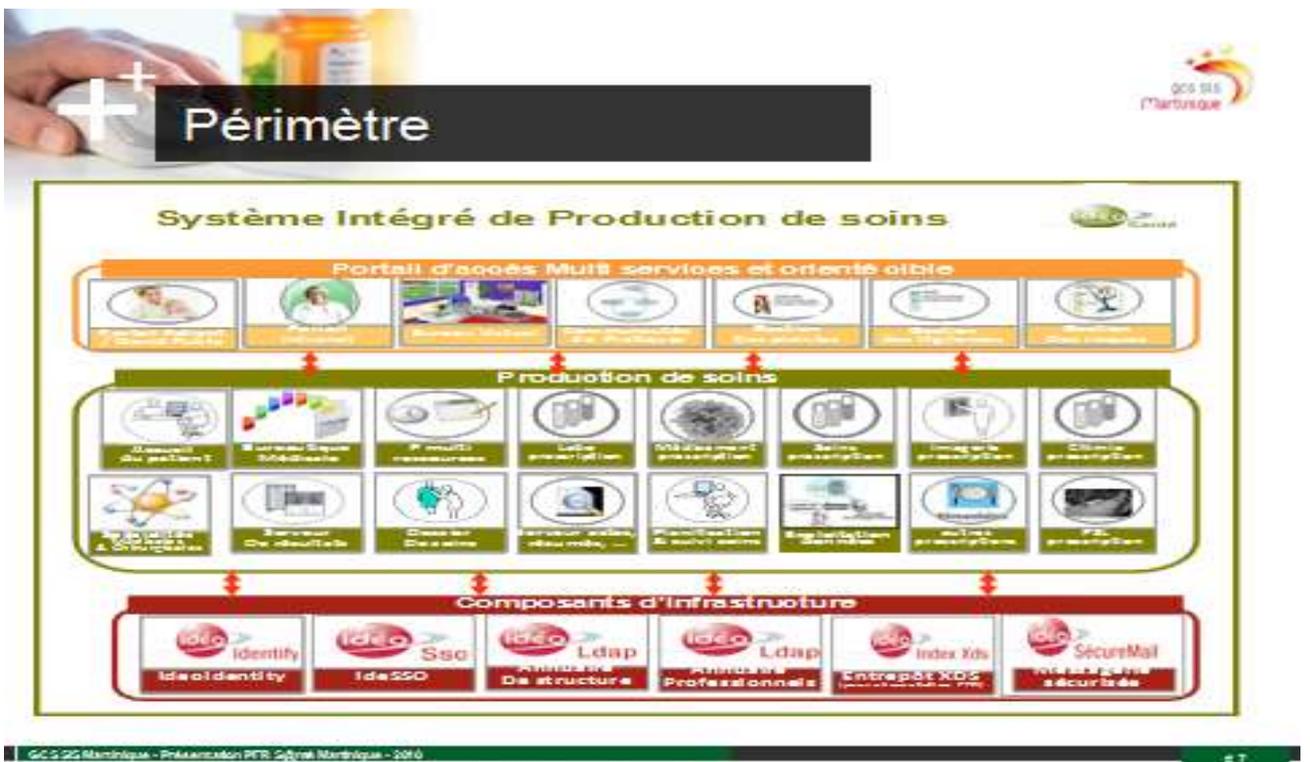
Les références

Références bibliographiques :

<http://www.health-it.fr/Congres/Interventions2010/Conferences/B1/M%20Aveillan%20B3.pdf>

Contact : Dr. Mehdi Mejdoubi, chef du pôle d'imagerie médicale (CHU de Fort-de-France)

