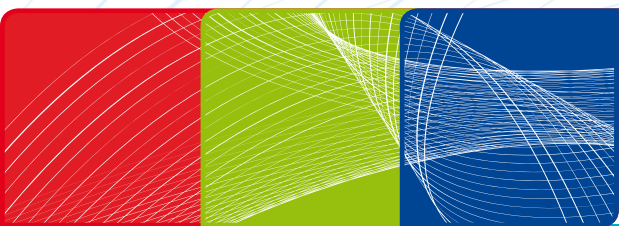




Projet de Santé
Réunion-Mayotte



LES PROGRAMMES

Programme des systèmes d'information et de télémédecine de La Réunion et de Mayotte (PSIT)

P 06 INTRODUCTION

1^{ère} partie : **VOLET SYSTEMES D'INFORMATION**

P 7 LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ

P 9 PROJETS DE SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS

10 • **SI1 : Prérequis techniques**

- Fiche SI1-1 : Réseau d'interconnexion sécurisé
- Fiche SI1-2 : Hébergement de données de santé
- Fiche SI1-3 : Recrutement d'un RSSI de santé

13 • **SI2 : Portail de l'ENRS**

- Fiche SI2-1 : Annuaire régional des professionnels de santé
- Fiche SI2-2 : Administration du portail ENRS

15 • **SI3 : Partage et échange de données de santé**

- Fiche SI3-1 : Mise en place d'un PACS régional
- Fiche SI3-2 : Déploiement de la messagerie sécurisée
- Fiche SI3-3 : Accompagnement et déploiement du DMP

18 • **SI4 : Coordination de la prise en charge**

- Fiche SI4-1 : Filières d'aval et répertoire opérationnel des ressources
- Fiche SI4-2 : PPS générique
- Fiche SI4-3 : Coordination des soins en cancérologie

21 • **SI5 : Vigilances et veille sanitaire**

- Fiche SI5-1 : Consolider le serveur régional d'identités et assurer sa cohérence
- Fiche SI5-2 : Fiabiliser et sécuriser les données transfusionnelles du patient et leurs échanges
- Fiche SI5-3 : Faire évoluer le Serveur Régional de Veille et d'Alerte Sanitaire

24 • SI6 : Modernisation des SI en établissement

- Fiche SI6-1 : Programme Hôpital Numérique
- Fiche SI6-2 : SI des structures médico-sociales
- Fiche SI6-3 : Déploiement d'un outil de gestion des files d'attente concernant l'orientation des personnes porteuses de handicap

2^{ème} partie : VOLET TELEMEDECINE**P 29 LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE****P 33 CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA TÉLÉMÉDECINE****P 38 ETAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE TÉLÉMÉDECINE****P 39 PROJETS DE TÉLÉMÉDECINE RETENUS****40 • T1 : Conformité des actes de télémédecine**

- Fiche T1-1 : Mise en conformité au décret de télémédecine
- Fiche T1-2 : Accompagnement des projets

43 • T2 : Télé-imagerie

- Fiche T2-1 : Télé-radiologie
- Fiche T2-2 : Télé-anapath

48 • T3 : Accessibilité aux avis spécialisés

- Fiche T3-1 : Téléexpertise-Grands Brûlés
- Fiche T3-2 : Mère-enfants Mayotte
- Fiche T3-3 : Salles pluridisciplinaires de télémédecine
- Fiche T3-4 : Télémédecine dans les Cirques
- Fiche T3-5 : Télémédecine en structures médico-sociales et HAD

52 • T4 : Télésurveillance des maladies chroniques

- Fiche T4-1 : Télésurveillance du diabète
- Fiche T4-2 : Télésurveillance de l'insuffisance cardiaque chronique
- Fiche T4-3 : Télésurveillance de l'insuffisance rénale

Lever de progrès dans l'organisation des soins, la télémédecine est une pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Le développement de la télémédecine dans les territoires de santé de La Réunion et de Mayotte constitue une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques et démographiques auxquels le système de santé doit faire face aujourd'hui.

Le déploiement d'activités de télémédecine s'inscrit pleinement dans la dynamique du Projet de santé de La Réunion et de Mayotte car elle permet de :

- Faciliter le décloisonnement et les coopérations entre acteurs de santé en organisant le partage d'information ;
- Améliorer l'efficacité du système de santé en optimisant les ressources ;
- Réduire des inégalités d'accès à la santé ;
- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Pour y contribuer, La Réunion et Mayotte disposent d'un environnement favorable pour développer l'offre de services opérationnels. L'Agence de Santé Océan Indien soutient financièrement le Groupement de Coopération Sanitaire Télémédecine, Echanges, Systèmes d'Information, Santé (GCS TESIS), pilote du développement des infrastructures et des services nécessaires à l'échange d'information médicale entre les acteurs de santé, à La Réunion et à Mayotte.

Les systèmes d'information de santé constituent le véritable socle de développement de la télémédecine.

C'est pourquoi, ce programme se décline en deux volets. Le premier volet aborde les aspects structurants des systèmes d'information de santé. Le deuxième volet vise à favoriser la mise en place de nouveaux projets de télémédecine, s'inscrivant dans le décret de télémédecine et s'appuyant sur l'architecture technique des systèmes d'information.

Le PSIT constitue un programme ambitieux qui contribue à la performance globale du système de santé et dont la réussite et le financement nécessitent la mobilisation soutenue de tous les acteurs concernés.



LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ

1

**ENJEUX ET OBJECTIFS
DES SYSTÈMES
D'INFORMATION
DE SANTÉ**

— Vers l'amélioration de la prise en charge des patients

• *Les apports*

L'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) ouvre d'immenses perspectives dans le domaine de la santé notamment en facilitant l'exercice au quotidien et en participant à la sécurisation de l'environnement de la décision médicale et à l'amélioration de la qualité des soins.

Ils contribuent à relever les défis auxquels notre système de soins est aujourd'hui confronté :

- Assurer une meilleure coordination et continuité des soins ;
- Garantir l'égalité d'accès de tous les usagers à des soins de qualité ;
- Assurer la permanence des soins en établissement de santé et dans l'ambulatorio ;
- Maîtriser les effets du vieillissement de la population ;
- Gagner en efficacité.

Si le système d'information ne peut bien sûr pas se substituer au professionnel de santé, il permet de bénéficier d'un cadre propice à la prise de décision et/ou l'action la plus rapide et la mieux adaptée au contexte du patient.

• *Les limites et contraintes à respecter*

Le développement des systèmes d'information doit permettre de partager et échanger les données de santé à l'échelle régionale et nationale, tout en assurant la sécurité et la confidentialité de ces échanges entre professionnels de santé.

S'appuyant à la fois sur des ressources matérielles et immatérielles (logiciels, etc.) des données et des procédures, les systèmes d'information ont par ailleurs un effet structurant dans la prise en charge des patients.

Il s'agit d'une réponse organisée, opérant dans le respect des droits de l'utilisateur et qui soutient le système de soins en :

- Garantissant la qualité de l'information mise à disposition ;
- Sécurisant les processus métiers au travers de la mise en place de systèmes d'alerte ou de contrôle, d'identification de l'utilisateur (identito-vigilance) et l'échange encadré d'information entre professionnels de santé.

Il convient enfin de rappeler qu'il ne peut y avoir de partage d'informations sans « langage commun » entre les différents contributeurs. Le sujet de l'interopérabilité entre les systèmes est donc essentiel dans leur sélection et leur mise en œuvre.

— Axes de développement

L'ARS OI soutient le développement des systèmes d'information sur deux axes principaux :



LE DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ

• Individuellement

Il est nécessaire que chaque établissement de santé et médico-social, chaque professionnel de santé, investisse davantage dans les nouvelles technologies de l'information.

Si les choix de l'outil ou de la solution relèvent de ces structures ou individus, l'ARS veillera notamment à ce que qu'ils soient :

- Conformes à l'état de l'art ;
- Cohérents dans le paysage régional ;
- Interopérables.

• Collectivement

L'ARS a vocation à promouvoir et supporter des initiatives collectives lorsqu'elles sont nécessaires pour une action coordonnée de plusieurs acteurs, ou quand cela représente une économie substantielle grâce une mutualisation des moyens.

Cela se traduit concrètement par :

- La promotion des programmes, projets et outils à portée nationale ;
- Des projets confiés à la maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information de santé : le Groupement de Coopération Sanitaire Télémédecine, Echanges, Systèmes d'information, Santé (anciennement GIE Télémédecine Océan Indien).

• Le Dossier Médical Personnel

Une distinction doit être faite pour le Dossier Médical Personnel (DMP). Il s'agit en effet d'un système dont les utilisateurs sont à la fois les professionnels de santé et les patients. Ces derniers disposent d'une maîtrise des accès et des données de leur dossier.

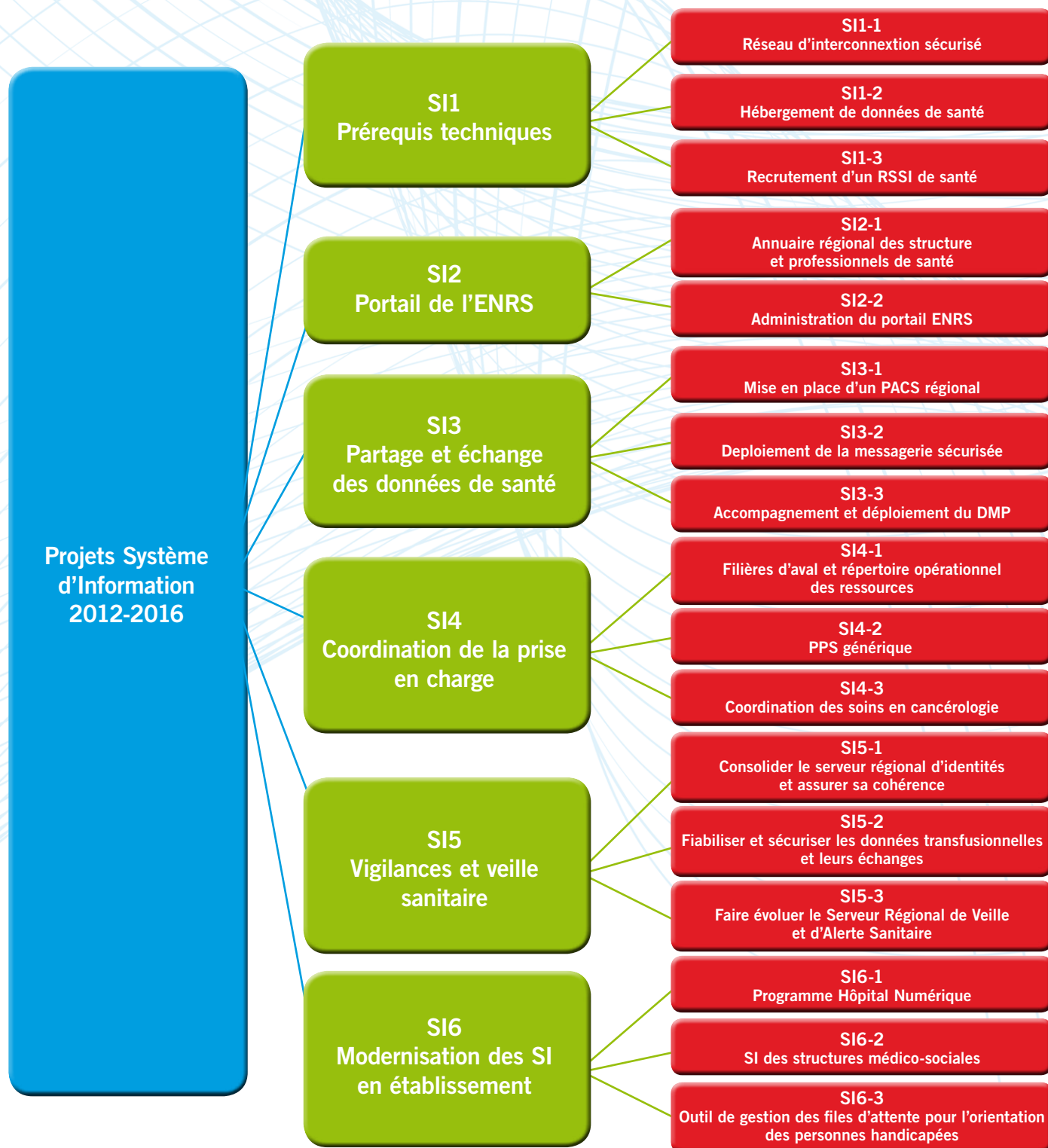
La stratégie de développement du DMP est donc particulière dans le sens où elle devra s'étendre à l'ensemble de la population en cohérence avec la politique nationale de déploiement et avec le soutien des instances compétentes.



PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

— Synthèse des projets systèmes d'information

La figure ci-dessous ne fait pas apparaître l'ensemble des liens entre les différentes thématiques. Il s'agit d'un choix de présentation.



PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

SI1

PRÉREQUIS TECHNIQUES

Projet	Prérequis Techniques	FICHE PROJET
		SI1
Acteurs Concernés	ARS OI, GCS TESIS, Établissements de santé de La Réunion et de Mayotte	
Lien avec	Sert de base aux projets : <ul style="list-style-type: none">• n°SI3 - Partage et échange de données médicales ;• n°SI4 - Coordination de la prise en charge ;• n°SI5 - Vigilances et veille sanitaire ;• n°T2 - Télé-imagerie ;• n°T3 - Accessibilité aux avis spécialisés ;• n°T4 - Télésurveillance des maladies chroniques.	

1

DIAGNOSTIC



Les systèmes d'information constituent le socle de développement des outils d'e-santé mis en œuvre pour soutenir le système de soins.

En l'absence de systèmes d'information évolutifs : dimensionnés à échelle, redondants, sécurisés, interconnectés et interconnectables ; il serait impossible de soutenir le développement de la télémédecine et d'apporter toutes les garanties nécessaires à cette pratique.

A La Réunion et à Mayotte, il faut également prendre en compte dans le développement des TIC la contrainte de l'insularité. Celle-ci est synonyme de dépendance mais aussi de limitation vis-à-vis de l'offre et des acteurs

présents sur ces territoires de santé. Ils sont seuls susceptibles de soutenir ce développement au travers de leurs compétences et de leurs offres.

Cette problématique est significative par exemple pour l'hébergement agréé de données de santé, puisqu'il n'existe pas aujourd'hui de solution régionale.

En ce qui concerne l'interconnexion des établissements et des professionnels de santé, le Réseau Régional Santé Social (R2S) est opérationnel et l'enjeu est désormais d'en généraliser l'usage.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

2

DÉFINITION DU PROJET

— Description

Ce projet vise à la mise en œuvre et au déploiement d'une infrastructure technique d'hébergement de données de santé, et de privilégier l'usage du réseau d'interconnexion sécurisée pour l'ensemble des établissements de santé, acteurs médico-sociaux et professionnels de santé libéraux de La Réunion et de Mayotte.

