

La Télémédecine en action : santé des personnes détenues

Éléments de constats et d'analyse

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER



SOMMAIRE

1.	La santé des personnes détenues	4
1.1.	Contexte spécifique aux Unités Sanitaires	4
1.2.	Bénéfices de l'introduction de la télémédecine dans ce contexte	4
2.	Retours d'expérience	6
2.1.	Région Midi-Pyrénées	6
2.2.	Région Ile de France	10
3.	En vue d'un déploiement régional... ..	13
3.1.	Organisations régionales	13
3.2.	Processus de réalisation des actes de télémédecine	15
3.3.	Aspects organisationnels de la mise en œuvre de ces projets	18

INTRODUCTION

Contexte

Le **plan national de télémédecine** élaboré en 2010 vise à développer les usages de la télémédecine¹ en en faisant un axe des projets régionaux de santé qui comprend nécessairement un programme relatif au développement de la télémédecine (art. L. 1434-2 CSP).

Parallèlement, l'action 10.3 du plan d'actions stratégiques 2010-2014 de la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice vise à « améliorer la **prise en charge sanitaire des personnes détenues** notamment par un meilleur accès aux soins spécialisés et une meilleure coordination » via le développement de la télémédecine.

En 2012, le Comité de pilotage, mis en place en 2011 pour accompagner la mise en œuvre du plan national de déploiement de la télémédecine, a décidé d'orienter ses travaux sur l'accompagnement de 8 projets pilotes relevant de 3 priorités nationales.

En ce qui concerne la santé des personnes détenues, qui constituent l'une de ces priorités, les deux projets pilotes sont situés en région **Midi-Pyrénées** et **Ile de France**. En tant que partie prenante de l'équipe projet nationale, l'Anap a été mobilisée pour accompagner les projets pilotes pendant deux ans (juin 2012-juin 2014).

Capitalisant sur l'expérience des deux projets pilotes, ce présent document a pour objectif de **donner aux régions** qui souhaitent recourir à la télémédecine pour améliorer la prise en charge des personnes détenues **des éléments de constats et d'analyse sur les organisations retenues**.

Périmètre de l'étude

L'article L. 6112-1-12° du Code de la santé publique confie aux établissements de santé la mission de dispenser les soins aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier.

Dans ce cadre, le DG de l'ARS désigne pour chaque établissement pénitentiaire de la région l'établissement public de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins définis à l'article L. 6111-1 du même code, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire.

L'organisation des soins aux personnes détenues repose sur 3 niveaux :

- Le niveau 1 regroupe les consultations et actes externes somatiques et psychiatriques. Ils sont dispensés dans le cadre des **unités sanitaires** (qui regroupent les UCSA et les SMPR). Ces soins peuvent également être assurés en milieu hospitalier lorsqu'ils requièrent des examens spécialisés ne pouvant être assurés dans ces unités ;
- Le niveau 2 correspond à la prise en charge à temps partiel (alternatives à l'hospitalisation complète) qui est assurée en milieu hospitalier pour les soins somatiques et en milieu pénitentiaire, au sein des unités sanitaires, pour les soins psychiatriques. A cette fin, chaque région dispose au moins d'une unité sanitaire de niveau 2 ;
- Le niveau 3 correspond à la prise en charge hospitalière à temps complet. Pour les soins somatiques, elle intervient soit au sein de chambres sécurisées dans l'établissement de santé

¹ Art. L6316-1 CSP : « **forme de pratique médicale à distance** utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé parmi lesquels figurent nécessairement un **professionnel médical** et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. »

de rattachement, soit au sein des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI). Pour les soins psychiatriques, elle intervient au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie ou encore au sein des unités pour malades difficiles (UMD) lorsque les critères cliniques le justifient.

Les projets pilotes de télémédecine pour la santé des personnes détenues interviennent dans le cadre de la prise en charge de niveau 1 afin d'améliorer la qualité de cette prise en charge en leur donnant accès, au sein des unités sanitaires, au plateau technique hospitalier ou de l'accès à des avis spécialisés.

Autres publications de l'Anap sur la télémédecine

Depuis 2012, l'Anap a élaboré des guides d'aide au déploiement de la télémédecine pour les acteurs de terrain à retrouver sur www.anap.fr :

- La télémédecine en Action : 25 projets passés à la loupe - Tome 1 : les grands enseignements
- La télémédecine en Action : 25 projets passés à la loupe - Tome 2 : un éclairage pour le déploiement national – monographies
- La télémédecine en Action : Prise en charge de l'AVC – Support d'aide au déploiement régional
- La télémédecine en Action : Santé des personnes détenues - Eléments de constats et d'analyses
- La télémédecine en Action : Permanence des soins en imagerie médicale - Eléments de constats et d'analyses

1. LA SANTE DES PERSONNES DETENUES

1.1. Contexte spécifique aux Unités Sanitaires

Lorsque la réponse aux besoins de la personne détenue ne peut être apportée au sein de l'unité sanitaire, la venue du patient aux consultations de l'établissement de santé de rattachement doit être envisagée. Il en est de même si le diagnostic nécessite un examen qui ne peut être réalisé avec les moyens dont dispose l'unité sanitaire et nécessite l'accès au plateau technique de ce même établissement.

Or, la venue de ces patients au sein de l'établissement de santé pose différentes difficultés :

- L'organisation d'une consultation est malaisée compte-tenu du **fort taux d'annulation** (15-20%) qui en outre porte atteinte la relation avec les spécialistes ;
- l'extraction de la personne détenue représente un **coût important** pour l'administration pénitentiaire (700€ de coût pénitentiaire hors coût santé) ;
- Certains détenus **refusent l'extraction** programmée ;
- L'**image de l'établissement** de santé par rapport au reste de la patientèle peut en pâtir ;
- **Le secret médical** auquel a droit la personne détenue comme tout patient n'est pas respecté lorsque les consultations se font en présence du personnel pénitentiaire.

En amont, il faut souligner le problème d'accès au soin pour les personnes détenues, conséquence notamment d'une démographie médicale de plus en plus défavorable.

- Pour répondre à ces différentes problématiques, des unités sanitaires se sont équipées en vue d'une activité de télé-expertise ou de téléconsultation en lien avec un établissement de rattachement ou des services experts référents d'autres établissements de santé.

1.2. Bénéfices de l'introduction de la télé-médecine dans ce contexte

Amélioration de la prise en charge des patients

L'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes détenues est le bénéfice le plus évident du recours à la télé-médecine.

En permettant **un accès plus rapide et plus large aux spécialistes**, la télé-médecine participe à l'amélioration de la pertinence des réponses apportées aux problèmes médicaux des détenus.

En outre, en évitant la situation d'extraction souvent inconfortable pour la personne détenue au sein de l'établissement de santé, la télé-médecine peut accroître la **qualité des échanges entre le patient et le spécialiste** : le patient peut se sentir plus libre de poser des questions au spécialiste avec l'assistance du médecin de l'unité sanitaire qu'il connaît et obtient ainsi une meilleure information.

De manière comparable, la télé-médecine peut permettre la **réalisation d'un acte de diagnostic ou de suivi dans de meilleures conditions** pour le patient. Il en va ainsi notamment de la réalisation des rétino-graphies dans le cadre de la prévention et du suivi des rétinopathies diabétiques dont la réalisation nécessite de maintenir le patient concentré sur l'appareil d'examen. Le fait que cet examen ait lieu dans les locaux de l'unité sanitaire, avec l'assistance du personnel de cette unité formée spécifiquement, permet qu'il soit réalisé dans de meilleures conditions.