C. Annexe 3 : fiche descriptive « Système d'Information Clinique Mutualisé »



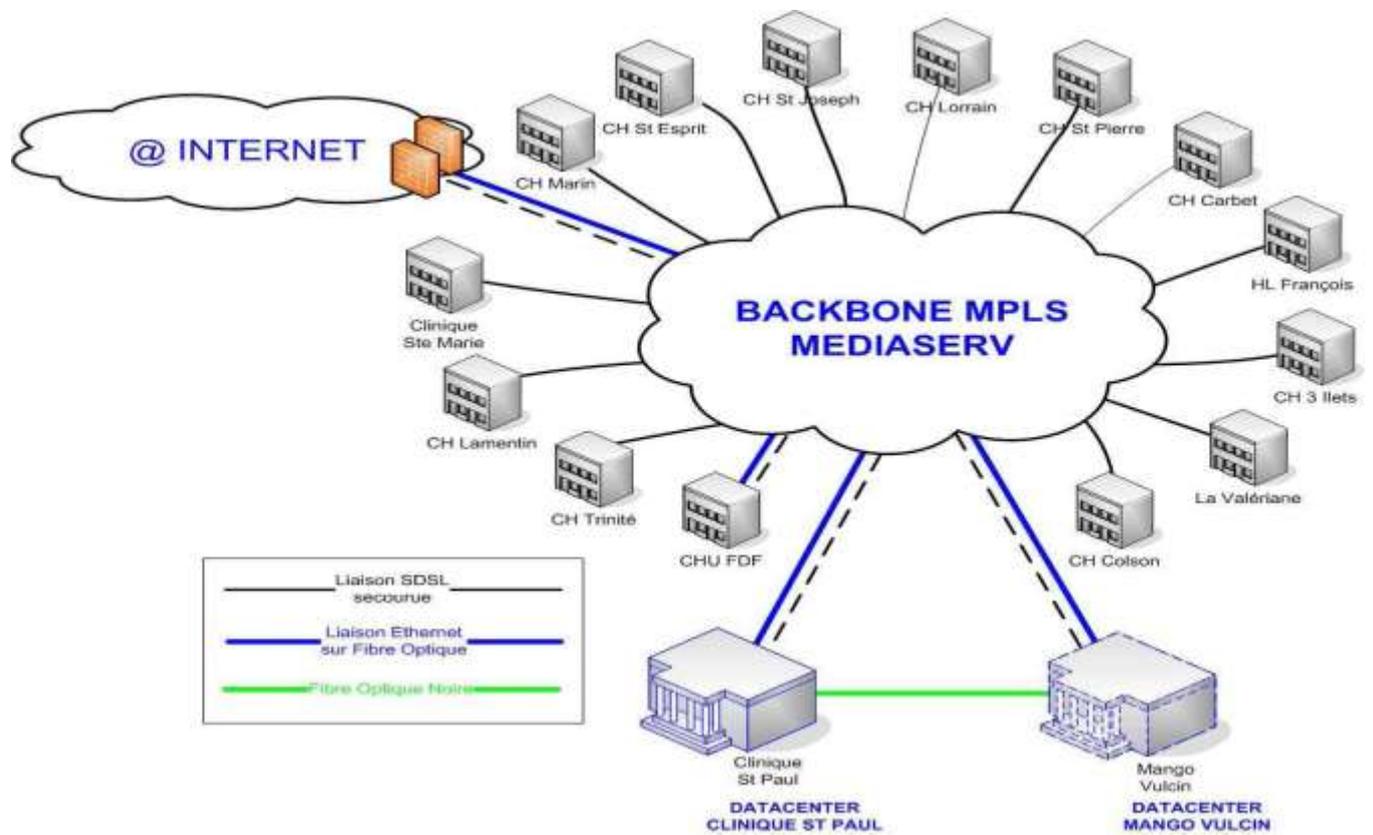
○ Un ENRS de télé-services comportant

- ▶ Un Dossier Patient Partagé Régional Martinique
 - Conforme au DMP et à ses recommandations
- ▶ Des référentiels
 - Serveur d'identité patients
 - Annuaire des professionnels, des structures de santé et de l'offre de soins
- ▶ Une messagerie sécurisée
 - Nécessite une carte CPS
- ▶ Un espace collaboratif réservé aux professionnels de santé
 - Bonnes pratiques et protocoles
 - Communautés de pratique
- ▶ Des outils de télémédecine et de visioconférence
- ▶ Des dossiers pour les réseaux de santé

○ Des outils de production de soins : prise en charge du patient dans l'unité de soins

- ▶ Un principe : Un dossier Patient virtuellement unique

- ▶ Fonctionnalités proposées
 - L'admission et la localisation du patient
 - La gestion du dossier médical du patient : commun et spécialités
 - La bureautique médicale et la gestion documentaire
 - La gestion du dossier de soins
 - La prescription polymodale connectée à l'ensemble des plateaux techniques
 - La gestion du serveur de résultats
 - La planification des ressources et la gestion des RDV
 - La gestion du circuit du médicament
 - La gestion des urgences (hors Centre 15)
 - La gestion de l'activité et du PMSI



ARCHITECTURE RESEAU ET COMMUNICATION

XI. REPERTOIRE DES SIGLES

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ASIP : Agence des Systèmes d'Information

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

COFIL : Comité de Pilotage

DATAR : Délégation Interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMP : Dossier médical personnel

EHPA : Etablissement d'hébergement des personnes âgées

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FEDER : Fond européen de développement régional

FIQCS : Fond d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

FIR : Fond d'investissement régional

FMESPP : Fond de modernisation des établissements de santé publics et privés

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

HAD : Hospitalisation à Domicile

INCa : Institut national du cancer

IRM : Imagerie par résonance magnétique

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

MIGAC : Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

PACS : Picture Archiving & Communication system

PRS : Projet régional de santé

PSRS : Plan stratégique régional de santé

PRT : Programme régional de télémédecine

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

SI : Système d'information

SROMS : Schéma Régional de l'organisation Médico-Sociale

SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins

TIC : Technologie de l'information et de communication

URPS : Union régionale des professionnels de santé