— Objectifs

Ce projet vise à soutenir :

- Le partage d'informations entre professionnels de santé ;
- Le décloisonnement et la coopération entre acteurs ;
- L'implantation d'acteurs en capacité de développer des offres d'hébergement

et de réseaux sécurisés en corrélation avec les spécificités ultramarines de La Réunion et de Mayotte ;

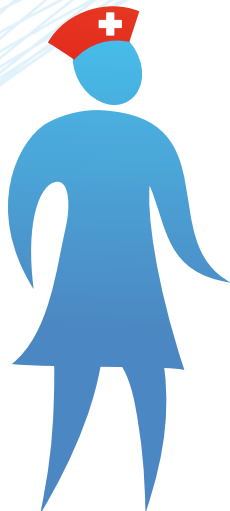
- La mise en œuvre technique des infrastructures ;
- L'agrément d'un hébergeur de donnée de santé pour les territoires de santé de La Réunion et de Mayotte ;
- Le déploiement et la promotion des offres auprès des acteurs de santé et du médico-social.

— Population cible

- Établissements de santé ;
- Établissements médico-sociaux.

3

MESURES À METTRE EN ŒUVRE



— SI1-1 Réseau d'interconnexion sécurisé

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : prestataires de service.

Échéances : 2012.

Description :

- Consolider l'offre mise en place au cours de l'année 2012 en renforçant les mécanismes de sécurité de la solution : Réseau Régional Santé Social (R2S) ;
- Assurer le déploiement de l'offre R2S dans les établissements de santé et médico-sociaux, réseaux de santé, Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS), en cohérence avec celui des usages nécessitant ces infrastructures.

— SI1-2 Hébergement de données de santé

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : ARS, Établissements de Santé de La Réunion, Prestataires de service.

Échéances : 2016.

Description :

- Mettre rapidement en conformité à la réglementation les services existants ;
- Étudier les solutions d'hébergement de données de santé accessibles à La Réunion et à Mayotte ;
- Étudier les conditions d'accessibilité en corrélation avec les spécificités ultramarines de La Réunion et de Mayotte ;
- Lancer un appel à projets pour la réalisation d'une infrastructure d'hébergement de données de santé ;
- Entamer la démarche d'obtention d'un agrément d'hébergeur de données de santé local.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

— SI1-3 Recrutement d'un Responsable de la Sécurité des Système de Santé

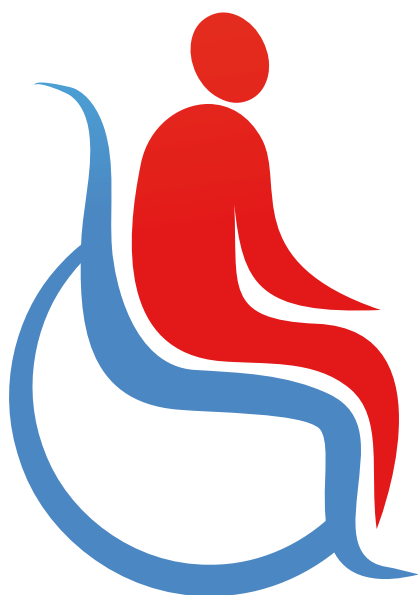
Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : ARS OI, Établissements de Santé, Établissements médico-sociaux, Professionnels de santé libéraux.

Échéances : Fin 2012.

Description :

- Le GCS TESIS est la structure adaptée pour accueillir un Responsable Sécurité des Systèmes d'Informations, et lui confier des missions à la fois au bénéfice direct des membres qui le souhaitent, et pour des thématiques à vocation régionale. Ces missions consisteraient à :
- Veiller aux aspects sécuritaires des systèmes d'information de santé interopérables ;
- Garantir la sécurité des échanges de données médicales entre les établissements et/ou les professionnels de santé ;
- Veiller aux respects des droits du patient à travers le respect de l'accès aux dossiers patients informatisés ;
- Apporter une expertise externe et prodiguer des conseils aux établissements et professionnels ;
- Réaliser des audits sécurité et/ou des contre-expertises.



4

INDICATEURS DE SUIVI
ET DE RÉALISATION

Mesures	Indicateurs retenus
SI1-1	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'établissements de santé et médico-sociaux des territoires de santé de La Réunion et Mayotte utilisant l'offre ; • Nombre de professionnels de santé libéraux utilisant l'offre ; • Nombre de cabinets de radiologie utilisant l'offre ; • Nombre et nature des services annexes utilisés ; • Nombre et nature des incidents techniques sur un an ; • Taux d'indisponibilité du réseau ; • Taux d'indisponibilité des services associés ;
SI1-2	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de demandes d'agrément d'hébergement de données de santé déposés auprès de l'ASIP Santé sur 2012 – 2016 ; • Évolution du nombre d'hébergeurs agréés pour les données de santé sur La Réunion et Mayotte entre 2012 et 2016 ; • Dépôt d'un dossier d'agrément hébergeur de données de santé par le GCS TESIS ; • Obtention d'un agrément d'hébergeur de données de santé par le GCS TESIS ;
SI-3	<ul style="list-style-type: none"> • Effectivité du recrutement ; • Nombre de systèmes audités ; • Nombre de recommandations effectuées ; • Nombre de mises en conformité effectives suite à intervention.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

SI2

PORTAIL DE L'ENRS

Projet	Portail de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS)	FICHE PROJET
		SI2
Acteurs Concernés	ARS OI, GCS TESIS.	
Lien avec	Sert de base aux projets : <ul style="list-style-type: none"> • n°SI3 - Partage et échange de données médicales • n°SI4 - Coordination de la prise en charge • n°SI5 - Vigilances et veille sanitaire 	

1

DIAGNOSTIC

Le portail régional « Santé Réunion », en ligne depuis de nombreuses années, est méconnu du public et des acteurs de santé d'autant que les utilisateurs potentiels de ces services n'y sont pas référencés. De plus, il n'offre que peu de services et d'informations à ce jour.

Point d'entrée de l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), il peut donc difficilement s'affirmer en tant qu'espace de services dématérialisés à destination des professionnels de santé et des acteurs médico-sociaux.

2

DÉFINITION DU PROJET

— Description

La relance du portail régional « Santé Réunion » est conditionnée par deux actions majeures :

- La mise à disposition d'un annuaire des professionnels de santé et médico-sociaux exhaustif et à jour ;
- L'administration et l'animation de ce site.

— Objectifs

- Permettre au sein d'un espace de confiance, de développer l'échange, la coopération et la coordination entre acteurs de santé ;
- Favoriser l'accès aux informations sur l'offre de soins disponible sur la Réunion et à Mayotte ;

- Offrir une vision partagée des acteurs et ressources répartis dans les établissements ;
- Assurer l'alignement stratégique de l'annuaire régional vers l'usage des services du RASS ;
- Proposer, pour l'accès aux services, un système d'authentification unique basé sur l'annuaire ;
- Assurer la promotion et la communication des référentiels nationaux ;
- Améliorer l'efficacité du système de santé en optimisant l'utilisation des ressources.

— Population cible

Les professionnels de santé et les acteurs médico-sociaux.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

3

MESURES À METTRE
EN ŒUVRE

— SI2-1 : Annuaire régional des structures et professionnels de santé

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : ARS OI, ASIP Santé.

Echéances : 2012-2016.

Description :

- Assurer le peuplement initial de l'annuaire référentiel régional, la synchronisation avec des référentiels nationaux, et la mise à jour à partir de sources complémentaires régionales ;
- Mettre en œuvre des mécanismes de connexion des applications au sein de l'annuaire, et d'authentification unique (SSO - Single Sign-On).

— SI2-2 : Administration du portail ENRS

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : ARS OI, ASIP Santé.

Echéances : 2012-2016.

Description :

- Animer l'actualité du point d'entrée unique à l'ensemble des services proposés par l'ENRS (Espace Numérique Régional de Santé) avec :
 - Des liens vers des espaces informatifs à destination du grand public et des professionnels de santé ;
 - Des espaces collaboratifs pour les communautés de pratiques, ou les groupes de travail de manière plus large ;
 - Des espaces d'informations sur les systèmes d'informations en santé.



4

INDICATEURS DE SUIVI
ET DE RÉALISATION

Mesures	Indicateurs retenus
SI2-1	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et taux de professionnels déclarés dans l'annuaire ;
SI2-2	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquence de mise à jour du site/portail par l'administrateur/animateur ; • Nombre de connexions utilisateur au portail par jour/semaine/mois ; • Taux d'indisponibilité du portail.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

SI3

PARTAGE ET ÉCHANGE DE DONNÉES DE SANTÉ

Projet	Partage et échange de données de santé	FICHE PROJET
		SI3
Acteurs Concernés	ARS OI, GCS TESIS, Établissements et Professionnels de santé de La Réunion et de Mayotte, Structures médico-sociales, Réseaux de santé	
Lien avec	S'appuie sur les projets : <ul style="list-style-type: none">• n°SI1 – Prérequis techniques ;• n°SI2 - Communication & Offre de soins - Annuaire régional des structures et professionnels de santé.	

1

DIAGNOSTIC

La coopération entre les acteurs de santé pour une prise en charge de qualité des patients et des résidents entraîne une nécessité croissante de partage et d'échange d'informations visant à favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins.

Les données de santé sont largement disponibles mais éparses sur les sites des multiples acteurs et réseaux des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Les modalités de stockage dispersées ne permettent pas aujourd'hui de partager et de transmettre facilement les images entre professionnels de santé, que ce soit dans le cadre d'une prescription, pour des seconds avis, ou dans le cadre du parcours du patient.

En ce qui concerne plus précisément l'imagerie médicale, son stockage sous forme numérique, est contraignant et coûteux.

2

DÉFINITION DU PROJET

— Description

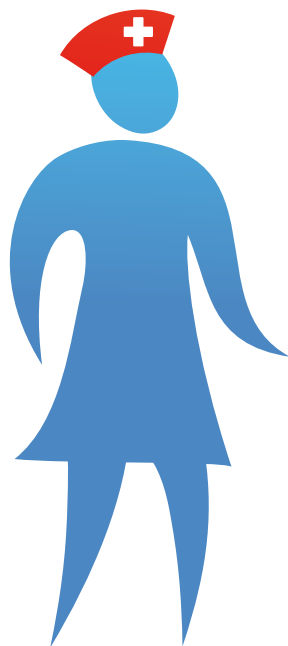
Afin de soutenir la coopération entre professionnels de santé et le décloisonnement ville/hôpital, le projet vise à développer les outils permettant le partage d'information portant sur :

- Le référencement de l'offre de soins existante sur les territoires de santé ;
- La coordination et la cohérence des soins apportés au patient ;
- La gestion des ressources disponibles ;
- La permanence des soins sur l'ensemble des territoires de santé ;
- L'enseignement nécessitant une anonymisation des données.

Trois axes prioritaires sont retenus pour favoriser le partage et l'échange d'information de santé :

- Mettre en place une offre de système d'archivage et de partage des images – Picture Archiving & Communication System (PACS) - régional qui permettra de soutenir :
 - La permanence des soins radiologique ;
 - Le déploiement de la télémédecine.
- Déployer la messagerie sécurisée afin de garantir la confidentialité et la sécurité inhérente au partage d'informations médicales entre professionnels de santé ;
- Accompagner le déploiement régional du Dossier Médical Personnel sur les territoires de santé de La Réunion ; Mayotte n'y étant pour le moment pas éligible.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE



Par ailleurs, le partage d'informations doit être réalisé dans le respect de la réglementation et du droit des usagers. Pour cette raison, la sécurité des données et de leur accès doit être au cœur des préoccupations. Au delà des aspects déontologiques, des lacunes en ce domaine auraient des conséquences sur la confiance des utilisateurs, qu'ils soient professionnels de santé ou patients envers ces nouveaux outils.

— Objectifs

La mise à dispositions d'outils appropriés tendra à fédérer les acteurs de santé autour de la coordination, de la communication et de la complémentarité. Ils contribueront à améliorer significativement le parcours de soins du patient entre ville et hôpital.

En matière d'efficience du système de santé, cela contribuera à :

- Un gain de temps pour les médecins dans les études comparatives ;
- L'amélioration de la qualité notamment pour la disponibilité des images au bloc opératoire et l'intérêt d'un archivage aux normes.

Des économies directes ou indirectes sont attendues grâce à :

- La réduction du coût des films, du papier... ;
- La réduction des temps de transport ;

- La réduction des examens redondants ;
- La diminution des intervalles de temps entre la fin de l'examen et la disponibilité du compte-rendu ;
- L'évolution des prises en charge des patients ;
- La réduction des doses aux patients.

Plus spécifiquement, dans le cadre du suivi des patients cancéreux, la mise en place d'un PACS régional doit mettre à disposition l'imagerie médicale et les dossiers patients électroniques à tous médecins radiologues, oncologues ou plus généralement à tous les médecins impliqués dans le suivi des patients cancéreux, notamment au bloc opératoire, avec 2 objectifs :

- Permettre au sein des cabinets et services d'imagerie médicale et de médecine nucléaire d'archiver et de consulter les examens ;
- Permettre aux oncologues et à tous les médecins impliqués dans le suivi des patients de consulter les examens d'imagerie.

— Population cible

- Établissements de santé ;
- Établissements médico-sociaux ;
- Patients et usagers.

3

MESURES À METTRE
EN ŒUVRE

— SI3-1 Mise en place d'un «PACS» régional

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : ARS ; Etablissements de santé, Communauté radiologique.

Echéances : 2012-2016.

Description :

- Sur le plan organisationnel :
- Choisir un mode contractuel : modèle Ile de France (contrat-cadre et marché

subséquent) ou mutualisation d'une solution PACS au niveau régional ;

- Identifier la forme juridique adaptée à la coopération que les acteurs souhaitent mettre en œuvre.

Sur le plan technique :

- Installer, déployer et tester la configuration finale :
 - Architecture serveur ;
 - Architecture de stockage ;
 - Postes de travail ;
- Analyser les interfaces et les mettre en œuvre ;

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

- Connecter les modalités, tester et paramétrer les protocoles d'acquisition et de lecture ;
- Accompagner la formation des référents et des utilisateurs.

— SI3-2 Déploiement de la messagerie sécurisée

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : Établissements et professionnels de santé de La Réunion et de Mayotte, Structures médico-sociales, Réseaux de santé.

Échéances : 2012.

Description :

- Mettre en œuvre des outils collaboratifs et une messagerie médicale autorisant la communication d'informations médicales nominatives de manière sécurisée entre professionnels de santé et dans un environnement d'exploitation sécurisé ;
- Accompagner le déploiement de la solution de messagerie sur les territoires de santé de La Réunion et de Mayotte.

— SI3-3 Accompagnement et déploiement du DMP

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : ARS OI, ASIP Santé, Établissements et professionnels de santé de La Réunion et de Mayotte, Réseaux de santé.

Échéances : 2012.

Description :

- Identifier les acteurs de santé bénéficiant des prérequis et engagés dans le déploiement du DMP ou susceptibles de le déployer à courte échéance ;
- Organiser la formation et l'information des professionnels de santé et des patients.

Pour Mayotte, le déploiement du DMP est conditionné à la généralisation de la carte Vitale à tous les assurés sociaux.