Meilleure utilisation des ressources disponibles

La télémédecine permet un **meilleur taux d'occupation des vacations de spécialistes** dédiées aux personnes détenues. La programmation est plus souple et la téléconsultation est moins longue pour le spécialiste qu'une consultation de visu avec extraction. De même, le recours à la télé expertise peut remplacer l'organisation d'une consultation avec le spécialiste, ce qui est plus souple et moins chronophage.

Accroissement global des compétences

Le médecin requérant acquiert des compétences lors des téléconsultations en bénéficiant ainsi d'une formation auprès du médecin spécialiste ce qui progressivement améliore sa pratique. Le médecin généraliste de l'unité sanitaire améliore ses connaissances des problèmes rencontrés en milieu carcéral. Le personnel soignant, en assistant aux téléconsultations, a une meilleure compréhension des prises en charge.

Gains économiques

L'usage de la télémédecine permet de limiter le taux d'extractions – dont le coût est supporté par l'administration pénitentiaire – dans la prise en charge de la population carcérale. Pour autant, toute téléconsultation ou télé expertise ne correspond pas nécessairement à une extraction évitée puisque la télémédecine permet un meilleur accès au soin ce qui accroît les demandes de prise en charge.

2. RETOURS D'EXPERIENCE

2.1. Région Midi-Pyrénées

Contexte

Consciente de l'enjeu sanitaire que représente l'amélioration de la prise en charge des personnes détenues, l'ARS Midi-Pyrénées a inscrit le développement de la télémedecine au service des personnes détenues parmi ses priorités d'actions (priorité n°6 du PRT 2012-2016).

La télémedecine est déjà mise en œuvre localement entre les acteurs au lancement du projet puisque la télémedecine pénitentiaire de la région représente 13% des actes de télémedecine régionaux. En 2013, sur les 14 323 actes de télémedecine enregistrés en Midi-Pyrénées, 1 841 concernent les patients en milieu carcéral.

L'enjeu consiste donc pour l'ARS en un développement de la télémedecine pour faciliter l'accès aux soins de toutes les personnes détenues.

Organisation initiale

Début 2012, il n'existe pas de dispositif unique permettant de répondre aux besoins de toutes les unités sanitaires. Les unités sanitaires peuvent, selon leurs besoins, solliciter leur établissement de rattachement ou un autre établissement du territoire de santé si les spécialités ne sont pas proposées par ce premier ou au pôle d'expertise régional (dont le CHU de Toulouse).

Dans ce contexte, l'unité sanitaire de Lannemezan a développé une activité de télémedecine depuis 2002 avec le CH de Lannemezan afin de faciliter l'accès à certaines spécialités particulièrement difficiles à faire intervenir au sein d'établissements pénitentiaires (notamment en raison d'un volume de patients insuffisant et/ou d'un éloignement des médecins spécialistes requis).

Ainsi, l'infectiologie, la neurochirurgie et la prise en charge des patients néoplasiques sont réalisées en partenariat avec l'hôpital de Tarbes (établissement de référence). La dermatologie, qui n'est pas assurée à l'hôpital de Tarbes, donne lieu à des téléconsultations avec le CHU de Toulouse.

Exemple de l'Unité sanitaire de Lannemezan

L'Unité sanitaire est située au sein de la maison d'arrêt de Lannemezan dont la capacité est de 200 places mais qui accueille en fait un maximum de 160 détenus de longues peines (sur les 600 détenus de longue peine au niveau national). La moyenne d'âge des détenus est ainsi de 53 ans.

L'unité sanitaire est composée de l'équipe suivante : 2,6 ETP d'IDE, 3 IDE Psy, 1 médecin généraliste (5 vacations par semaine), 1 dentiste (4 vacations par semaine). L'unité sanitaire dispose de radio numérique et d'un rétro projecteur filmé.

Le protocole conclu entre le centre pénitentiaire et le CH de Lannemezan ne prévoit pas le recours à la télémedecine. Pourtant, la télémedecine a été lancée suite à de nombreux refus d'extraction. Ainsi, la première téléconsultation de dermatologie s'est déroulée en 2002 entre l'Unité sanitaire et le CHU de Toulouse.

Au lancement du projet, les téléconsultations sont réalisées avec les établissements de référence et, en cas de besoin, avec les établissements de filières spécialisées.

Les soins somatiques sont réalisés également par téléconsultations qui portent, à 75% sur les spécialités d'anesthésie, de chirurgie (viscérale) et de dermatologie, et par télé expertise pour la psychiatrie.

Projet initial

L'ARS souhaite centraliser l'organisation de la télémédecine autour d'une coordination bien identifiée. En effet, jusqu'alors, le dispositif repose sur la bonne volonté des professionnels et leur capacité à dégager du temps disponible pour cette activité, sans organisation régionale définie.

Sur la base de l'expérience de Lannemezan, l'ARS souhaite définir et mettre en œuvre un plan de développement de la télémédecine pour améliorer l'offre de soins au service des personnes détenues en région Midi-Pyrénées.

Ce plan vise à **privilégier les besoins et la motivation des équipes sanitaires** et en faire dépendre les actions à mener dont les moyens technologiques à déployer, **en commençant par un nombre réduit de spécialités avant d'élargir progressivement ce périmètre.**

Réalisations

Fin 2013, la prise en charge de 11 spécialités médicales est réalisée par télémédecine au sein de 4 unités sanitaires de la région sur 10 existantes dont deux nouvelles unités sanitaires ayant démarré courant 2013 la télémédecine (Tarbes et Rodez) avec respectivement 12 et 82 actes.

De son côté, le GCS Télésanté a mené les travaux pour la mise en place d'un PACS régional mutualisé ainsi que pour l'évolution du socle technologique de la plateforme de télémédecine et la définition de workflows.

Parallèlement, les deux études confiées par l'ARS à l'Ecole Supérieure de Commerce de Toulouse et en concertation avec la Direction Régionale Interrégionale des Services Pénitentiaires et préalables à la rédaction du premier volet du plan de déploiement de la télémédecine ont été réalisées courant 2012.

Elles ont procédé à l'analyse des initiatives régionales existantes et la comparaison avec onze établissements pénitentiaires d'autres régions sur le territoire national, afin de dégager des enseignements pouvant être communiqués sous forme de recommandations pour le déploiement de la télémédecine à destination des patients incarcérés en Midi-Pyrénées (Etat des lieux de la pratique de la télémédecine entre l'unité sanitaire et le CH de Lannemezan, Recommandations-Contribution à la réflexion pour le déploiement de la télémédecine en milieu carcéral en Midi-Pyrénées).

D'autre part, en vue de l'élaboration du plan de déploiement régional, une analyse quantitative et qualitative des besoins en télémédecine des unités sanitaires dans les dix établissements pénitentiaires de Midi-Pyrénées a été lancée.

Les objectifs de cette étude ont été de :

1. définir par unité sanitaire les opportunités de déploiement de la télémédecine en identifiant avec les médecins coordonnateurs :
 - les spécialités médicales concernées, les différents types d'actes de télémédecine et les volumes prévisionnels,
 - les spécificités de leur structure : population hébergée, situation géographique, positionnement des équipes par rapport à l'usage de la télémédecine, possibilité de couverture des besoins au niveau territorial
2. consolider les besoins recensés au niveau régional en vue d'élaborer le plan de déploiement.

Sur cette base, l'ARS a lancé en novembre 2013 une consultation pour une prestation d'assistance à maîtrise d'ouvrage.

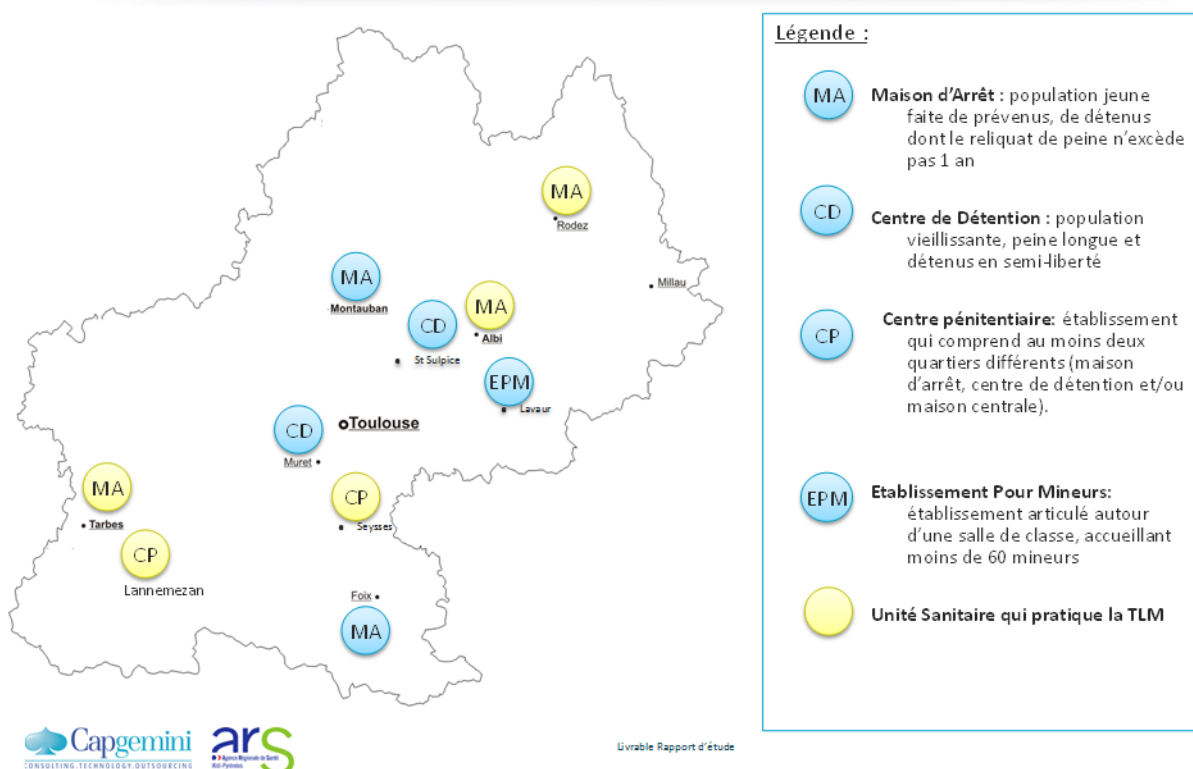
Cette étude permet d'allouer plus finement les ressources en fonction des besoins de chaque unité sanitaire en distinguant les besoins pouvant être couverts par l'établissement de rattachement de ceux qui devront être assurés par d'autres structures.

Les résultats finaux de cette étude ont été présentés en mars 2014 à une réunion du comité de pilotage élargie aux médecins et psychiatres des unités sanitaires de la région et aux directeurs des établissements hospitaliers de rattachement.

La gouvernance du projet a été assurée par un **comité de pilotage** (ARS - médecins des unités sanitaires de Seysses et de Lannemezan dont 1 psychiatre - directeur de l'unité sanitaire de Lannemezan - président du COTER² - représentant FHF, directeur du CH de Montauban, établissement de rattachement de l'unité sanitaire de Montauban- DISP-GCS Télésanté) réuni dès le 1^{er} semestre 2013 assistée d'une équipe projet (médecins et administratifs ARS et prestataire).

Perspectives à venir

Les différentes catégories d'établissements pénitentiaires sont représentés dans les 10 établissements de la région, dont 5 pratiquent la télé-médecine



Situation au 30 juin 2014

Il convient de signaler qu'hormis le site de Lannemezan, l'activité de télé-médecine porte essentiellement sur de la télé expertise en dermatologie ou en radiologie.

² COTER : comité d'experts régionaux Santé des Détenus

Le plan de déploiement identifie **en matière de téléconsultations et télé expertise** :

- les 3 spécialités prioritaires (dermatologie, psychiatrie, radiologie)
- les actions à mener par unité sanitaire :
 - organisation avec spécialistes et protocoles,
 - formalisation des modes opératoires,
 - système d'information avec type de matériel et connexion,
 - accompagnement avec formation et aide à la mise en place de l'organisation...).

Le **plan de déploiement** prévoit :

- la mise en œuvre d'une prestation d'accompagnement afin de sécuriser le déploiement et assister les unités sanitaires dans cette opération
- une mise en œuvre échelonnée du plan de déploiement entre mi 2014 et 2017 en 3 étapes :
 - Contractualisation avec les établissements et unités sanitaires concernées
 - Déploiement avec le GCS Télésanté et la DISP
 - Evaluation (indicateurs d'activité, évaluation médico-économique)

2.2. Région Ile de France

Contexte

La population carcérale d'Ile de France dépasse les capacités des établissements pénitentiaires de la région. Les unités sanitaires et les SMPR peinent dès lors à répondre à la demande de soins des personnes détenues. C'est pourquoi, plusieurs unités sanitaires recourent depuis 1997 à la télé-médecine en lien avec leur établissement sanitaire de rattachement ou un service référent expert.

Une première expérience de télé-médecine a déjà été éprouvée entre l'unité sanitaire de Bois d'Arcy et le Centre Hospitalier André Mignot du Chesnay. A partir de cet exemple, l'ARS Ile de France a décidé d'**étendre l'usage de la télé-médecine à toutes les unités sanitaires de la région.**

Le projet de l'ARS, énoncé dans son PRT, est de **développer en priorité la télé-médecine en dermatologie** en déployant son usage sur les 13 unités sanitaires franciliennes, les services de dermatologie de recours étant celui du CH Victor Dupouy d'Argenteuil et celui du CHU de Saint Louis (AP-HP). Mais elle envisage également de le faire pour d'autres spécialités : ECG, orthopédie, ophtalmologie, biologie, orthopédie, endocrinologie et radiologie.

Organisation initiale

L'Ile de France est dotée de 13 Unités sanitaires (12 depuis la fermeture temporaire de la prison de la Santé), de 4 SMPR et d'un Etablissement Public de Santé National à Fresnes (EPSNF).

L'unité sanitaire de Bois d'Arcy, qui constitue une unité médicale du CH de Versailles, est pionnière dans l'utilisation de la télé-médecine. Plusieurs dispositifs concernant différentes spécialités ont été mis en place depuis 1997 avec ce Centre Hospitalier :

- Télé expertise en radiologie (1997),
- Télé expertise en électrocardiographie (1997),
- Téléconsultations d'orthopédie (2005),
- Rétinographie via le réseau OPHDIAT (2007).

Pour la dermatologie, un partenariat a tout d'abord été mis en place avec l'hôpital Ambroise Paré en 2009. Depuis février 2012, les téléconsultations en dermatologie sont effectuées avec le CH d'Argenteuil. A compter de cette date, sur le premier mois, 16 télé-expertises pour 15 patients ont été réalisées.