4

INDICATEURS DE SUIVI
ET DE RÉALISATION

Mesures	Indicateurs retenus
SI3-1	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'établissements, de cabinets de radiologie, ou de professionnels libéraux ayant accès au PACS régional ; • Nombre d'images disponibles dans le PACS régional ;
SI3-2	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de professionnels de santé libéraux utilisant la messagerie ; • Nombre de professionnels de santé hospitaliers utilisant la messagerie ; • Nombre de messages sécurisés échangés sur un an par un échantillon ciblé de professionnels adhérant au projet ;
SI3-3	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'établissement de santé équipés de logiciel DMP compatible ; • Nombre de professionnels de santé équipés de logiciels DMP compatible ; • Nombre de DMP créés.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

SI4

**COORDINATION DE
LA PRISE EN CHARGE**



Projet	Coordination de la prise en charge	FICHE PROJET
		SI4
Acteurs Concernés	ARS OI, GCS TESIS, Réseaux de santé	
Lien avec	S'appuie sur les projets : <ul style="list-style-type: none"> • n°SI1 – Prérequis techniques - Agrément hébergeur de données de santé • n°SI2 - Communication & Offre de soins - Annuaire régional des structures et professionnels de santé • n°SI3 -Partage et échange de données médicales 	

1

DIAGNOSTIC

L'expérimentation conduite auprès du réseau RéuCARE dans le cadre du déploiement d'un outil de gestion des plans personnalisés de soins jusqu'en 2012, a permis d'identifier les besoins en termes de support pour la coordination de la prise en charge. L'élément majeur qui s'en dégage est la nécessité de disposer, quelle que soit la pathologie, d'un plan personnalisé de soins dématérialisé et partagé.

Cependant il est également nécessaire de référencer l'offre de soins disponible dans chaque territoire de santé afin d'orienter le patient vers les structures à même de prendre en charge sa pathologie dans des conditions optimales. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'orienter les usagers du

système de santé en sortie des unités de Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) vers des structures en mesure d'assurer la continuité des soins.

Par ailleurs cette amélioration de la coordination inter-établissement favorisera la gestion des ressources disponibles et la diminution des délais d'attente liés à la transmission et au traitement des dossiers inhérents à la prise en charge du patient lors de son parcours de soins.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

2

DÉFINITION DU PROJET

— Description

Ce projet doit permettre une réflexion autour de la coordination des soins prodigués et des acteurs intervenant dans le cadre du parcours du patient dans le système de soins.

Il favorisera la définition des Plans Personnalisés de Soins, de façon à optimiser et modéliser la réflexion au sein de tous les projets de coordination.

— Objectifs

La coordination des professionnels de santé est un facteur-clé dans le processus de soins. Des outils fédérateurs et d'échange contribuent à décloisonner et à faire coopérer les acteurs.

Suite au retour d'expérience du projet RéuCARE – projet d'applicatif de gestion du Plan Personnalisé de Soins (PPS) de patients atteints de diabète et de pathologies cardiovasculaire et rénale - l'objectif est de produire un socle applicatif commun pour l'ensemble des réseaux de santé après mise en perspective d'un schéma similaire de fonctionnement et ainsi définir un PPS générique.

— Population cible

Réseaux de santé, établissements de santé, médecins spécialistes, médecins traitants, professionnels paramédicaux, SSR, USLD, HAD.

3

MESURES À METTRE EN ŒUVRE

— SI4-1 : Filières d'aval et Répertoire Opérationnel des Ressources associées

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : ARS OI, Établissements de santé, SSR, HAD, USLD.

Échéances : 2013.

Description :

- Mettre en place un annuaire recensant l'ensemble des filières d'aval dans leur domaine d'expertise, équipements, professionnels de santé, champs de compétence et typologie des patients pris en charge ;
- Favoriser une gestion électronique des demandes d'admission entre unités MCO et filières d'aval ;
- Produire des indicateurs permettant d'évaluer l'efficacité de la régulation des filières d'aval.

— SI4-2 : Plan personnalisé de soins générique

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : Réseaux de santé.

Échéances : 2013.

Description :

- Définir des Plans Personnalisés de Soins génériques pour établir la feuille de route d'un patient et tracer les actions de son parcours de soins (hors cancéro) ;
- Mettre en œuvre les outils nécessaires à la gestion de ces Plans Personnalisés de Soins.



PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

— SI4-3 : Coordination des soins en cancérologie

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : Établissements de santé, professionnels de santé libéraux, réseau de santé ONCORUN.

Échéances : 2014.



Description :

- RCP :
 - Identifier le pilote de l'outil d'aide à la décision dans le cadre des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire en Cancérologie (RCP) ;
 - Extraire et exploiter des éléments quantitatifs et qualitatifs dans le cadre du suivi de l'activité de la filière cancérologique à La Réunion et à Mayotte ;
 - Généraliser l'usage de l'outil sélectionné/développé à l'ensemble des RCP dans un souci de mise en conformité selon les recommandations de l'INCA.
- PPS de cancérologie :
 - Déployer un outil de PPS permettant de suivre les patients dans le cadre de la prise en charge du cancer dans un souci de mise en conformité selon les recommandations de l'INCA.

4

INDICATEURS DE SUIVI
ET DE RÉALISATION

Mesures	Indicateurs retenus
SI4-1	<ul style="list-style-type: none">• Nombre d'établissements répertoriés et de ressources associées ;• Couverture des territoires de santé utilisant l'outil d'orientation ;
SI4-2	<ul style="list-style-type: none">• Nombre de réseaux s'appuyant sur un PPS générique ;
SI4-3	<ul style="list-style-type: none">• Systématisation de l'usage de l'outil de coordination des soins en cancérologie pour les RCP ;• Nombre de dossiers créés annuellement.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

S15

VIGILANCES ET VEILLE SANITAIRE

Projet	Vigilances et veille sanitaire	FICHE PROJET
		S15
Acteurs Concernés	ARS OI, Etablissements de santé	
Lien avec	S'appuie sur les projets : <ul style="list-style-type: none">• n°SI1 – Prérequis techniques - Agrément hôte de données de santé ;• n°SI2 - Communication & Offre de soins - Annuaire régional des structures et professionnels de santé Sert de base aux projets : <ul style="list-style-type: none">• n°SI3 -Partage et échange de données médicales ;• n°SI4 -Coordination de la prise en charge ;• Tous les projets de télémédecine.	

1

DIAGNOSTIC



- L'identité est le pivot des données de santé. Aucune information de santé n'est utilisable sans rattachement à une identité. Le positionnement non ambigu de l'identité du patient comme la première étape de l'acte de soins permet d'éviter :
 - L'administration de traitement au mauvais patient ;
 - Les diagnostics inversés ;
 - Les interventions chirurgicales avec fiche d'anesthésie erronée ;
 - Les erreurs d'intervention.

L'Identifiant National de Santé Calculé (INSC) apporte une réponse à cette problématique mais elle est partielle car exclu de facto la population ne disposant pas de carte Vitale (jeunes enfants, non assurés sociaux...).

L'identito-vigilance est également au cœur de l'hémovigilance et du dossier transfusionnel.

En outre, depuis le 6 novembre 2006, il est réglementairement imposé que la traçabilité des produits sanguins labiles et la sécurisation de la délivrance soient assurées par un système informatique dans les établissements concernés.

- Par ailleurs, les équipes chargées de la veille et l'alerte sanitaire plus largement disposent d'un outil, le Serveur Régional de Veille et d'Alerte Sanitaire (SRVAS), dont les données anonymisées ne sont pas mises à jour de façon optimale.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

2

DÉFINITION DU PROJET



— Description

Dans le cadre des systèmes d'informations dédiés aux vigilances et à la veille sanitaire, trois domaines prioritaires sont identifiés. Il s'agit de :

- L'identito-vigilance régionale ;
- La coordination du dossier transfusionnel ;
- Le Serveur Régional de Veille et d'Alerte Sanitaire (SRVAS).

— Objectifs

Les objectifs de ces projets sont de :

- Disposer d'une base référente permettant de lier les données médicales et médico-sociales issues de différentes sources (réseaux, établissements de santé, cabinets médicaux, structures médico-sociale) à un même patient ;

- Sécuriser et fiabiliser l'identification du patient, sécuriser les actes transfusionnels, sécuriser et fiabiliser la traçabilité, échanger des résultats d'immuno-hématologie receveur ;
- Disposer d'une visibilité régionale en temps réel de l'activité des services d'urgence, de la disponibilité des lits, et d'indicateurs pertinents pour assurer un suivi épidémiologique ;
- Améliorer l'efficacité du système de santé en optimisant l'utilisation des ressources.

— Population cible

- Les cellules d'identito-vigilance locales (établissements) et régionale ;
- Les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux ;
- Les personnes chargées de la veille sanitaire.

3

MESURES À METTRE EN ŒUVRE

— SI5-1 : Consolider le serveur régional d'identités et assurer sa cohérence

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : Les établissements de santé (en particulier DIM et DSI).

Echéances : 2012-2014.

Description :

- Mettre en œuvre une organisation de déploiement de l'utilisation de l'INS-C au sein des territoires de santé ;
- Généraliser l'alimentation du serveur régional d'identité en y connectant les principaux établissements de santé et médico-sociaux ;
- Définir et rédiger la démarche, les rôles, les responsabilités et les modes opératoires d'identito-vigilance.

— SI5-2 : Fiabiliser et sécuriser les données transfusionnelles du patient et leurs échanges ;

Pilote : Coordonnateur régional d'hémovigilance (CRH).

Partenaires associés : ARS OI, GCS TESIS, Etablissements de santé, Etablissement Français du Sang (EFS).

Echéances : 2012-2013.

Description :

- Mettre en œuvre une application régionale laissant aux établissements, la gestion de l'ensemble des processus d'information, de même pour les dépôts, à destination de l'EFS régional ;
- Disposer d'un accès à cette base pour l'EFS régional, permettant de faire transiter l'ensemble des flux d'information ;

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE



- Disposer d'un échange de données entre les laboratoires réalisant les analyses d'immunologie-hématologie : groupe sanguin et RAI, à destination de la plateforme régionale, avec accusé de réception ;
- Disposer d'un processus de diffusion de l'identité par étiquetage et bracelet, intégré à l'application régionale permettant une maîtrise de la relation entre les produits sanguins labiles, les échantillons sanguins, les informations et le patient ;
- Offrir la possibilité de centraliser les traits biométriques du patient (photo d'identité et/ou empreinte digitale).

— SI5-3 : Faire évoluer le Serveur Régional de Veille et d'Alerte Sanitaire.

Pilote : ARS OI.

Partenaires associés : GCS TESIS, Cellule Interrégionale d'Epidémiologie Océan Indien (CIRO OI), Institut National de Veille sanitaire, Etablissements de santé, SAMU.

Echéances : 2012-2013.

Description :

- Améliorer le fonctionnement du SRVAS actuel (problèmes de connexion et de maintenance) afin d'éviter la reprise des données en provenance des établissements et obtenir la complétude des données des établissements pour l'alimentation des informations à destination de l'Institut Veille Sanitaire (InVS) ;
- Enrichir les informations collectées pour satisfaire aux besoins de recueil épidémiologique et d'observatoire des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ;
- Mettre en œuvre et intégrer un outil de production de statistiques et de tableaux de bord ;
- Mettre à disposition des tableaux de bord prédéfinis via le portail du GCS TESIS.

4

INDICATEURS DE SUIVI ET DE RÉALISATION

Mesures	Indicateurs retenus
SI5-1	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'identités présentes dans la base régionale ; • Nombre d'établissements connectés à la base régionale d'identités ;
SI5-2	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de dossiers présents dans le système régional ; • Nombre d'établissements connectés au dossier transfusionnel régional ;
SI5-3	<ul style="list-style-type: none"> • Exhaustivité des données saisies par les contributeurs.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

SI6

MODERNISATION DES
SI EN ÉTABLISSEMENT

Projet	Modernisation des systèmes d'information en établissement	FICHE PROJET
		SI6
Acteurs Concernés	ARS OI, Etablissements de santé et médico-sociaux, Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).	
Lien avec	<p>S'appuie sur les projets :</p> <ul style="list-style-type: none"> • n°SI3 - Partage et échange de données médicales ; • n°SI4 - Coordination de la prise en charge ; • n°SI5 - Vigilances et veille sanitaire ; • n°T2 - Télé-imagerie ; • n°T3 - Accessibilité aux avis spécialisés ; • n°T4 - Télésurveillance des maladies chroniques. Tous les projets de télémédecine. 	

1

DIAGNOSTIC

Le développement et la modernisation des systèmes d'information hospitaliers sont devenus un enjeu majeur pour l'ensemble de la politique d'amélioration de l'organisation des soins. Force est de constater qu'ils ne sont pas encore en état de répondre à ces enjeux.

Les raisons de cette situation sont multifactorielles, mais on peut identifier quelques freins structurels principaux :

- L'absence de stratégie nationale définissant les priorités, les objectifs et les modes opératoires propres à favoriser l'utilisation des systèmes d'informations comme outil d'efficacité et de qualité;
- Un déficit de pilotage à tous les niveaux : national, régional, local (au niveau des établissements);
- L'insuffisance de l'effort financier consacré à l'informatisation (de l'ordre de 1,7 % des dépenses d'exploitation dans les CHU et 1,4% dans les CH les plus importants, alors qu'on estime qu'il est difficile

d'atteindre un effet-levier en-deçà de 3%, objectif fixé par le ministre de la santé en 2006) ;

- Le défaut de préparation technique et culturelle d'un grand nombre de managers hospitaliers à la conduite du changement via les systèmes d'information ;
- Les résistances culturelles et corporatives au changement dans les établissements ;
- Des pratiques d'achats et le maintien de spécificités locales ou nationales freinant l'industrialisation du secteur.

Dans le secteur médico-social, le retard en termes d'informatisation des processus-métiers, est encore plus manifeste.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

2

DÉFINITION DU PROJET

— Description

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a engagé, en avril 2010, une démarche d'élaboration d'un plan stratégique de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH), baptisé «Programme Hôpital Numérique».

En parallèle de ce projet, l'ARS OI a souhaité engager une dynamique de promotion de la culture des systèmes d'information au sein des établissements médico-sociaux. Ce secteur diversifié et complexe, a engagé une dynamique de modernisation. Cependant le niveau de maîtrise des TIC et d'avancement des projets reste hétérogène.

Une enquête a été mise en œuvre afin de réaliser un état de l'art des systèmes d'information des établissements médico-sociaux et de formation des acteurs sur les territoires de santé de La Réunion et de Mayotte et ainsi d'évaluer le financement nécessaire à leur modernisation.

Ce projet de modernisation est sous-jacent au déploiement d'outils mutualisés tel que le dossier usager ou participant de manière directe ou indirecte à l'amélioration de la coordination entre les acteurs mais aussi à la mise en œuvre du parcours personnalisé de soin.

— Objectifs

Le programme Hôpital Numérique a pour ambition d'amener l'ensemble des établissements de santé à un niveau de maturité de leurs systèmes d'information, pour une amélioration significative de la qualité et de la sécurité des soins. Ce programme se propose ainsi de :

- Coordonner l'ensemble des acteurs (établissements de santé, ARS, administration centrale, industriels) autour d'une feuille de route commune pour les systèmes d'information hospitaliers ;
- Se focaliser sur des domaines fonctionnels prioritaires, après la mise en place d'un socle assurant la sécurité des données ;
- Soutenir les projets innovants.

La modernisation des systèmes d'information médico-sociaux quant à elle, vise 3 objectifs :

- Mise en œuvre d'un environnement informatique favorable au déploiement des systèmes d'information médico-sociaux ;
- Faciliter le décloisonnement et les coopérations entre acteurs.
- Diminuer les files d'attente au travers d'outils de coordination

— Population cible

- Les établissements de santé publics et privés ;
- Les établissements médico-sociaux ;
- La Maison Départementale pour les Personnes Handicapées (MDPH).



PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

3

MESURES À METTRE
EN ŒUVRE



— SI6-1 : Programme Hôpital Numérique

Pilote : ARS OI.

Partenaires associés : Etablissements de santé, DGOS.

Echéances : 2012-2016.

Description :

- Comblent les manques de gouvernance SI et favoriser l'implication dans les SI des professionnels de santé et cadres dirigeants ;
- Renforcer les compétences relatives aux SIH ;
- Atteindre 3 pré-requis avant d'entreprendre d'autres chantiers majeurs, et être en conformité avec ces pré-requis dans tous les établissements de La Réunion et de Mayotte au plus tard à l'échéance du programme Hôpital Numérique (2016) :
 - Maîtrise des problématiques d'identité et de mouvement au sein de l'établissement ;
 - Fiabilité et disponibilité des systèmes informatiques ;
 - Garantie de sécurité et de confidentialité lors de l'accès aux applications et aux données.
- Une fois les pré-requis atteints, investir prioritairement dans les domaines suivants :
- Résultats d'imagerie médicale, de biologie et d'anatomo-pathologie ;
 - Dossier patient informatisé et interopérable ;
 - Prescription électronique alimentant le plan de soins ;
 - Programmation des ressources et agenda du patient ;
 - Pilotage médico-économique.

— SI6-2 : Système d'information des structures médico-sociales

Pilote : GCS TESIS.

Partenaires associés : ARS OI, Établissements médico-sociaux.

Echéances : 2016.

Description :

- Développer une culture des technologies de l'information et de la communication (TIC) au sein des structures médico-sociales et favoriser le déploiement de systèmes d'information interopérables ;
- Faciliter le décloisonnement et les coopérations entre acteurs, notamment dans le secteur des personnes handicapées en relation avec la MDPH dans l'objectif d'améliorer l'échange d'informations et de réduire les files d'attente ;
- Permettre la remontée d'indicateurs significatifs permettant d'évaluer l'efficacité des secteurs médico-sociaux sur les territoires de santé de La Réunion et de Mayotte notamment dans le cadre des obligations réglementaires.

— SI6-3 : Déploiement d'un outil de gestion des files d'attente concernant l'orientation des personnes porteuses de handicaps

Pilote : ARS OI, GCS TESIS.

Partenaires associés : MDPH, établissements médico-sociaux.

Echéances : 2016.

Description :

- Analyser les besoins de coordination entre les acteurs dans le secteur des personnes porteuses de handicaps ;
- Faciliter la coordination et le suivi des demandes d'admission après notification de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) en s'appuyant sur des applicatifs adaptés et interopérables ;
- Pouvoir évaluer en temps réel les délais et les files d'attente après décision de la CDAPH.

PROJETS SYSTÈMES D'INFORMATION RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

4

INDICATEURS
DE SUIVI ET DE
RÉALISATION



Mesures	Indicateurs retenus	
SI6-1	<ul style="list-style-type: none"> Atteinte du prérequis Identité-Mouvements : 	
	<i>Thématique</i>	<i>Seuil</i>
	Taux d'application au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectées à un référentiel unique d'identités des patients	70% des applications des domaines concernés
	Taux d'applications au cœur du processus de soins, de la gestion administrative du patient et du PMSI connectés à un référentiel unique de séjours et mouvements des patients	70% des applications des domaines concernés
	Existence d'un référentiel de structure interne de l'établissement (juridique, géographique, fonctionnel) piloté, avec mise à jour régulière des applicatifs a minima annuellement	Existence du référentiel et procédures de mise à jour
	<ul style="list-style-type: none"> Atteinte du prérequis Fiabilité - disponibilité 	
	<i>Thématique</i>	<i>Seuil</i>
	Existence d'un Plan de Reprise d'Activité (PRA) formalisé et testé	Existence d'un PRA formalisé pour l'ensemble des applications et testé pour les domaines critiques définis sur une analyse des risques
	Définition d'un taux de disponibilité cible des applicatifs et mise en œuvre d'une évaluation de ce taux	Fourniture du taux cible, de la méthode d'évaluation et du taux de disponibilité évalué
	Existence d'un Plan de Continuité de Service (PCS), relatif aux réseaux, serveurs et applications médicales critiques, formalisé et testé	Existence d'un PCS testé relatif aux réseaux, serveurs et applications médicales critiques définies sur une analyse de risques
	<ul style="list-style-type: none"> Atteinte du prérequis Sécurité - Confidentialité 	
	<i>Thématique</i>	<i>Seuil</i>
	Existence d'une politique de sécurité formalisée, conforme aux référentiels publiés, et sur une analyse des risques au sein de l'établissement ; nomination d'un référent sécurité	Existence avec analyse des risques et référent sécurité
	Existence d'une charte ou d'un document formalisant les règles d'accès au SI, en particulier aux applications gérant des informations de santé à caractère personnel, diffusé au personnel, aux nouveaux arrivants, prestataires et fournisseurs	Existence du document et processus de diffusion et d'acceptation
	Information des patients sur les conditions d'utilisation des informations de santé à caractère personnel	Existence et procédure
	Dispositif d'authentification personnelle intégré dans les applications gérant des données de santé à caractère personnel	100% des applications gérant des données de santé à caractère personnel
Traçabilité, capacité à gérer des historiques d'accès aux données et des actions réalisées	Existence et description du mode de gestion	
<ul style="list-style-type: none"> En ce qui concerne les indicateurs d'atteinte des cibles pour les 5 domaines prioritaires, la DGOS a publié un «Guide des indicateurs au Volet Mécanismes d'attribution des soutiens financiers», qui s'applique aux établissements de la Réunion et Mayotte. 		
SI6-2	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de référents informatiques identifiés Nombre de projets liés aux systèmes d'information à échéance 2016 	
SI6-3	<ul style="list-style-type: none"> Harmonisation de la gestion des files d'attente 	

1

ENJEUX ET OBJECTIFS

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

Le déploiement de la télémédecine constitue un facteur clé d'amélioration de la performance de notre système de santé d'autant plus prégnant dans nos territoires qu'il constitue une réponse organisationnelle et technique aux défis épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies), démographiques (inégaie répartition des professionnels), économiques (contrainte budgétaire) et géographiques auxquels doit répondre l'organisation de l'offre de santé.

L'Association Mondiale Médicale souligne que « le développement et la mise en place de technologies d'information et de communication génèrent de nouvelles modalités en matière de soins des patients. Ces instruments sont des façons différentes d'exercer la médecine. L'adoption de la télémédecine se justifie du fait de sa vitesse et des possibilités qu'elle offre d'atteindre des patients ayant un accès limité à l'assistance médicale, au-delà de sa capacité à améliorer les soins de santé »

Porteuse de missions spécifiques et de valeurs particulières, chaque catégorie d'acteurs a tendance à concevoir les enjeux généraux à travers le prisme de ses propres contraintes. Il en résulte trop souvent une tendance instinctive à développer des solutions locales dont la conséquence est une atomisation et un cloisonnement excessif des systèmes d'information. Pourtant, sous la diversité et la complexité de ces écosystèmes, sont mises en œuvre un grand nombre de fonctions ressources identiques qui rendent possibles la modélisation d'un système global homogène et partagé.

La télémédecine apparaît comme l'une des réponses nouvelles et adaptées aux besoins de nos territoires parfois ruraux, parfois enclavés, souvent isolés. Elle favorise la mise en place du concept de gradation des soins et du « patient-acteur » de sa santé, notamment dans la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques dont le nombre ne fera que croître dans les prochaines années avec l'allongement de la durée de la vie. Les avantages apportés par la télémédecine ne se limitent donc pas aux seuls aspects économiques.

— Objectifs attendus du développement des usages de la télémédecine

- **Améliorer l'accès pour tous à des soins de qualité** sur l'ensemble des 4 territoires de santé de La Réunion et de Mayotte ;
- **Améliorer la coordination** entre les professionnels du secteur ambulatoire et les structures hospitalières et médico-sociales ;
- **Améliorer le parcours de soins** des patients et restructurer l'offre hospitalière.



LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

— Bénéfices attendus de la télémédecine par les différents acteurs

- Pour le patient
 - Prise en charge adaptée, réduction des délais de prise en charge ;
 - Diminution de la fréquence et de la durée des hospitalisations ;
 - Maintien à domicile ou au sein de structures médico-sociales ;
 - Prévention des complications pour les patients atteints de maladies chroniques.
- Pour les professionnels de santé
 - Décloisonnement entre les professionnels de santé ;
 - Meilleure coordination entre les 3 niveaux de recours (avis spécialisé) ;
 - Fin de l'isolement des professionnels exerçant en zones sous denses ;
- Utilisation d'outils modernes et valorisants ;
- Possibilité d'utiliser une base de données d'enseignement et de recherche anonymisées pour les formations initiales, les RETEX, le développement professionnel continu (DPC).
- Pour les pouvoirs publics
 - Levier d'optimisation de l'organisation des soins pour les ARS ;
 - Maintien de présence des dispositifs sanitaires de qualité dans les zones sous denses...



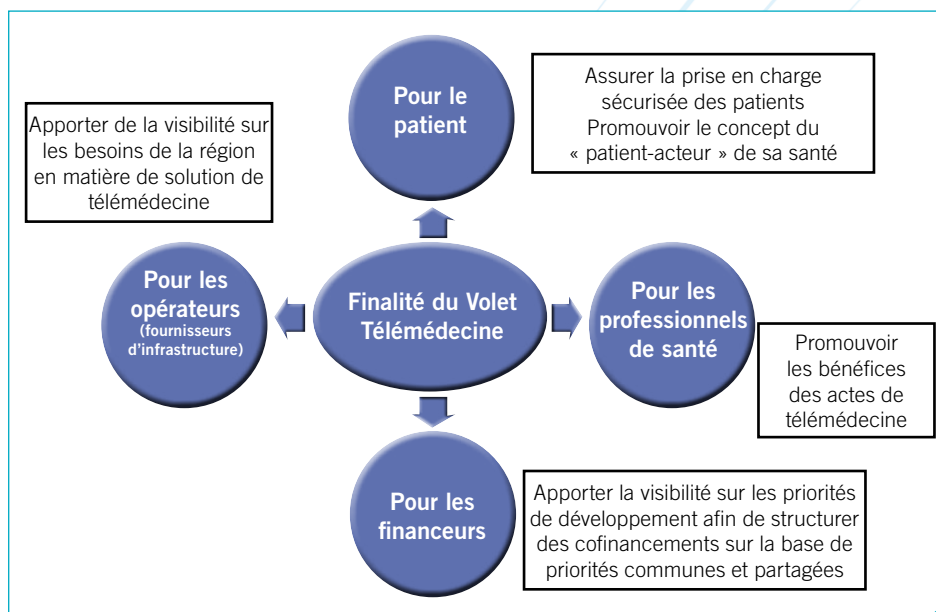
LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

2

FINALITÉ DU VOLET TÉLÉMÉDECINE

En référence à l'article R.1434-7 du code de la santé publique, le volet Télémédecine décline les modalités spécifiques d'application des axes visant à développer la télémédecine dans les schémas d'organisations des soins, d'organisation médico-sociale et de prévention.

La finalité varie en fonction des bénéficiaires attendus.



3

ARTICULATION AVEC LES PRIORITÉS NATIONALES ET LE PRS

— Une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine

Le ministère de la Santé a lancé au début de l'année 2011, l'élaboration d'un plan stratégique national de déploiement de la télémédecine.

• Un plan national

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

Dans une démarche de gouvernance collective, ce plan est piloté par un comité de pilotage stratégique interministériel animé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), avec l'appui de la Délégation

à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS).

Ce plan se structure autour de trois volets : Un document stratégique « stratégie télémédecine 2011-2015 », précisant la vision, les enjeux et les grandes orientations stratégiques à moyen terme ;

– Un plan d'actions : chacune de ces actions relève de la responsabilité d'un pilote précisément identifié. Elles sont concomitantes et coordonnées ;

– Une « boîte à outils » recensant les éléments de méthodes existants ou découlant de la mise en œuvre d'actions spécifiques 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.

LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

• 5 priorités nationales

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

Ces critères sont les suivants :

- L'impact populationnel ;
- Le niveau de diffusion ;
- La capacité d'intégration dans l'organisation des soins : facilité de mise en œuvre par les professionnels et facilité d'appropriation par les usagers ;
- La création de valeur et l'innovation dans la chaîne de soins ;
- L'interopérabilité technique et la sécurité des systèmes d'information ;
- La participation à une meilleure gradation des soins entre le premier et troisième recours ;
- L'articulation entre les champs sanitaire et médico-social.

Sur la base de cette évaluation, cinq chantiers prioritaires au niveau national ont été retenus :

Priorité 1 : Permanence des soins en imagerie médicale

Ce chantier répond à la problématique de la permanence des soins en établissements de santé dans un contexte de plus en plus contraint en termes de ressources humaines et de spécialisation des radiologues, des anatomocytologistes et des spécialistes d'organe.

L'interprétation à distance de l'imagerie médicale, en temps réel ou en temps différé, constitue un acte de téléexpertise ou de téléconsultation.

Des actes de téléassistance médicale permettent également aux radiologues d'assister à distance le manipulateur au cours de la réalisation d'un examen radiologique.

Priorité 2 : Prise en charge de l'AVC

L'incidence et le poids des AVC s'accroissent dans notre société, du fait du vieillissement de la population et des situations de handicap fréquemment associées et insuffisamment prises en compte.

Dans ce contexte, la prise en charge des AVC peut bénéficier d'une part, du déploiement de systèmes de télé-médecine associant les outils de vidéoconférence et la téléradiologie, sur un territoire ou une région. L'utilisation conjointe de ces techniques permettent d'accélérer la prise en charge pluridisciplinaire des AVC et ainsi la mise en œuvre d'un traitement efficace pour diminuer la mortalité et les séquelles des AVC. D'autre part, le recours au système d'information garantit la traçabilité des données.

Priorité 3 : Santé des personnes détenues

La population des personnes détenues présente d'importants besoins de santé. Le développement de la télé-médecine au sein des Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) implantées en milieu pénitentiaire permet de faire bénéficier à cette population de soins équivalents à ceux de la population générale (qualité et continuité). De plus, cela permet de faire accéder cette population à certaines spécialités dont l'intervention sur place voire le recours à des extractions du milieu carcéral sont souvent empreints de nombreux obstacles (distance, escorte, moyens de transports, sécurisation, processus coûteux).

Priorité 4 : Prise en charge d'une maladie chronique

Le nombre de patients atteints de maladies chroniques ne cesse d'augmenter avec l'allongement de la durée de vie. Estimé à 15 millions de patients aujourd'hui en France, le chiffre annoncé pour 2020 est de 20 millions de patients. Les maladies chroniques sont ainsi responsables de la progression des dépenses de santé. Par ailleurs, l'explosion de la demande de soins conduit à une pénurie de ressources en soignants et médecins. La télé-médecine permet donc la mise en place de nouvelles prises en charge de soins, favorisant les liens nécessaires entre les patients, les professionnels paramédicaux et les médecins.

Priorité 5 : Soins en structures médico-sociales ou en hospitalisation à domicile

Les résidents en EHPAD sont fréquemment confrontés à des hospitalisations répétées et à des déplacements entre leur lieu de vie et les établissements de santé. Les hospitalisations de personnes âgées, fragilisées et dépendantes, induisent généralement une dégradation de leur état de santé et de leur autonomie se traduisant par des chutes, des pertes de poids... Ces phénomènes secondaires s'observent de manière plus prononcée chez les résidents en EHPAD atteints de la maladie d'Alzheimer.