Exemple de l'Unité sanitaire de Bois d'Arcy

La maison d'arrêt de Bois d'Arcy compte en moyenne 900 détenus pour 500 places. Son Unité Sanitaire assure également l'offre de soin pour la maison d'arrêt pour femmes de Versailles (60 places) et le centre de détention administratif de Plaisir (40 places).

L'unité sanitaire compte 120 passages par jour pour 2 500 patients de file active annuelle.

L'unité sanitaire est composée d'un box d'urgences, un cabinet dentaire, une salle de radiologie reliée au PACS du CH de Versailles, une salle pour l'ophtalmologie et une salle d'examen permettant la télé-médecine.

Cette Unité Sanitaire dispose de 2,5 ETP de médecins généralistes, 12 IDE, 1 cadre de santé, 1 ETP chirurgien-dentiste, 2 MER, un temps partiel de pharmacien et 2 préparateurs en pharmacie et enfin 2 secrétaires.

Cette offre médicale est complétée par 1 vacation d'ophtalmologie par semaine et 1 vacation de gastro-entérologie et pathologies virales (VIH, VHC, VHB) par mois.

Le SIH du CH de Versailles est étendu à l'unité sanitaire, le patient est donc créé dans la gestion administrative dès son arrivée, souvent après création de la carte vitale du patient par l'unité sanitaire.

Projet initial

A partir de l'exemple donné par l'unité sanitaire de Bois d'Arcy, l'ARS Ile de France souhaite déployer l'usage de la télémédecine à toutes les unités sanitaires de la région.

Pour cela, la démarche inscrite dans le PRT consiste à **capitaliser sur des usages déjà expérimentés** et validés par les professionnels.

Une évaluation de la première phase du projet de télé dermatologie et l'élaboration des prérequis pour étendre à d'autres spécialités de recours permettra d'envisager la **généralisation de la solution pour couvrir tous les besoins des unités sanitaires** et SMPR.

Le calendrier initial du projet s'étend sur 18 mois :

- Cadrage du projet (confié au GCS D-SISIF) et création de modules de formation : 3 mois
- Spécifications de la solution technique : 3 mois
- Procédure de consultation pour l'acquisition de la solution technique: 6 mois
- Déploiement de la solution technique et organisationnelle : 6 mois

Réalisations

L'ARS a mandaté le GCS D-SISIF pour procéder au **recensement des besoins des 13 unités sanitaires**.

Parallèlement, le GCS a lancé un **appel d'offres relatif à la conception d'une plateforme régionale de télémédecine** à laquelle l'ensemble des unités sanitaires auront accès et qui permet notamment l'échange sécurisé de données (photos, contexte clinique, compte-rendu...) entre l'unité sanitaire et le centre expert. Cette plateforme pourra être utilisée pour d'autres spécialités que la dermatologie. Il est prévu à terme que cette plateforme soit migrée vers la plateforme régionale de télémédecine ORTIF.

Les besoins sont estimés à 1000 téléconsultations de dermatologie par an.

En janvier 2014, le déploiement concerne 5 unités sanitaires pilotes et l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale de FRESNES (UHSI).

Dès juin 2014, 11 unités sanitaires sont déployées, l'unité sanitaire de Fleury étant encore en cours de déploiement.

Les experts requis (dermatologues) se trouvent dans deux centres référents (CH d'Argenteuil et CH Saint Louis à Paris) ; le lien est établi entre l'unité sanitaire et l'un des centres experts mais pas vers un professionnel de santé en particulier. Le choix de l'établissement référent se fait selon les habitudes de collaboration des professionnels.

Le médecin coordonnateur de l'unité sanitaire prend des clichés avec un dermatoscope et formule une demande d'avis via la plateforme qui la transmet au centre expert choisi.

La définition des formulaires a été réalisée avec un médecin référent de chaque site expert. Ce document d'échange entre le requérant et le requis sera commun à l'ensemble des unités sanitaires. Il est à noter que les deux experts ont également défini la qualité minimum requise du matériel d'interprétation afin que soit lancée la consultation d'acquisition.

Perspectives à venir

Les prochaines étapes du projet consistent à :

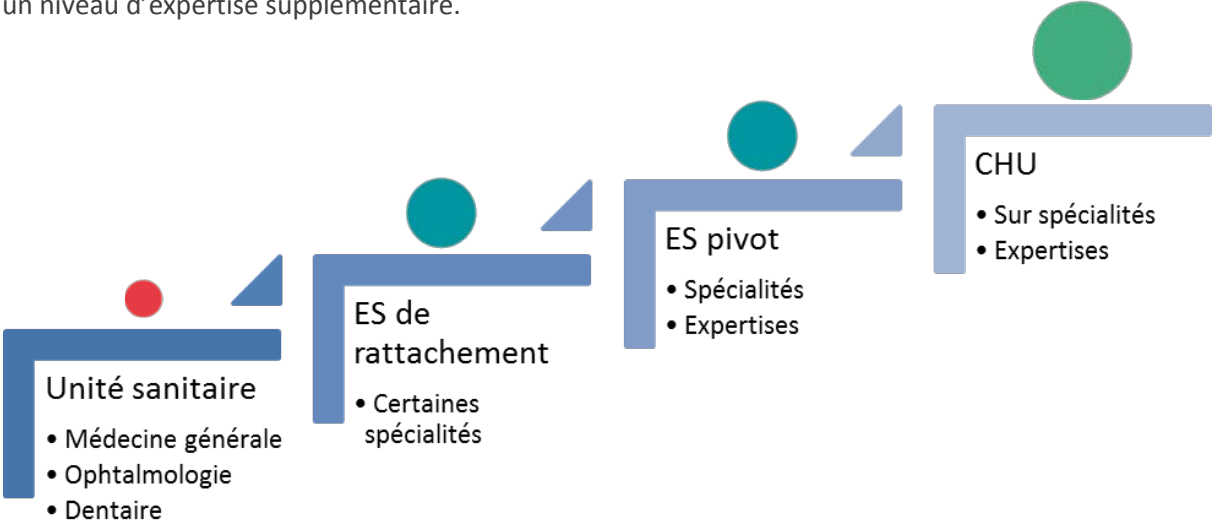
- Réaliser à l'automne 2014 un retour d'expérience avec l'ensemble des unités sanitaires déployées.
- Etendre l'usage de la télémédecine en unité sanitaire à d'autres spécialités médico-chirurgicales.

3. EN VUE D'UN DEPLOIEMENT REGIONAL...

3.1. Organisations régionales

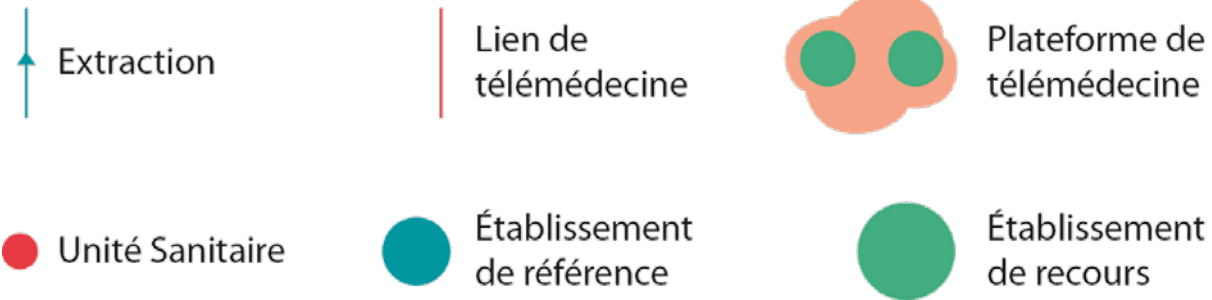
Gradation de l'offre

Les unités sanitaires sont rattachées à leur établissement de proximité et lorsque ce dernier ne peut répondre à ses besoins, un établissement de référence assure le deuxième niveau. Enfin, le CHU offre un niveau d'expertise supplémentaire.

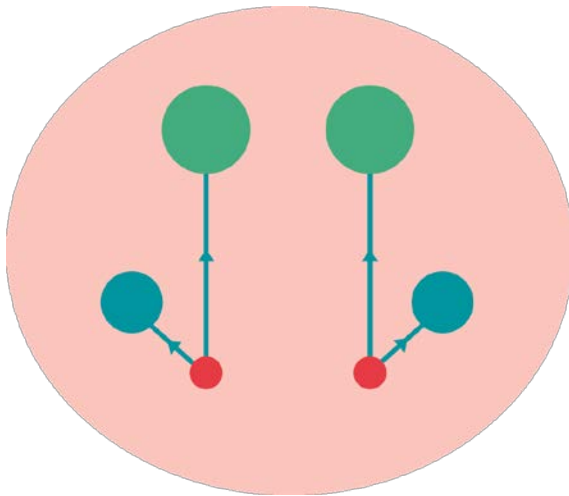


Evolution de l'organisation

Légende

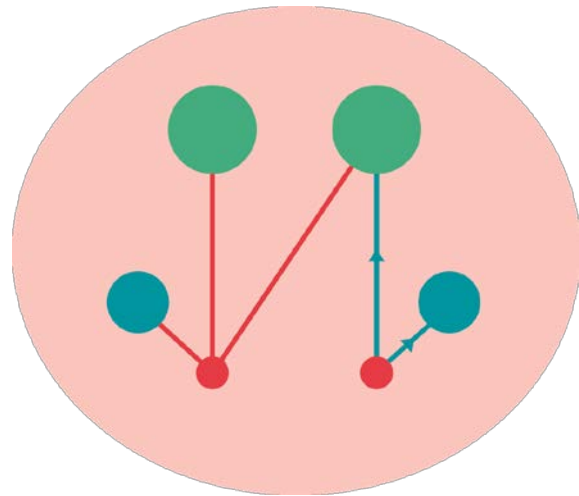


Situation initiale sans télémedecine



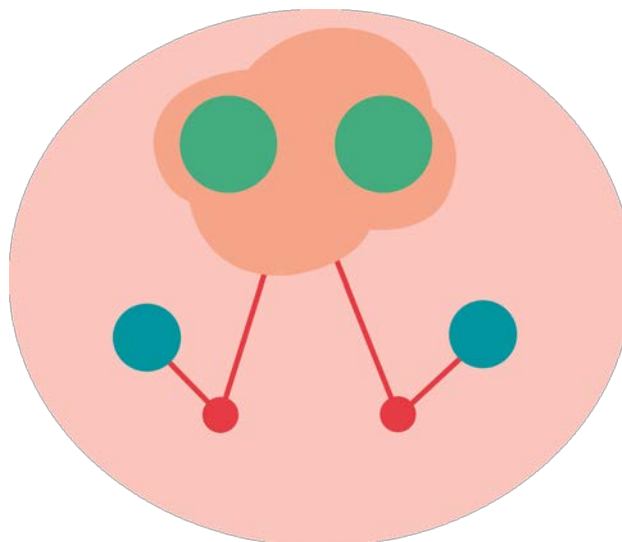
Les patients de l'Unité Sanitaire sont pris en charge via une extraction par l'ES de rattachement ou, au besoin, par un ES de référence.

Situation au début de l'accompagnement



Certaines Unités Sanitaires permettent la prise en charge des patients par télémedecine sur certaines pathologies par l'ES de rattachement ou l'ES de référence. Les liens unitaires de télémedecine sont créés entre l'Unité Sanitaire et chaque établissement sollicité. Les extractions sont toujours possibles.

Organisation cible

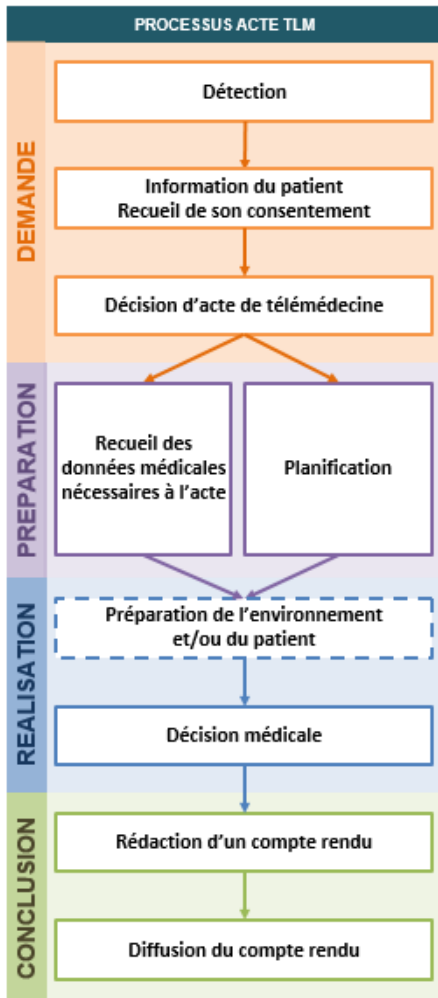


Selon les spécialités, des centres de référence sont identifiés pour toutes les Unités Sanitaires de la région. Le dispositif de télémedecine permet la mise en relation et la réalisation de l'acte.

3.2. Processus de réalisation des actes de télémédecine

Processus générique de réalisation d'un acte de télémédecine

Le schéma a pour objet de décrire le processus de réalisation d'un acte de télémédecine, quel qu'il soit (téléconsultation, télé expertise).



Cette phase de « demande » correspond à la phase amont qui recouvre l'identification du besoin de prise en charge jusqu'à l'orientation du patient vers le professionnel médical ou l'établissement compétent.

La phase de « préparation » est celle qui va permettre de réunir l'ensemble des conditions permettant la réalisation effective de l'acte de télémédecine.

La « réalisation » correspond à l'exécution de l'acte de télémédecine : consultation, expertise.

La phase de « conclusion » a pour objectif de permettre au requérant de disposer des éléments de diagnostic ou de suivi qu'il a sollicités au cours de la phase de « demande ».