Le développement des usages de la télé-médecine permet d'agir en faveur de la réduction des facteurs aggravant la dépendance et la fragilité des personnes. Par définition, l'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une prise en charge au domicile du patient, et les soins, souvent pluriquotidiens, sont réalisés par des professionnels de santé intervenant directement chez le patient.

Le développement de la télé-médecine en HAD s'inscrit donc dans un objectif d'amélioration des prises en charge des patients et non en substitution des visites effectuées par les professionnels de l'HAD, salariés ou libéraux.

LE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

— Les priorités du PRS et de ses schémas

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

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 se modifier à l'aune de l'évolution et de la transformation des pratiques médicales pour une amélioration de la qualité 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 développement de la télémédecine au sein des quatre territoires de santé constitue une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques et démographiques auxquels l'ARS Océan Indien doit faire face. Il est par ailleurs, 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 d'un patient. La problématique de démographie médicale et paramédicale ou encore l'isolement de certains bassins de vie renforcent d'autant plus la nécessité de recourir à la télémédecine de manière à garantir l'accessibilité et la permanence des soins sur les quatre territoires de santé éloignés géographiquement.

La télémédecine doit être un outil permettant d'optimiser notamment le temps médical et non un usage alourdissant la charge de travail de certains professionnels de santé. Ce point soulève la question essentielle de l'organisation de l'activité de télémédecine. Elle doit reposer sur un projet médical, défini et partagé. De plus, il convient d'aborder avec rigueur la question de l'éthique et de la déontologie en télémédecine afin de garantir l'équité de l'accès aux soins et de la qualité de la prise en charge. De même, la télémédecine reste de la médecine à distance, et à ce titre, elle constitue un acte médical qui doit intégrer toute la dimension de la responsabilité médicale.

Dans l'optique d'un développement durable de la télémédecine, le Volet Télémédecine doit traiter ces questions et s'attacher à consolider, pérenniser, voire généraliser les projets existants. Concernant les projets émergents correspondant aux besoins et attentes des acteurs de terrain, il s'agit de les impulser et de les structurer, notamment d'un point de vue organisationnel. Ces projets sont à construire selon un maillage pertinent et garantir une bonne articulation entre la prévention et les soins.



CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA TÉLÉMÉDECINE

1

DÉFINITION

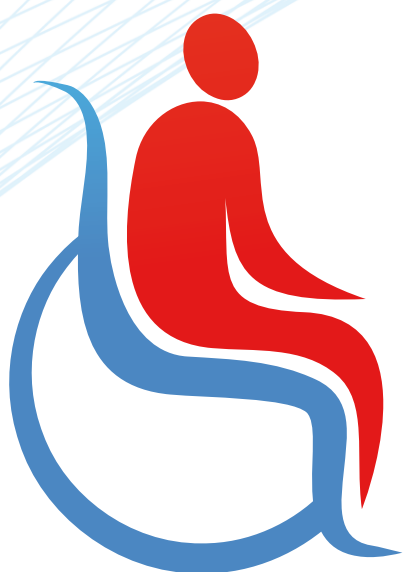
La réforme de l'organisation des soins, impulsée par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, constitue un facteur organisationnel fort pour la mise en place de la télémédecine. Renforcée et encadrée par le décret télémédecine du 19 octobre 2010, la pratique de la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

L'introduction de la première définition légale de la télémédecine au code de la santé publique constitue une étape structurante pour son développement et permet ainsi son intégration dans le projet régional de santé.

Définie dans l'article 78 de la loi HPST, la télémédecine est une « forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». La loi précise qu'elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. La télémédecine permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou réaliser des prestations ou des actes, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre ainsi que la prise en charge financière, fixées par décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010, tiennent compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

La télémédecine peut permettre, dans ses diverses applications pour les professionnels de santé comme pour les patients, de conforter une organisation territoriale efficiente de la santé. Elle contribue en effet à réduire les inégalités d'accès à la santé des populations, en particulier isolées sur le territoire, en leur rendant accessibles, sans délai et sans déplacement du patient ou du professionnel de santé, des compétences et des expertises spécialisées. Elle constitue le vecteur d'une amélioration de l'organisation des soins : gradation des soins entre tous les niveaux de recours ; coordination entre établissements de santé, médecine ambulatoire et acteurs médico-sociaux et promotion de l'exercice regroupé (même en mode virtuel) ; nouvelles formes de collaboration entre professionnels de santé ; meilleure attractivité et valorisation de certains métiers, efficacité optimale des soins.



CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA TÉLÉMÉDECINE

2

CINQ ACTES DE TÉLÉMÉDECINE



Cinq actes de télémédecine sont définis dans l'article R.6316-1 du Code de la Santé Publique.

— La téléconsultation

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

— La téléexpertise

La téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.

— La télésurveillance médicale

La télésurveillance médicale permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

— La téléassistance médicale

La téléassistance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

— La réponse médicale

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

3

MODALITÉS DE RÉALISATION DES ACTES DE TÉLÉMÉDECINE

La réalisation de chaque acte de télémédecine est soumise à des modalités de mise en œuvre spécifique.

ACTES DE TELEMEDECINE (hors réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale)				
Dénomination de l'acte	Personnes présentes		Moment de la réalisation de l'activité	Activité réalisée
	Sur place	A distance		
Téléconsultation	Patient et éventuellement un professionnel de santé	Professionnel médical	En direct	Consultation d'un professionnel médical
Téléexpertise	Professionnel médical et éventuellement le patient	Professionnel médical	En direct ou différé	Avis d'expert pour diagnostic ou traitement thérapeutique
Télésurveillance médicale	Patient et éventuellement professionnel de santé	Professionnel médical	Éventuellement en différé	Interprétation de données cliniques, radiologiques ou biologiques
Téléassistance médicale	Patient et professionnel de santé	Professionnel médical	En direct	Aide d'expert pour l'accomplissement de l'acte médical

CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA TÉLÉMÉDECINE

4

CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Comme tout acte de nature médicale, la télémédecine 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, des 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, les éléments suivants doivent figurer dans le dossier du patient :

- La justification de la demande de l'acte ;
- La question posée au réalisateur de l'acte ;
- Le compte-rendu de la réalisation de l'acte ;
- Les actes et les prescriptions médicalementes 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. Le patient doit donc être informé de manière claire des conditions de réalisation de cet acte.

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

Les conditions de mise en œuvre de la télémédecine sur les plans techniques et organisationnels sont décrites dans le décret. Les conditions techniques de qualité et de sécurité du dispositif respectent les modalités générales d'élaboration des référentiels relatifs à la qualité et à la confidentialité des données, validés par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) et la CNIL. 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.

Enfin, il faut rappeler que l'essor des projets de télémédecine s'appuie sur le développement concomitant des TIC et des Système d'information de santé.



CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA TÉLÉMÉDECINE

5

ORGANISATION DE L'ACTIVITÉ DE TÉLÉMÉDECINE



Le décret du 19 octobre 2010 précise la définition des actes de télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre ainsi que leur organisation. Il prévoit notamment que toute activité de télémédecine doit donner lieu à la formalisation des engagements des acteurs à deux niveaux :

- Une contractualisation entre l'ARS et les acteurs du projet ;
- Un conventionnement, organisant les relations entre les acteurs du projet.

Ces deux objectifs doivent être conçus de manière complémentaire mais poursuivent des objectifs différents.

L'état des lieux du déploiement de la télémédecine en France présenté au comité de pilotage du 16 janvier 2012 montre que ce nouveau mode d'exercice de la médecine demeure au stade de l'expérimentation. Le dispositif de contractualisation et de conventionnement doit donc être mobilisé comme un levier pour le développement des usages. Il est en effet de nature à donner davantage de visibilité aux porteurs de projets tout en assurant la qualité et l'efficacité des activités mises en œuvre.

— La contractualisation entre l'ARS et les acteurs de l'activité de télémédecine

Le bénéfice principal de la contractualisation est d'assurer une bonne visibilité aux acteurs en définissant les modalités de déploiement de l'organisation de télémédecine et l'insertion dans le projet régional.

A ce titre, la contractualisation dans le champ de la télémédecine poursuit quatre principaux objectifs :

- Définir les modalités de l'inscription de l'activité dans la stratégie régionale relative à l'organisation des soins ;
- Organiser un point de rencontre entre l'ARS et les acteurs de la télémédecine pour s'assurer de la conformité du projet avec les conditions définies dans le décret du 19 octobre 2010 ;
- Définir les conditions du développement de l'activité (soutenabilité économique,

organisationnelle et technique, modalités de régulation de l'activité) ;

- Suivre et évaluer l'activité.

La contractualisation en matière de télémédecine dépasse donc la seule fixation d'objectifs stratégiques. Elle a également été conçue comme un dispositif de mise en conformité de l'activité de télémédecine avec les prescriptions fixées dans le décret du 19 octobre 2010. En conséquence, le contenu du contrat devra tenir compte de ces deux impératifs : contribution de l'activité à l'évolution de l'offre de soins territoriale (aspects stratégiques) ; description des conditions de réalisation de l'activité (contrôle de qualité).

— Le conventionnement entre les acteurs de l'activité de télémédecine

La convention organise les relations entre les acteurs de télémédecine et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les exigences mentionnées dans le contrat. Il convient d'appliquer un principe de subsidiarité entre le contrat et les conventions selon les critères suivants :

- Le contrat détermine les objectifs poursuivis, l'insertion dans le projet régional ainsi que les engagements en termes de qualité des soins. Ces engagements sont pris collectivement à l'égard de l'ARS.
- La convention est une déclinaison opérationnelle de l'activité de télémédecine qui décrit de manière précise la place prise par chacun d'entre eux dans l'organisation. La télémédecine nécessitant une bonne coordination entre plusieurs structures ou professionnels de santé, la convention définit les engagements pris par chacun des acteurs individuellement.

La contractualisation et le conventionnement s'appliquent à toutes les activités de télémédecine hors l'activité de régulation médicale autorisée. Le décret ne l'impose pas aux acteurs ; l'organisation de la réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale faisant par ailleurs l'objet de procédures d'autorisation et de conditions techniques de fonctionnement.

CADRE DE RÉFÉRENCE DE LA TÉLÉMÉDECINE

6

FINANCEMENT DES ACTES ET DE L'ACTIVITÉ DE TÉLÉMÉDECINE

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

— La tarification des actes de télémédecine

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

— L'organisation de l'activité de télémédecine

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

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

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



ÉTAT DES LIEUX DE L'OFFRE DE TÉLÉMÉDECINE

1

GOVERNANCE DE LA MISE EN ŒUVRE DES PROJETS

L'Agence de Santé Océan Indien pilote le niveau stratégique et coordonne l'ensemble des acteurs concernés par la mise en œuvre du PSIT.

Le Groupement de Coopération Sanitaire Télémédecine, Echanges, Systèmes d'Information, Santé (GCS TESIS, anciennement GIE Télémédecine Océan Indien) assure

la maîtrise d'ouvrage stratégique au plan régional. Par sa structure juridique et son positionnement, le GCS TESIS permet de réunir l'ensemble des acteurs de la santé, tant publics que privés, par une participation effective aux projets et en assurant une représentativité indispensable à une bonne adhésion sur le terrain.

2

ACTIVITÉS ET PROJETS DE TÉLÉMÉDECINE IDENTIFIÉS

L'état des lieux des activités de télémédecine existantes ou en projet sur les quatre territoires de santé est le suivant :

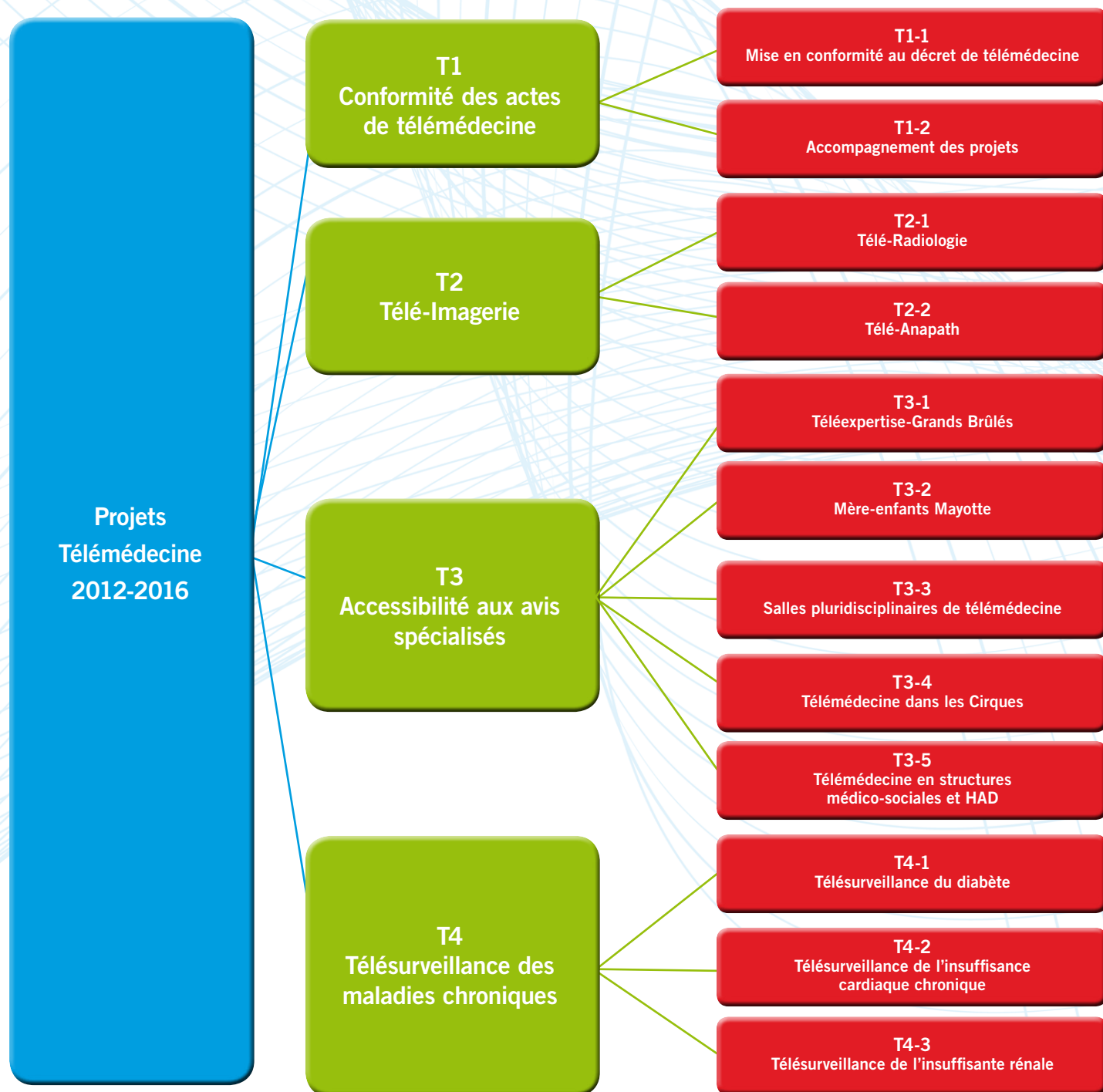
Activités de télémédecine	Statut	Structure coordinatrice	Date de démarrage	Priorité nationale	Type d'acte
Télémédecine Mafate	Opérationnel	SAMU 974	2010		Téléconsultation
Télémédecine Cilaos	Opérationnel	SAMU 974	2004		Téléconsultation
Téléradiologie régionale	En conception	ARS OI GCS TESIS	2010	Permanence des soins en imagerie	Téléexpertise
Télémédecine en HAD	En conception	ASDR ARAR	2011	Soins en structures médico-sociales ou en HAD	Téléexpertise, téléconsultation, télésurveillance
Projet Anapath	En conception	ARS OI GCS TESIS	2011	Permanence des soins en imagerie	Téléexpertise, téléconsultation
Projet Maladies chroniques	En conception	GCS TESIS	2011	Soins en structures médico-sociales ou en HAD	Télésurveillance
Projet Mère-Enfant à Mayotte	En conception	ARS OI	2011	Permanence des soins en imagerie	Téléassistance
Télé-AVC	En conception	ARS OI GCS TESIS	2011	Prise en charge de l'AVC	Téléexpertise, téléconsultation
Télé-cardio	Opérationnel	CHU site Sud	2010		Téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance



PROJETS DE TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

— Synthèse des projets de télémédecine

La figure ci-dessous ne fait pas apparaître l'ensemble des liens entre les différentes thématiques. Il s'agit d'un choix de présentation.



TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

T1

CONFORMITÉ
DES ACTES DE
TÉLÉMÉDECINE

Projet	Conformité des actes de télémédecine	FICHE PROJET
		T1
Acteurs Concernés	ARS OI, GCS TESIS, Acteurs de l'offre de soins	
Lien avec	<ul style="list-style-type: none">• Décret de télémédecine du 19 octobre 2010 ;• Plan national de déploiement de la télémédecine ;• PSS-Performance du Système de santé p23 ; Développer la télémédecine dans l'Océan Indien.	

1

DIAGNOSTIC

Pour les projets ayant fait la preuve pendant leur phase pilote de l'amélioration apportées dans la prise en charge des usagers, se pose la question de leur pérennisation et de leur généralisation. Il est nécessaire de les mettre en conformité avec le décret.

2

DÉFINITION DU PROJET

— Description

Le décret de télémédecine du 19 octobre 2010 précise la définition des actes de télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre, ainsi que leur organisation. Il prévoit notamment que toute activité de télémédecine doit donner lieu à la formalisation des engagements des acteurs.

— Population cible

Les acteurs de l'activité de télémédecine existante et les acteurs de l'offre de soins susceptibles de développer une activité de télémédecine.

— Objectifs

Ce projet répond aux objectifs nationaux et régionaux de déploiement de la télémédecine.

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

3

MESURES À METTRE
EN ŒUVRE

— T1-1 : Mise en conformité au décret de télémédecine

Pilote : ARS-OI.

Partenaires associés : Acteurs de l'activité de télémédecine.

Échéances : 2012.

Description :

- Expertiser les projets existants de télémédecine afin de les mettre en conformité ;
- Formaliser les engagements des acteurs à deux niveaux : une contractualisation entre l'ARS OI et les acteurs du projet et un conventionnement qui organise les relations entre les acteurs du projet.

— T1-2 : Accompagnement des projets

Pilote : ARS OI, GCS TESIS.

Partenaires associés : Acteurs de l'offre de soins.

Échéances : 2012-2016.

Description :

- Définir le projet médical qui sous-tend l'activité de télémédecine ;
- Il n'y a pas de projet de télémédecine sans projet médical. La télémédecine n'a pas pour objet d'organiser le remplacement des organisations par une technique, mais elle crée des modalités de fonctionnement. Il est essentiel de définir le projet médical et l'organisation afférente pour adapter la technologie à l'organisation optimale et non l'inverse.
- 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. Cette reproductibilité doit être intégrée en amont dans le choix des organisations afin que les solutions soient pérennes et généralisables. Pour cela, la précision

de l'objectif et la définition d'indicateurs d'évaluation de l'impact attendu par projet est indispensable. En ce sens, tout projet de télémédecine doit proposer des solutions et organisations pensées afin de pouvoir répondre à d'autres types de prise en charge ou encore d'autres pathologies.

- Construire des projets évolutifs ;
- L'organisation mise en place doit être évolutive, c'est-à-dire intégrer la possibilité de répondre à diverses applications médicales. A titre d'exemple, un hôpital qui lance un projet de téléconsultations en EHPAD doit configurer la salle de vidéoconférence de telle sorte qu'il puisse y greffer d'autres projets (exemple : utiliser la même salle pour un suivi en téléconsultation et téléassistance d'une maladie chronique). Au-delà des exigences de flexibilité et d'interopérabilité de l'infrastructure numérique matérielle, l'aménagement et l'ergonomie des locaux doit être perfectible à d'autres types de prise en charge et pathologies.
- Sensibiliser les patients à la télémédecine ;
- L'acte de télémédecine est un acte médical qui s'inscrit dans la relation de soins. A ce titre, le patient bénéficie des droits habituels consacrés par la loi :
 - Le droit à l'information et la participation du patient aux décisions concernant sa santé, qui permettent de s'assurer de son consentement aux soins ;
 - Le droit au respect de la vie privée et au secret des informations.

Les modalités d'information et de recueil du consentement libre et éclairé des personnes concernées doivent être précisées pour chaque activité de télémédecine. Une communication spécifique permettra de faciliter la compréhension des patients bénéficiant de ce type de soins. L'objectif est également l'adaptation de la population aux nouvelles technologies dans le domaine de la santé.

- Par ailleurs, une attention particulière sera portée à la population mahoraise, se traduisant en autres par la communication des informations en shimahorais.

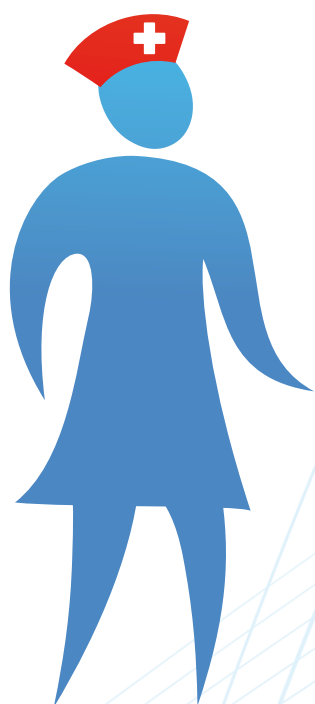


TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

4

INDICATEURS DE SUIVI
ET DE RÉALISATION

Mesures	Indicateurs retenus
T1-1	<ul style="list-style-type: none">Part des projets de télémédecine ayant fait l'objet de contrats et de conventions ;
T1-2	<ul style="list-style-type: none">Part des projets accompagnés durant leur phase de conception ;Nombre de projets de télémédecine déployés.



TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

T2

TÉLÉ-IMAGERIE

Projet	Télé-imagerie	FICHE PROJET
		T2
Acteurs Concernés	ARS OI, GCS TESIS, Société Française de Radiologie (SFR/G4) Réunion-Mayotte, Radiologues libéraux et hospitaliers, Etablissements de santé, Anatomopathologistes libéraux et hospitaliers, Médecins nucléaires, Réseau Oncorun, URPS Médecins, Run Dépistage, Registre du cancer, UFR Santé, CISS OI.	
Lien avec	<ul style="list-style-type: none"> • Priorités nationales en matière de télémédecine ; Permanence des soins en imagerie ; Prise en charge de l'AVC ; • Plan Cancer 2009-2013 ; • Projet SI ; N°SI1 – Pré-requis techniques ; N°SI3 – Partage et échange de données de santé ; N°SI4 – Coordination de la prise en charge ; • Objectifs du SOS-PRS ; SOS-Neurochirurgie et neuroradiologie p97 Assurer une réponse adaptée à l'urgence neurochirurgicale et neuroradiologique en développant des solutions de télémédecine transmission d'images, transmission de dossiers de patients pour avis spécialisés ; SOS-Traitement du cancer p116 Optimiser la prise en charge de chaque patient atteint de cancer en utilisant la téléexpertise pour l'accessibilité des patients de Mayotte aux examens anatomopathologiques notamment extemporanés ; SOS-AVC p155, p303-304 Déployer des solutions de télémédecine pour la prise en charge des AVC afin d'améliorer la communication entre professionnels de santé distants et donc la fiabilité des diagnostics et assurer des décisions thérapeutiques et ce dans le délai le plus court ; Développer des activités de télémédecine avec le CHU de La Réunion pour la prise en charge des AVC de Mayotte. SOS-Equipements matériels lourds d'imagerie médicale p189, p289 Permettre la télétransmission d'images entre professionnels de santé, notamment en organisant la disponibilité des images pour les différents utilisateurs, y compris au bloc opératoire ; 	

1

DIAGNOSTIC

L'imagerie médicale est un enjeu majeur pour la qualité des soins. Sa place centrale et croissante dans les stratégies thérapeutiques, les progrès technologiques font des coûts des examens un enjeu économique. L'amélioration de l'accès à l'imagerie en coupe (notamment Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)), avec une offre répondant aux besoins (cancer, accident vasculaire cérébral (AVC), traumatologie, neurologie) ne doit pas être inopérante en raison du manque de disponibilité des spécialistes de l'interprétation.

Les examens anatomocytologiques sont la base du diagnostic et du traitement du cancer.

Concernant les équipements matériels lourds, La Réunion et Mayotte ont réduit leur retard en matière d'imagerie médicale, notamment IRM et scanners, par rapport à la France métropolitaine.

Six communes sont dotées de scanners (St-Denis, Saint-Benoît, Le Port, Saint-Paul, Saint-Pierre, le Tampon), pour un total de neuf appareils. Ces appareils sont répartis dans huit structures différentes, le GHSR en compte deux.

Chaque territoire est pourvu d'au moins une IRM : 2 à Saint-Denis, 1 au GHER, 1 au CHGM, 1 au Tampon et enfin 1 au CHU site Sud.

A Mayotte, tous les équipements sont situés à Mamoudzou. Le CHM possède un scanner et une IRM nouvellement installée. Un

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

autre scanner se situe également à Mamoudzou, dans un cabinet privé de radiologie. Les territoires de santé comptent sur le site Nord du CHU un Tomographe par Emission de Positons (TEP) couplé à un scanner. Le SOS-PRS prévoit de nouvelles IRM.

Les ressources humaines ne sont pas surabondantes. Les établissements publics titulaires des autorisations ont des difficultés à pourvoir leurs postes de radiologues. Les besoins en personnes spécialisées en radiophysique médicale (PSRPM) hors activités thérapeutiques à présence réglementairement incontournable ne sont pas couverts.

Concernant l'anatomocytopathologie, à La Réunion, dix anatomopathologistes sont installés dans deux laboratoires hospitaliers (CHU site Nord et site Sud) et trois laboratoires privés (quatre implantations dont trois au Nord et un au Sud). Mayotte n'a pas de ressource domiciliée.

Concernant l'échographie, la demande d'échanges est importante.

2

DÉFINITION DU PROJET

— Description

La télé-imagerie est connue comme la transmission d'images entre deux sites distants dans un but d'interprétation et de consultation. De fait elle permet avec une sécurisation des flux de données, un archivage à fonctionnalités multiples. Elle fait partie intégrante de la télémédecine. Elle concerne des spécialités diverses telles que la radiologie, l'échographie, l'anatomopathologie, l'endoscopie... Le développement des technologies de l'information et l'évolution des modes d'exercice de la médecine conduit à un déploiement de ces technologies en France.

La transmission des images, qui est un véritable outil d'aide aux soins, constitue une priorité par rapport au développement des équipements. La création d'un système d'archivage avec une mise à disposition des images paraît pouvoir optimiser un projet ambitieux.

Les facteurs qui interviennent dans la mise en œuvre, le fonctionnement et la pérennité d'une application de télé-imagerie médicale sont nombreux (médical, technique, organisationnel, économique et réglementaire incluant les aspects déontologique et juridique). Des formations préalables entre pairs favorisent souvent les mutualisations ultérieures.

La télé-imagerie médicale constitue également un outil de formation en permettant la discussion interactive des cas et des images, le partage des informations, la constitution d'une collection de cas radiologiquement documentés...

Pour cela, un fonctionnement sécurisé entre les différents acteurs est une étape incontournable ainsi que l'anonymisation des bases de données d'enseignement.

— Objectifs

- Optimiser la qualité du diagnostic et des soins ;
- Assurer l'équité de la prise en charge des patients de La Réunion et de Mayotte.

— Population cible

L'ensemble de la communauté médicale et de la population de La Réunion et de Mayotte en commençant par les filières AVC et cancérologie.

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

3

MESURES À METTRE
EN ŒUVRE



— T2-1 : Téléradiologie

Pilote : ARS OI, Groupe SFR-G4.

Partenaires associés : GCS TESIS, Etablissements de santé, Radiologues, Médecins urgentistes, Manipulateurs.

Echéances : 2013.

Description :

La télé-radiologie répond à des besoins médicaux clairement identifiés dans trois contextes :

- La téléconsultation dans le cadre des urgences médicales : la transmission de radiographies est utilisée pour la prise en charge des urgences neurochirurgicales, traumatologiques ou chirurgicales, le diagnostic réalisé par un radiologue recevant les images et les données cliniques à partir d'une structure médicalisée dépourvue de spécialistes sur place (notamment Mayotte). Elle permet d'éviter des transferts inutiles et/ou potentiellement dangereux et d'améliorer la prise en charge des patients ;
- La téléexpertise permettant au médecin d'obtenir un deuxième avis ;
- La téléassistance permettant au radiologue d'assister à distance le manipulateur au cours de la réalisation de l'examen radiologique.

Afin de rendre opérationnel les possibilités techniques, il convient de :

- Sécuriser le système ;
- Créer des communautés radiologiques territoriales ;
- Formaliser les éléments de coopération au sein de ces communautés (élaboration d'une convention) évoquant les différents rôles respectifs, notamment en permanence des soins radiologiques ;

• T2-1-1 : Télé-AVC

Pilote : CHU de La Réunion.

Partenaires associés : ARS-OI, GCS TESIS, Etablissements de santé, Radiologues, Médecins urgentistes, Neurologues, Manipulateurs radio, Infirmière thrombolyse.

Echéances : 2013.

Description :

La prise en charge des patients victimes d'un AVC se fait dans les 5 structures de La Réunion et de Mayotte dotées d'un service d'urgence : GHER, CHU site Nord et site Sud, CHGM et CHM. La filière AVC est organisée autour des deux unités neuro-vasculaires (UNV) situées sur les deux sites du CHU de La Réunion identifié comme « centre expert ». Pour les trois autres établissements (GHER, CHGM et CHM) dépourvus d'UNV, ils sont considérés comme étant les « centres associés ». La prise en charge des AVC peut bénéficier du déploiement de systèmes de télémédecine associant les outils de vidéoconférence et du dispositif de téléradiologie. L'utilisation conjointe de ces techniques a pour objet, tant en urgence que dans le suivi des patients, de :

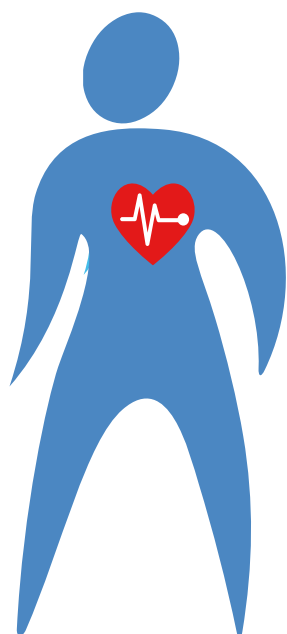
- Améliorer la fiabilité des diagnostics ;
- Assurer des décisions thérapeutiques ou des prises en charge adaptées avec un bénéfice immédiat pour le patient (exemple, la thrombolyse) ;
- Améliorer la prise en charge en urgence.

La télémédecine contribue à optimiser les conditions d'accès à une structure assurant la prise en charge initiale dans des conditions de sécurité et à une organisation d'aval performante, quel que soit le lieu de survenue de l'AVC sur les quatre territoires de santé de La Réunion et de Mayotte.

Il convient donc de développer entre le centre expert et les centres associés (notamment au CHM) les activités de télémédecine suivantes :

- La téléconsultation de neurologie et la téléconsultation de radiologie ;

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE



- La téléexpertise par les neurologues et neuroradiologues du centre expert leur permettant d'interpréter les images et de poser un diagnostic en concertation et en temps réel avec les centres associés ;
- La téléassistance permettant au médecin qui en charge un patient avec un AVC d'assister à la réalisation de certains actes et au suivi des patients ;
- La télésurveillance permettant d'enregistrer à distance des paramètres physiologiques pour le contrôle de l'état clinique du patient.

Le développement d'un dossier patient unique en parallèle est indispensable pour le bon suivi de la prise en charge des patients. Le développement de la télémédecine doit donc être corrélé au déploiement d'un système d'information précis.

• T2-1-2 : *Télé-Cancéro*

Il s'agit essentiellement dans un premier temps de la mise à disposition de tous les sites de RCP et des salles d'opération de l'ensemble des clichés du patient.

Ceci s'accompagnera d'une action d'harmonisation des pratiques radiologiques et permettra de faciliter le suivi des patients et la diffusion des informations entre professionnels.

• T2-1-3 : *Autres pathologies*

Se rapporter à la fiche n°T3 relative à l'amélioration de l'accès aux avis spécialisés.

— T2-2 : *Télé-Anapath*

Pilote : ARS OI.

Partenaires associés : GCS TESIS, Etablissements de santé autorisés en cancérologie ainsi que le CHM, Anatomopathologistes hospitaliers et libéraux, URPS Médecins, CISS OI, Réseau Oncorun, Registre du cancer.

Echéances : 2013.

Description :

Le projet Télé-Anapath répond à des besoins médicaux, principalement :

- Le télé-diagnostic pour les extemporanées en chirurgie carcinologique permettant d'accélérer la vitesse de réponse du spécialiste ;

- La téléexpertise utilisée afin de permettre au médecin d'obtenir un deuxième avis et dans le cas de RCP inter-régionale.

Les données d'anatomopathologie sont fondamentales à tous les niveaux et pour de nombreux acteurs du système.

Les ressources en anatomopathologistes sont rares, exclusivement situées à La Réunion, et actuellement au maximum des spécialisations possibles.

Les exigences dans les délais de rendu des examens sont importantes.

La gestion du risque d'erreur se fait avec des deuxième avis et des échanges avec des collègues métropolitains ou étrangers mais de manière souvent lente (délais postaux d'envoi de lames, non disponibilité des résultats de typologie précise lors des RCP initiales).

La télé-imagerie peut apporter plusieurs réponses à ce constat.

Nous envisageons deux sous-projets au terme de ce Projet de Santé.

• T2-2-1 : « *Dématérialisation au bloc opératoire des vues macroscopiques et coupe de pièces anatomiques* »

Pilote : Anatomopathologistes, GCS TESIS.

Partenaires associés : ARS-OI, Etablissements de santé

Echéances : 2013.

Description :

- Mettre en œuvre une solution une application de télédiagnostic pour les examens extemporanés pour démontrer l'intérêt des solutions de transfert d'images dans le domaine
- Former les personnels opératoires qui auront à traiter la lame en amont de la transmission d'image dans le respect des Bonnes Pratiques d'Anatomopathologie rédigées par l'Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologie

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

• **T2-2-2 : Base de données anatomopathologie**

Pilote : Anatomopathologistes, GCS TESIS.

Partenaires associés : ARS OI, Etablissements de santé.

Echéances : 2013.

Description :

L'objectif est de faciliter la mise à disposition des données d'anatomopathologie tout en assurant la sécurité et un contrôle de leurs accès afin d'améliorer l'efficacité des différents processus. Un des moyens pour atteindre cet objectif est la constitution d'une base de données exhaustive de tous les examens anatomopathologiques réalisés.

Les actions qui en découlent sont :

- Déployer un outil centralisant l'ensemble des résultats d'anatomopathologie, outils qui pourraient être positionnés en amont

des transmissions vers le futur Dossier Régional de Cancérologie (DRC). Les anatomopathologistes demeurent au centre du processus de partage de l'information, leur permettant entre autres d'échanger entre eux et de recueillir des avis extérieurs sans ressaisie de données cliniques ou surcoût d'export.

- Mettre à disposition des différents acteurs de santé publique (Registre des cancers, RUN Dépistage, ONCORUN, ...) des données exhaustives et de qualité qui leur permettraient de répondre de manière efficace à leur missions, un meilleur partage des connaissances et limitant les actions redondantes.
- De plus, et avec une anonymisation ad hoc cette Base de données pourrait être une base d'enseignement spécifique.

Les données devront être intégrées au dossier du patient (à terme au DRC) ce qui permettra l'interopérabilité avec les autres réseaux

(ONCORUN : liens entre identités, utilisation des différentes nomenclatures, ...)

Un travail de standardisation de la production de données devra être réalisé à la source (problématique du codage ADICAP notamment) en lien avec les exigences nationales.

A l'archivage des pièces pourra être majoritairement substitué l'archivage des images des pièces. Chaque Anatomopathologiste décidera de son choix vis-à-vis des données légales de conservation mais le PACS régional pourra permettre la recherche et la récupération des images stockées.

4

INDICATEURS DE SUIVI ET DE RÉALISATION

Mesures	Indicateurs retenus
T2	<ul style="list-style-type: none"> • Evolution du nombre d'évacuation sanitaire depuis Mayotte ;
T2-1	<ul style="list-style-type: none"> • T2-1-1 : Nombre de téléconsultations neurologiques dispensées par le neurologue d'UNV au service des urgences des établissements de santé dépourvus d'UNV ; • T2-1-2 : • Nombre de salles d'intervention et de RCP reliées aux PACS ; • Mise à disposition effective des images de la TEP ;
T2-2	<ul style="list-style-type: none"> • Effectivité de l'expérimentation.



TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

T3

ACCESSIBILITÉ AUX
AVIS SPÉCIALISÉS



Projet	Amélioration de l'accès aux avis spécialisés	FICHE PROJET T3
Acteurs Concernés	ARS OI, GCS TESIS, Etablissements de santé de La Réunion et de Mayotte, Centre de traitement des Grands Brûlés (CTGB) du CHU site Nord, Etablissements et Services médico-sociaux, Spécialistes	
Lien avec	<ul style="list-style-type: none"> • Projets SI ; N°SI1 – Pré-requis techniques ; N°SI3 – Partage et échange de données de santé ; • Objectif général du PSS ; Performance du système de santé p23 Développer la télémédecine dans l'Océan Indien ; • Objectifs du SOS-PRS ; SOS-Traitement des Grands Brûlés p88, p271, p272 Développer la télémédecine pour échanger avec le CTGB de La Réunion pour la prise en charge des patients de Mayotte ; SOS-Chirurgie cardiaque p91 Minimiser les pertes de chance des enfants nés à La Réunion et à Mayotte, atteints de cardiopathies notamment congénitales en développant la télémédecine pour un diagnostic anténatal d'excellence sur tous les sites ; SOS-Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie p94 Mettre en place une organisation régionale permettant la réalisation d'actes sur les cardiopathies congénitales de l'enfant en utilisant la télésanté dans différentes applications entre Mayotte et La Réunion et la métropole ; SOS-Chirurgie p260 Développer pour les patients nécessitant d'être opérés sur un autre plateau technique que celui du CHM des consultations en phase préopératoire et des consultations post-interventions à Mayotte en ayant recours à la télémédecine ; SOS-Réanimation p278 Développer la téléexpertise avec les équipes de réanimation du CHU de La Réunion ; SOS-Périnatalité p309, p310 Développer une activité de diagnostic anténatal à Mayotte en coopération avec le CHU de La Réunion grâce à la télémédecine ; Expérimenter dans les centres de référence de Mayotte la prise en charge des accouchements non pathologiques par les sages-femmes dans le cadre d'une coopération avec les gynécologues obstétriciens en sécurisant la prise en charge des accouchements grâce à l'utilisation de la télémédecine ; SOS-Soins de premier recours p26 Encourager la structuration d'une offre de PDSA à Cilaos, complémentaire au dispositif de télémédecine mis en place par le CHU ; Réaliser une évaluation coût-efficacité, ainsi qu'une mesure du service rendu à la population, de l'expérimentation des valises de télémédecine à Mafate ; • Objectifs du SOMS ; SOMS-Enfants et adultes handicapés p81 Favoriser le conventionnement des établissements et services avec l'offre de soins hospitalière pour faciliter l'accès aux soins spécialisés (odontologie, gynécologie...) et organiser le recours aux urgences et hospitalisations. 	

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

1

DIAGNOSTIC

Au regard de l'évolution de la démographie médicale, les conditions d'accès aux soins et notamment aux avis spécialisés sont essentielles pour la réduction des inégalités territoriales de santé.

Plus particulièrement à Mayotte, le territoire de santé présente de nombreux enjeux liés au déficit en médecins spécialistes. Territoire isolé et insulaire, l'offre de soins spécialisés trop éloignées ou difficilement accessibles peut y créer des inégalités territoriales de santé par comparaison aux autres territoires de santé où l'offre de soins est plus proche de l'usager. En effet, Mayotte est caractérisée par une faible densité en professionnels de santé, aggravée par une forte croissance démographique. De plus, la démographie médicale est contrainte par un turn-over important et le non-remplacement des départs dans le secteur libéral.

Au sein des territoires de santé de La Réunion, les Cirques constituent également des territoires isolés. Les habitants peuvent avoir des délais d'acheminement plus longs vers les urgences, les conditions géographiques pouvant en retarder l'accès.

Le développement des usages de la télémédecine permet d'agir en faveur d'une prise en charge optimisée des patients en améliorant l'accessibilité aux avis spécialisés.

En structures médico-sociales, le recours à la télémédecine constitue également une solution favorisant l'accessibilité à l'offre spécialisée permettant ainsi d'œuvrer en faveur de la réduction des facteurs aggravant la dépendance et la fragilité des personnes.

2

DÉFINITION DU PROJET

— Description

Les besoins en avis spécialisés pour les patients pris en charge dans les établissements de proximité ou encore au sein des territoires isolés existent. Une organisation adaptée de l'offre de soins spécialisés ayant comme support la télémédecine permettra d'en satisfaire certains.

Les bénéfices attendus de cette nouvelle organisation des soins sont multiples:

- Une meilleure accessibilité à une prise en charge adaptée à la pathologie présentée et une amélioration de la qualité des soins qu'il s'agit de la réponse à l'urgence ou du recours à des avis spécialisés dans un schéma de gradation et de coordination des filières de soins au sein des communautés hospitalières ;
- Une optimisation de l'avis donné, une meilleure qualité des pratiques professionnelles ;
- Une gestion optimale du système de soins, un meilleur aménagement du territoire.

— Objectifs

Le développement de la télémédecine permettra de :

- Etendre la couverture médicale des territoires de santé isolés en offre de soins spécialisés ;
- Eviter ou limiter, pour des personnes fragiles, les transports et déplacements pénibles, sources de perturbation pour celles-ci, sans compter le coût associé.

L'usage de la télémédecine permettra de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins spécialisés des patients des territoires de santé isolés ou résidant dans des zones enclavées et des patients pris en charge dans les structures médico-sociales. Par ses capacités à relativiser les distances, les supports des activités de télémédecine doivent aider à faciliter un accès uniforme aux soins.

— Population cible

Patients situés au sein de zones isolées et patients pris en charge en structures médico-sociales nécessitant des soins spécialisés.

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

3

MESURES À METTRE
EN ŒUVRE



— T3-1 : Téléexpertise pour la prise en charge des Grands Brûlés de Mayotte

Pilote : CHM.

Partenaires associés : ARS OI, GCS TESIS, CTGB de La Réunion, CHU de La Réunion.

Echéances : A déterminer.

Description :

Ce projet répond à une problématique importante à Mayotte notamment du fait du nombre important d'accidents domestiques à l'origine de graves brûlures. Ainsi il s'agit pour ce projet de :

- Améliorer la prise en charge en urgence des patients Grands Brûlés traités au CHM en développant de la téléexpertise sur la base d'échanges iconographiques en temps réel avec le CTGB de La Réunion constituant une aide à la décision pour un éventuel transfert des patients au CTGB.

— T3-2 : Projet Mère-enfants Mayotte

Pilote : CHM.

Partenaires associés : ARS OI, GCS TESIS, les deux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) de La Réunion, les quatre centres de référence de Mayotte.

Echéances : A déterminer.

Description :

Les réseaux Périn@t ont été les premiers à développer la téléexpertise. Ils offrent aux professionnels de santé un espace de travail, de partage et de réflexion en lien avec d'autres professionnels de la région ou des territoires limitrophes. La téléexpertise permet l'amélioration du dépistage des malformations fœtales et la progression de la compétence en échographie des gynécologues. Elle permet, par ailleurs, le maintien de compétences dans les zones enclavées ou mal pourvues.

Afin d'améliorer la prise en charge de la filière de la mère et de l'enfant à Mayotte, la mise en œuvre de la télémédecine peut

être une valeur ajoutée importante à l'organisation actuelle des soins en contribuant à l'amélioration de la morbi-mortalité infantile et maternelle et devenir un facteur d'attractivité pour les professionnels de santé qui s'interrogent sur une éventuelle venue à Mayotte.

> Entre les centres de référence de Mayotte requérants et le CHM

Le projet prévoit donc de créer à Mayotte un réseau de télémédecine à travers l'île qui relierait les différentes maternités rurales et intercommunales avec la maternité principale de Mamoudzou dans laquelle se trouve le corps médical. Ce réseau rendra possible :

- La réalisation de téléconsultation et de téléassistance de gynécologie-obstétrique. Il convient donc de former les sages femmes qui assisteront le médecin distant durant les consultations de télééchographie.
- La réalisation d'actes de téléexpertise en cours d'accouchement entre la sage-femme qui se trouve dans la maternité et le gynécologue obstétricien qui se trouve au CHM.

Une telle organisation confortera l'exercice professionnel des sages-femmes et permettra des consultations spécialisées à distance sans déplacement des patientes ou des médecins ce qui améliorera le temps médical disponible.