Illustration : Téléconsultation en Midi-Pyrénées et Ile de France

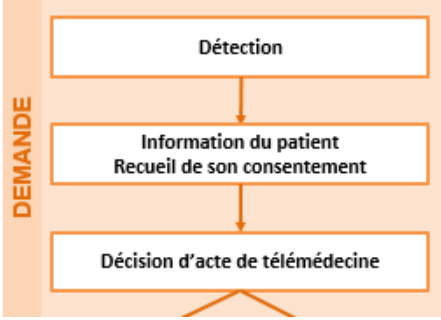
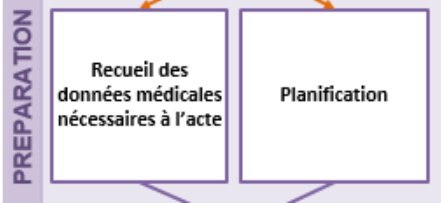
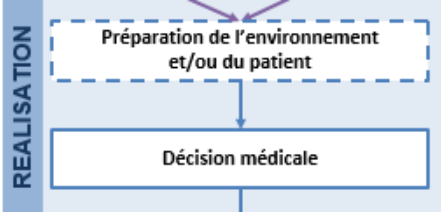
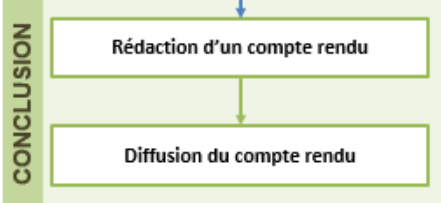
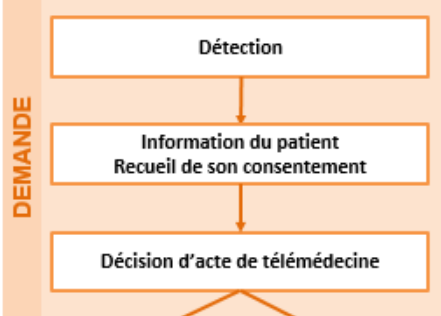
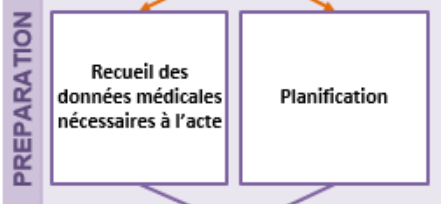
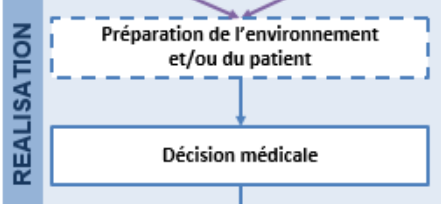


ETAPES	OBJET	ACTEURS	LIEU	SERVICES MOBILISES
<p>DEMANDE</p> 	Recueil du consentement du patient	Médecin généraliste (requérant)	Unité sanitaire	Document type d'information
<p>PREPARATION</p> 	Prise de rendez-vous, soit sur une plage fixe et régulière, soit sur créneau spécifique (en fonction du volume)	Médecin généraliste (requérant)	Unité sanitaire	Messagerie sécurisée / SIH / SIT (envoi des données contextuelles, photos, résultats biologiques)
<p>REALISATION</p> 	Evaluation clinique du patient, réalisation du diagnostic, décision du protocole de soins	Médecin généraliste (présent pendant la consultation) IDE de l'unité sanitaire Médecin spécialiste (requis)	Salle de consultation de l'Unité sanitaire Salle de visio du médecin spécialiste.	Visioconférence permettant l'échange oral et la vue de la manipulation du patient. Caméra haute résolution (dermatologie).
<p>CONCLUSION</p> 	Traçabilité de la consultation dans le dossier du patient	Médecin spécialiste		Dossier médical Pour les consultations d'anesthésie, le dossier papier d'anesthésie est transmis à l'Unité Sanitaire pour le jour de l'intervention.

Illustration : Télé expertise dermatologique en Ile de France (avant service régional de TLM)

	OBJET	ACTEURS	LIEU	SERVICES MOBILISES
 <p>DEMANDE</p>	Toute personne entrant en établissement pénitentiaire bénéficie d'une consultation	Médecin généraliste	Unité Sanitaire	
 <p>PREPARATION</p>	Prise de 3 photos de la plaie	Médecin généraliste	Unité Sanitaire	Protocole établi avec les spécialistes
	Attribution d'un code anonyme	Médecin généraliste (requérant)	Unité Sanitaire	
	Demande d'avis	Médecin généraliste (requérant)	Unité Sanitaire	Espace sécurisé (dépôt des images)
	Envoi d'un mail pour annoncer la demande	Médecin généraliste (requérant)	Unité Sanitaire	Messagerie ordinaire
	Consultation quotidienne des mails	Dermatologue (requis)	Etablissement requis	Messagerie ordinaire
 <p>REALISATION</p>	Consultation et analyse des images	Dermatologue (requis)	Etablissement requis	Espace sécurisé (dépôt des images)
	Réalisation du diagnostic, prescription de traitements éventuels	Dermatologue (requis)	Etablissement requis	

CONCLUSION		Envoi du compte-rendu à l'unité sanitaire	Dermatologue (requis)	Etablissement requis	Messagerie sécurisée Dossier patient
					

Conventions et protocoles

L'utilisation du dispositif de télémédecine nécessite l'élaboration de conventions :

- Une convention entre professionnels de santé (médecins requérants et médecin requis) pour les actes de télémédecine entre l'unité sanitaire et l'établissement de rattachement.
- Une convention entre établissements pour les actes de télémédecine réalisés par des établissements de santé autres que l'établissement de rattachement (notamment pour le dispositif de télé expertise).

Les conventions comportent :

- Les définitions et organisation de l'activité de télémédecine,
- Les modalités d'information et de recueil du consentement libre du patient,
- Le fonctionnement médical du réseau,
- L'implantation et la maintenance du matériel,
- La responsabilité juridique des acteurs,
- Les dispositions financières.

Enfin, des protocoles ont été établis pour :

- les **actes dérogatoires** par rapport à l'exercice infirmier qui font l'objet d'un protocole de coopération entre professionnels déposé auprès de l'ARS,
- les **pratiques médicales** (prise de photographies dermatologiques) entre les équipes de l'unité sanitaire et du Centre Hospitalier.

Par ailleurs un contrat de télémédecine est signé entre le coordinateur de l'activité et l'ARS.

Chaque nouveau détenu arrivant est informé de la possibilité de réaliser les consultations en télémédecine dans le cadre de la visite d'entrée. Le recueil du consentement du patient peut se faire dans le cadre de cette consultation.

3.3. Aspects organisationnels de la mise en œuvre de ces projets

Sans ambition d'exhaustivité, ces fiches pratiques couvrent les thèmes principaux identifiés avec les régions pilotes. Dans un souci de clarté, toutes les fiches sont structurées de manière homogène :

- les enjeux essentiels du thème,
- les principales actions à mener qui proposent les grandes étapes à suivre,
- les points de vigilance et recommandations, issus du retour d'expérience des régions pilotes.

Gouvernance

Enjeux

La nécessaire implication de toutes les parties prenantes dans une démarche de déploiement d'un projet de télémédecine nécessite la définition et l'animation par l'ARS d'une gouvernance structurée. Cette gouvernance régionale doit permettre de définir la stratégie d'organisation de la prise en charge des personnes détenues par télémédecine, de piloter sa mise en œuvre en s'appuyant sur l'ensemble des offreurs et d'en évaluer les résultats.

Principales actions à mener

Identifier l'ensemble des parties prenantes liées à la prise en charge par télémédecine des patients : La dispensation des soins aux personnes détenues relève de la responsabilité des centres hospitaliers auxquels sont rattachées les unités sanitaires. Pour autant, l'implantation de ces dernières au sein des établissements pénitentiaires implique de prendre en compte les spécificités du milieu carcéral. La gouvernance doit permettre l'articulation de ces deux dimensions. De ce fait, les évolutions apportées à l'organisation des soins pour répondre aux besoins des personnes détenues doivent être abordées avec l'administration pénitentiaire qu'il convient ainsi d'inclure dans la gouvernance du projet.

Déterminer le besoin en termes d'instances de pilotage et assurer le lien avec la gouvernance actuelle régionale (si existante) sur la télémédecine

Mettre en place une instance « stratégique » sous l'égide de l'ARS, chargée :

- De suivre l'avancement du projet à travers les différents chantiers (médical, technique, organisationnel, juridique, économique...)
- D'orienter les travaux
- D'arbitrer sur des points stratégiques sur la base des travaux relatifs aux différents chantiers
- D'aligner la stratégie du projet avec les autres projets de télémédecine

Mettre en place une ou plusieurs instances « opérationnelles », rattachée(s) à l'instance « stratégique » ayant pour objectif de traiter soit l'ensemble des thèmes, soit chaque thème :

- Assurer le suivi opérationnel du projet et son reporting
- Traiter les problématiques rencontrées
- Instruire les arbitrages à soumettre à l'instance stratégique
- Remonter les risques, les actions/solutions à mener pour y faire face
- Coordonner le projet avec les autres projets de télémédecine (compétences, services SI, partage des ressources)

Points de vigilance et Recommandations

Veiller à une bonne articulation avec la gouvernance en charge du pilotage de l'ensemble des services télémédecine au sein de la région. Ceci peut se traduire par un comité stratégique au niveau régional traitant de toutes les prises en charge des patients par télémédecine. Ce comité peut avoir une vision transversale afin de bien prendre en compte les SROS, PRT et PRS.

Impliquer les directions d'établissements qui accompagnent les changements d'organisation et définissent les modifications d'astreintes et de gardes, en lien avec les organes représentatifs des personnels.

Faire évoluer la gouvernance retenue dans la phase de mise en place du projet pour l'adapter à la phase de fonctionnement en routine (cf. fiche « Post-déploiement ») et pour tenir compte de l'intégration de nouveaux acteurs.

Pilotage et Gestion de projet

Enjeux

Le projet de déploiement de la télémédecine pour la prise en charge des personnes détenues n'est pas un projet technique mais un projet médical avant tout qui introduit de nouvelles organisations. Ses impacts sont multiples : organisationnels, au niveau des ressources humaines, techniques, juridiques, financiers, déontologiques... et concernent l'ensemble des structures impliquées. Une gestion de projet rigoureuse est donc nécessaire pour piloter efficacement ces chantiers et donner au projet toutes les chances de succès, pour une prise en charge de qualité.

Principales actions à mener

La gestion de projet consiste à :

- décliner les objectifs médicaux du projet de télémédecine en chantiers opérationnels,
- définir un calendrier de mise en œuvre de ces chantiers,
- estimer le plan de charge et le budget,
- identifier les acteurs et responsabilités associés avec notamment :
 - un porteur de projet médical,
 - un coordonnateur qui appuie le porteur de projet médical dans la déclinaison opérationnelle du projet.
- suivre les risques menaçant la bonne exécution du projet,
- piloter la mise en œuvre des chantiers,
- évaluer l'atteinte des objectifs.

Différentes transformations opérationnelles sont à engager, on peut citer a minima :

- **un chantier médical** qui s'appuie sur le projet régional de santé élaboré par l'ARS,
- **un chantier technique** visant à identifier les services d'échange d'informations nécessaires entre les acteurs selon le processus retenu et à anticiper sa déclinaison logistique,
- **un chantier de conduite du changement** permettant l'accompagnement des acteurs dans le changement des organisations et des pratiques. Ce chantier s'appuie principalement sur la formation des professionnels aux nouvelles activités et sur la communication autour du projet,
- **un chantier juridique et financier** visant à définir les modalités de contractualisation avec l'ARS et entre les acteurs participant à l'activité. Ce chantier est également amené à clarifier certains sujets déontologiques qui doivent cependant être abordés dans les autres chantiers (notamment le chantier technique),
- **un chantier qualité** dans lequel sont élaborés les procédures et protocoles précisant les rôles et responsabilités de chaque acteur, en prenant en compte les recommandations des sociétés savantes,
- **un chantier d'évaluation** : service médical rendu, atteinte des objectifs médicaux...

Pour chacun de ces chantiers, il convient d'appréhender les deux temps du projet : celui de la mise en place et celui du fonctionnement en routine. D'où l'intérêt de créer un chantier post-déploiement transversal pour anticiper les adaptations à réaliser et permettre de pérenniser le dispositif.

La **définition d'indicateurs de pilotage** permet de suivre la bonne exécution de ces chantiers et la mobilisation des moyens nécessaires en vue d'atteindre les objectifs du projet. À ce titre, on peut distinguer deux familles d'indicateurs de pilotage :

- **les indicateurs de gestion de projet** permettent de suivre l'exécution des plans d'action et peuvent conduire à faire évoluer le pilotage,
- **les indicateurs d'activité**

Points de vigilance et Recommandations

Indicateurs de gestion de projet

S'il est souvent nécessaire, pour suivre le projet, de mettre en place quelques indicateurs, il est tout autant nécessaire de définir des tableaux de bord synthétiques et visuels permettant une vision partagée du projet entre les différents acteurs. Un tel tableau de bord rassemble a minima les données d'avancement du projet, de respect du calendrier et de suivi des coûts.

Les indicateurs de suivi du projet et d'évaluation quantitative de l'atteinte des objectifs du projet médical en termes de couverture géographique et d'utilisation peuvent être les suivants :

- acteurs : nombre d'établissements opérationnels dans le dispositif, d'utilisateurs actifs, nombre et type de modalités d'imagerie impliquées, nombre de personnes formées par profil...,
- activité : nombre de cas traités,
- indicateurs de pratique clinique (amélioration de la PEC),
- indicateurs budgétaires (coût des investissements, coûts de fonctionnement...),
- indicateurs de communication.

Suivi des risques

Dans le suivi des risques :

- identifier les risques et leur nature,
- évaluer leur criticité selon leurs impacts et la probabilité qu'ils se réalisent,
- pour les risques critiques, identifier les actions préventives avec les acteurs et leur échéance,
- réévaluer régulièrement les risques et leur criticité.

Ressources humaines

Enjeux

La télémédecine est un outil permettant notamment de répondre à des difficultés liées aux ressources médicales dans la prise en charge des personnes détenues. Ces difficultés peuvent être de nature démographique, d'attractivité comme de conditions de travail. Cependant, la pratique médicale par télémédecine induit des évolutions des pratiques professionnelles par l'introduction de nouveaux outils, l'apparition de nouvelles activités et même le développement d'une culture de travail en réseau. À ce titre, les aspects Ressources humaines de ce projet doivent faire l'objet d'une réflexion particulière.

Principales actions à mener

Mettre en adéquation les ressources avec l'activité

Déterminer les ressources nécessaires par profil concerné (médical, paramédical, médicotechnique, technique...) dans le cadre de l'organisation cible :

- anticiper le turn-over des équipes,
- identifier les nouveaux métiers/rôles (conciergerie, assistance...).

Organiser la disponibilité des compétences sur le plateau technique.

Établir pour chaque profil une fiche de rôle

La fiche de rôle (définition du rôle/des activités, savoir-faire requis et connaissances associées) précise l'étendue des nouvelles activités introduites par la télémédecine.

Faire monter en compétences les acteurs

Organiser la montée en compétences de l'ensemble des acteurs concernés par le projet (cf. la fiche « Formation »), notamment l'intégration des nouveaux arrivants.

Mettre en place et animer des groupes métiers pour partager les pratiques et les processus.