> Entre le CHM requérant et le CHU de La Réunion

Il s'agit d'organiser une prise en charge spécifique pour la réalisation de téléconsultations et de téléexpertises dans le cadre des diagnostics anténataux (dépistage des malformations fœtales notamment de cardiopathies congénitales) et pour le diagnostic et le suivi des cardiopathies chez l'enfant (avec transmission en direct d'images d'échocardiographie). A La Réunion, les deux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) constituent deux centres d'expertise en la matière.

Pour la préservation du lien familial, le développement de téléconsultation médico-psychologique pourrait permettre à la famille d'être en contact avec l'enfant mais

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

aussi à l'équipe soignante d'expliquer à la famille le projet de soins en cours et l'évolution de l'état de santé de l'enfant.

— T3-3 : Salles pluridisciplinaires de télé-médecine

Pilote : ARS OI.

Partenaires associés : GCS TESIS, Etablissements de santé.

Echéances : 2014.

Description :

Développer la mise en place de salles pluridisciplinaires de télé-médecine afin de permettre l'accès des établissements de proximité, notamment des structures d'urgences, aux avis spécialisés des établissements de référence.

Une telle organisation doit permettre de limiter les déplacements des médecins spécialistes vers les établissements de proximité ou de déplacer les patients. Différentes spécialités pourront s'appuyer sur ces salles pluridisciplinaires.

• Téléconsultation pré et post opératoire

– Recourir à la télé-médecine pour des consultations en phase préopératoire et des consultations post-interventions pour les patients nécessitant d'être opérés sur un autre plateau technique que celui du CHM.

• Téléexpertise pour des avis spécialisés en réanimation entre le CHM et le CHU de La Réunion

– Mettre en place des actes de téléexpertise et téléassistance notamment pour permettre la lecture à distance d'échocardiographies.

— T3-4 : Télé-médecine dans les Cirques

Pilote : Commissariat à l'aménagement des hauts.

Partenaires associés : ARS OI, GCS TESIS, PGHM, Sous-Préfecture de Saint-Paul, Mairie de la Possession, Mairie de Saint-Paul SAMU 974.

Echéances : 2013.

Description :

Pour pallier à l'isolement géographique et l'enclavement que rencontrent les habitants des Cirques de Mafate et de Cilaos, un dispositif de télé-médecine a été développé.

Le Cirque de Mafate est enclavé. Il peut être difficile d'assurer dans de bonnes conditions l'accès aux soins tant pour les habitants que pour les randonneurs. Pour la régulation de l'urgence médicale, des îlets-pilotes ont été sélectionnés afin de participer à une expérimentation. Un réseau de sentinelles constitué d'habitants Mafatais volontaires a été formé aux soins de premier secours. Equipés d'un téléphone portable et d'une valise médicale, ces sentinelles assurent le lien avec le SAMU en cas d'urgence au sein du Cirque. La possibilité de transmettre en temps réel des indicateurs vitaux, tels que le tracé d'un ECG, la tension artérielle, représente une aide supplémentaire au médecin urgentiste dans son acte de régulation, notamment dans l'indication ou non d'un transfert vers l'hôpital.

Ce dispositif de téléconsultation renforce l'égalité de l'accès aux soins et assure aux services médicaux et de secours une information rapide permettant ainsi d'améliorer les moyens de secours à déployer en cas de nécessité.

Les suites à donner à donner au projet Télé-médecine Mafate sont les suivantes :

- Clarifier le rôle des acteurs impliqués dans le projet Télé-médecine Mafate ;
- Organiser un dispositif d'animation ;
- Evaluer le dispositif ;
- Faire évoluer la solution technologique.

A Cilaos, l'hôpital est équipé d'une salle pluridisciplinaire de visioconférence permettant une prise en charge adaptée des patients du Cirque et de décider de manière éclairée l'évacuation d'urgence si cela est nécessaire.

— T3-5 : Télé-médecine en structures médico-sociales et en HAD

Pilote : ARS OI.

Partenaires associés : GCS TESIS, Etablissements de santé, Structures médico-sociales, Structures de HAD, Professionnels de santé.

Echéances : A déterminer.

Description :

- Permettre et/ou améliorer les liens entre acteurs de l'offre de soins et les structures médico-sociales et d'hospitalisation à domicile en développant l'usage de la télé-médecine à l'aide de la télésurveillance et de la téléconsultation.

4

INDICATEURS DE SUIVI
ET DE RÉALISATION

Mesures	Indicateurs retenus
T3	• Evolution du nombre d'évacuation sanitaire depuis Mayotte ;
T3-1	• Nombre annuels d'actes de télé-médecine réalisés avec le CTGB ;
T3-2	• Effectivité de la mise en place du réseau de télé-médecine ;
T3-3	• Nombre de salles pluridisciplinaires mises en place au sein des territoires de santé de La Réunion et de Mayotte ;
T3-4	• Nombre annuel d'actes de télé-médecine réalisés à Mafate et à Cilaos ;
T3-5	• Nombre de structures médico-sociales faisant l'usage de la télé-médecine.

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE

T4

TÉLÉSURVEILLANCE
DES MALADIES
CHRONIQUES

Projet	Télésurveillance des maladies chroniques	FICHE PROJET
		T4
Acteurs Concernés		
Lien avec	<ul style="list-style-type: none"> • Priorité nationale ; Prise en charge d'une maladie chronique Soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD) • Objectifs du SOS-PRS ; SOS-Soins de premier recours p20 Encourager le développement de la télémédecine en particulier pour le suivi de certaines pathologies chroniques ; SOS-Cardiologie interventionnelle p93 Utiliser des solutions de télémédecine, notamment pour le suivi des troubles du rythme des patients cardiaques ; SOS-Insuffisance rénale chronique p112, p114 Promouvoir la sécurité et la qualité des soins aux personnes dialysées en s'appuyant sur la possibilité de recourir à la télémédecine pour la surveillance et le suivi de la prise en charge ; (UDM, HAS janvier 2010) ; Définir une stratégie de déploiement de la télémédecine et de coopérations avec les infirmiers pour pallier la faiblesse de la démographie médicale ; SOS-Maladies chroniques p152 Développer la télésurveillance en association étroite avec des actions d'éducation thérapeutique ; SOS-HAD p125 Développer la télémédecine pour la surveillance des maladies chroniques et les consultations à distance pour les territoires à faible densité en professionnels de santé ; 	

1

DIAGNOSTIC

La télésurveillance peut apporter, chez les patients, atteints de maladies chroniques une valeur ajoutée au maintien à domicile (milieu de vie ordinaire). Elle optimise la prise en charge en accompagnant et

formant le patient à atteindre une certaine autonomie dans la gestion de sa maladie et en évitant des déplacements pour consultations ou des hospitalisations.

2

DÉFINITION DU PROJET

Il s'agit de favoriser le suivi à domicile des patients atteints de pathologies chroniques. Les professionnels de santé du premier recours accompagnant les patients jouent un rôle important dans le cadre de ces projets.

— Description

Il s'agit de mettre en œuvre, par structure, des infrastructures de remontée d'informations qui permettront la surveillance des patients à leur domicile. Cette remontée d'information peut se faire soit directement vers l'unité médicale ou le service de prise en charge soit vers un partenaire tiers qui assure la télésurveillance en lien avec le patient mais aussi en lien avec le service.

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE



— Objectifs

• Amélioration de la Qualité des soins:

- Favoriser le maintien à domicile
- Favoriser l'habilitation du patient et son adhésion au traitement
- Améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients
- Permettre une réduction du nombre d'hospitalisation
- Respect de l'observance avec un patient responsabilisé

– Harmoniser les pratiques

– Diminution des passages aux urgences

– Diminution des transports

– Réduction de la durée moyenne de séjour si hospitalisation

— Population cible

Ensemble des personnes atteintes de maladies chroniques

3

MESURES À METTRE
EN ŒUVRE

— T4-01 Télésurveillance du diabète

Pilote : ARS OI.

Partenaires associés : GCS TESIS, néphrologues, médecin coordonnateur, infirmiers à domicile (SSIAD), médecin à domicile (HAD)

Echéance : 2016

Description :

- Mettre en place des services s'appuyant sur la transmission régulière et si possible autonome, de résultats de mesures à des personnels médicaux capables de les observer (ex : HbA1C) et de les interpréter
- Choisir ou mettre en place une infrastructure de télésurveillance : Organisation médicale, infrastructure technique et personnels requis
- Alimenter le DMP sur la base de ces mesures si possible

— T4-02 Télésurveillance de l'insuffisance cardiaque chronique

Pilote : ARS OI.

Partenaires associés : GCS TESIS, Etablissements de santé, cardiologues, médecin coordonnateur, médecin traitant, infirmiers à domicile (SSIAD), médecin à domicile (HAD)

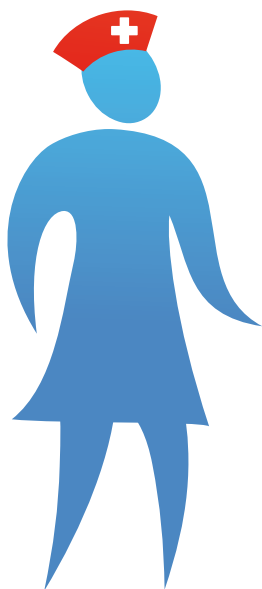
Echéance : 2016

Description :

> Insuffisance cardiaque chronique «classique»

- Améliorer le pronostic de l'insuffisance cardiaque en mettant au point un modèle de détection des signes précurseurs de l'insuffisance cardiaque
- Doter le médecin traitant, le service médical de prise en charge ou un prestataire médicale tiers, d'un outil de surveillance permettant la transmission d'informations
 - Pression artérielle mesurée des patients à domicile ;
 - Surveillance du poids ;
 - Autres paramètres physiologiques nécessaires au suivi ;

TÉLÉMÉDECINE RETENUS POUR LA RÉUNION ET MAYOTTE



- Alerte automatisée des services d'urgence
- Choisir ou mettre en place une infrastructure de télésurveillance : Organisation médicale, infrastructure technique et personnels requis
- Alimenter le DMP sur la base de ces mesures si possible.

> Télésurveillance des pathologies cardiaques appareillées

- Suivi régulier du fonctionnement de l'appareillage implanté
- Transmission autonome des mesures normalement réalisées lors d'un suivi conventionnel physique
- Limitation des déplacements vers le seul centre habilité en rythmologie interventionnelle sur les territoires de santé de La Réunion et de Mayotte
- Détection des anomalies cardiaques à distance afin de :
 - Déclencher les procédures d'urgence
 - Convoquer d'urgence le patient

— T4-03 Télésurveillance de l'insuffisance rénale

Pilote : ARS OI.

Partenaires associés : GCS TESIS, Structures HAD, CHU de La Réunion.

Echéance : 2016.

Description :

- Permettre la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en auto-dialyse et en dialyse à domicile
- Avoir un suivi anticipé de la maladie
- Transmettre les paramètres de dialyse des patients
- Déclencher l'appel au service d'urgence si nécessaire
- Choisir ou mettre en place une infrastructure de télésurveillance : Organisation médicale, infrastructure technique et personnels requis
- Alimenter le DMP sur la base de ces mesures si possible

4

INDICATEURS DE SUIVI
ET DE RÉALISATION

Mesures	Indicateurs retenus
T04-1	<ul style="list-style-type: none"> • Nb de projets déployés • Nb de patients en milieu de vie ordinaire équipés de dispositifs médicaux communicants en lien avec le service de prise en charge
T04-2	<ul style="list-style-type: none"> • Nb de projets déployés • Nb de patients en milieu de vie ordinaire équipés de dispositifs médicaux communicants en lien avec le service de prise en charge
T04-3	<ul style="list-style-type: none"> • Nb de projets déployés • Nb de patients en milieu de vie ordinaire équipés de dispositifs médicaux communicants en lien avec le service de prise en charge

REPERTOIRE DES SIGLES

A

- **ARS OI** : Agence de Santé Océan Indien
- **ASIP Santé** : Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
- **AVC** : Accident Vasculaire Cérébral

C

- **CDAPH** : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- **CH** : Centre Hospitalier
- **CHGM** : Centre Hospitalier Gabriel Martin
- **CHM** : Centre Hospitalier de Mayotte
- **CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- **CIRE OI** : Cellule Interrégionale d'Epidémiologie Océan Indien
- **CISS** : Collectif Interassociatif Sur la Santé
- **CNAMTS** : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- **CPDPN** : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
- **CRH** : Coordonnateur Régional d'Hémovigilance
- **CTGB** : Centre de Traitement des Grands Brûlés

D

- **DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins
- **DIM** : Département d'Information Médicale
- **DMP** : Dossier Médical Personnel
- **DPC** : Développement Professionnel Continu
- **DRC** : Dossier Régional de Cancérologie
- **DSI** : Direction des Systèmes d'Information
- **DSSIS** : Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé

E

- **ECG** : Electrocardiogramme
- **EFS** : Etablissement Français du Sang
- **EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- **ENRS** : Espace Numérique Régional de Santé

F

- **FIQCS** : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

G

- **GCS TESIS** : Groupement de Coopération Sanitaire Télémédecine, Echanges, Systèmes d'Information, Santé
- **GHER** : Groupe Hospitalier Est Réunion
- **GIE TOI** : Groupement d'Intérêt Economique Télémédecine Océan Indien



REPERTOIRE DES SIGLES

H

- **HAD** : Hospitalisation A Domicile
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HPST** : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

I

- **INCA** : Institut National du Cancer
- **INS-C** : Identifiant National de Santé Calculés
- **InVS** : Institut de Veille Sanitaire
- **IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

M

- **MCO** : Médecine Chirurgie Obstétrique
- **MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées
- **MIGAC** : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

O

- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

P

- **PACS** : Picture Archiving & Communication System
- **PCS** : Plan de Continuité de Service
- **PDSA** : Permanence Des Soins Ambulatoire
- **PGHM** : Peloton de Gendarmerie de Haute Montagne
- **PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- **PPS** : Plan Personnalisé de Soins
- **PRA** : Plan de Reprise d'Activité
- **PRS** : Projet de Santé
- **PSIT** : Programme des Systèmes d'Information et de Télémédecine
- **PSRPM** : Personnes Spécialisées en Radiophysique Médicale
- **PSS** : Plan Stratégique de Santé

R

- **R2S** : Réseau Régional Santé Social
- **RASS** : Réseau d'Annuaire Santé-Social
- **RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- **RETEX** : RETour d'EXpérience
- **RSSI** : Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information



S

- **SAMU** : Service d'Aide Médicale Urgente
- **SI** : Systèmes d'Information
- **SIH** : Système d'Information Hospitalier
- **SFR** : Société Française de Radiologie
- **SOS-PRS** : Schéma d'Organisation des Soins du PProjet de santé
- **SOMS** : Schéma d'Organisation Médico-Sociale
- **SRVAS** : Serveur Régional de Veille et d'Alerte Sanitaire
- **SSIAD** : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- **SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

T

- **TEP** : Tomographe par Emission de Positons
- **TIC** : Technologies de l'Information et de la Communication

U

- **UFR** : Unité de Formation et de Recherche
- **UNV** : Unité Neuro Vasculaire
- **URPS** : Union Régionale des Professionnels de Santé
- **USLD** : Unité de Soins de Longue Durée





Projet de Santé
Réunion-Mayotte



Agence de Santé Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens - CS 60050
97408 Saint-Denis cedex 09
Tél : 02 62 97 97 00 - Fax : 02 62 97 97 18

www.ars.ocean-indien.sante.fr