Points de vigilance et recommandations

Prendre en compte les différents besoins d'activités liées à la prise en charge par télémédecine :

- les besoins d'assistance technique pour la maintenance ou l'évolution des matériels et logiciels,
- les besoins de coordination (cf. « Un éclairage pour le déploiement national » Tome 1 : Les grands enseignements).

Identifier les éventuels transferts d'activités ou d'actes de soins (cf. article 51 HPST) dans le cadre de l'élaboration des fiches de poste et, le cas échéant, rédiger les protocoles de coopération entre professionnels de santé et les faire valider.

Dans l'organisation de la présence médicale, prendre en compte l'impact du repos de sécurité ou repos quotidien garanti aux praticiens participant à la permanence des soins, sur place ou en astreinte à domicile.

Faire adhérer l'ensemble du corps médical impliqué à des pratiques communes (cf. la fiche « Formation »).

Valoriser les impacts de l'usage de la télémédecine auprès des professionnels pour les fidéliser ou pour attirer des praticiens en insistant sur :

- la qualité de vie des professionnels,
- le développement des compétences.

Mobiliser autant que possible des ressources pour le suivi des données et l'évaluation du projet

Développer la notion d'activité territoriale en mutualisant les ressources entre établissements (ex. : convention d'activité partagée entre plusieurs établissements ou recrutement par une structure de coopération).

Formation

Enjeux

L'introduction de nouveaux outils et de nouvelles organisations de travail pour la prise en charge par télémédecine des personnes détenues fait naître des besoins de montée en compétences des acteurs à qui sont confiées de nouvelles activités ou dont les pratiques professionnelles évoluent. Quant aux protocoles, ils doivent être mis en œuvre de manière partagée et pérenne pour assurer une prise en charge efficiente.

Il est donc indispensable d'élaborer un plan de formation en amont du projet définissant, pour chaque type d'acteur, les nouvelles compétences nécessaires et les actions à mettre en œuvre pour les transmettre.

Principales actions à mener

Identifier les acteurs à former et anticiper le turn-over médical et/ou paramédical.

Définir les compétences nouvelles à transmettre à chaque population pour un exercice satisfaisant de leur rôle dans l'organisation retenue.

Définir l'objectif des formations et leur durée. On peut identifier plusieurs finalités :

- former à la nouvelle organisation,
- former aux nouvelles procédures ou nouveaux protocoles,
- former aux outils techniques.

Élaborer le contenu de ces formations qui peut se décliner en deux aspects :

- formation théorique dédiée au développement des usages,
- formation pratique

Le contenu de chaque volet (théorique ou pratique) est fonction du public.

Identifier des formateurs référents en fonction du public cible.

Points de vigilance et recommandations

Mettre en place un comité pédagogique pour valider la formation théorique et pratique, évaluer les acquis et préconiser l'organisation à mettre en place pour la formation.

Compte tenu des mobilités, mettre en place un tutorat au sein des établissements pour accompagner l'arrivée de nouveaux praticiens.

Bien distinguer la formation médicale de la formation à l'outil ; l'outil pouvant cependant comporter des formulaires qui soient le rappel des protocoles et ainsi contribuer à la pérennisation de la formation médicale.

La formation médicale doit aborder la dimension information du patient qui doit intégrer une information spécifique sur le procédé de télémédecine (rôles et identités des professionnels, protocoles de coopération, modalités d'enregistrement des données etc.). La formation doit également rappeler les spécificités du recueil du consentement du patient, pour l'acte médical réalisé par télémédecine lui-même mais également pour l'hébergement des données médicales, le cas échéant.

Mettre en place des outils de suivi puis d'évaluation de la formation :

- tableau de suivi de l'activité des formations : effectifs, calendrier...,
- tableau de mesure des taux de formation par population cible,
- tableau de suivi des mutations des personnels formés.

Renouveler les formations, d'une part pour permettre l'intégration des nouveaux acteurs et, d'autre part, pour maintenir l'usage par les acteurs en place.

Actualiser le contenu des formations au regard de l'évolution des procédures de prise en charge ou des outils.

Communication

Enjeux

Un projet de télémédecine est un projet organisationnel dont les impacts sont multiples : techniques, juridiques, RH... De ce fait, le projet fait naître des besoins de communication que l'on peut rassembler autour de trois enjeux :

- réunir les conditions d'une bonne prise en charge,
- accompagner la mise en œuvre du projet,
- promouvoir le projet.

Afin de coordonner les actions de communication qui peuvent être mises en place pour répondre à chacun de ces enjeux, et renforcer ainsi leur impact, il est souhaitable d'élaborer un plan de communication en amont du projet.

Principales actions à mener

Décliner chaque enjeu en objectifs de communication spécifiques pour chaque partie prenante du projet, qui sont autant de cibles de communication, de façon adaptée aux différentes étapes du projet.

Identifier les supports pertinents et leur fréquence de diffusion pour répondre au mieux aux objectifs en tenant compte des ressources disponibles.

Rassembler ces différents éléments au sein d'un plan de communication soumis à la validation et suivi par l'instance stratégique.

Réaliser une évaluation de l'information perçue par chacune des cibles.

Points de vigilance et recommandations

Chaque acteur du projet peut s'emparer de la communication sur l'un ou l'autre des aspects du projet mais l'instance stratégique de la gouvernance doit veiller à la cohérence de ces différentes actions.

Des actions de communication peuvent porter aussi bien sur l'intention du projet que sur des jalons effectifs (lancement du projet, 1er patient pris en charge par télémédecine, etc.).

Systeme d'Information

Enjeux

La prise en charge par télémédecine impose la définition d'un système d'information fiable, performant et partagé. Ce SI ne se limite pas au choix d'une solution mais nécessite, au sein d'une gouvernance dédiée, de définir les services supports nécessaires au partage d'informations entre les acteurs.

Cela conduit à mettre en place une **gouvernance SI** au niveau régional :

- **médicale**, qui détermine les besoins métiers (coordination nécessaire à la prise en charge du patient),
- **technique**, incluant les DSI des établissements et maîtrise d'ouvrage (MOA) territoriales spécialisées en SI, pour définir les services nécessaires (visioconférence, gestion de workflow, flux de données de santé...), choisir les dispositifs techniques en cohérence avec les SI existants et à venir (autres services de télémédecine, PACS, SIH, DMP...), suivre l'exécution des marchés éventuels, accompagner le déploiement des équipements et des services, garantir le maintien en condition opérationnelle et le niveau de service en routine.

Principales actions à mener

Définir la cible d'un système d'information régional de télémédecine

- o en privilégiant une approche intégrée couvrant l'ensemble des usages de services de télémédecine,
- o en articulation avec les SIH et les services régionaux et nationaux (DMP, MSS, référentiels et annuaires...),
- o en tenant compte du cadre réglementaire (hébergement de données de santé, autorisation CNIL...).

Choisir une trajectoire de mise en œuvre s'appuyant sur une priorisation des services rendus.

Bien qu'étant des services de leurs Centres Hospitaliers de rattachement à part entière, il n'est pas rare de constater que les Unités Sanitaires ne sont pas au même stade d'informatisation que leur établissement. A titre illustratif en Ile de France, seules 4 Unités Sanitaires sur les 13 de la région ont accès au SIH de leur établissement de rattachement. Ainsi, le dossier médical n'est pas nécessairement informatisé dans les Unités Sanitaires, l'identification du patient commune ou l'accès aux images du PACS de l'établissement possible...

Mener un projet de déploiement de la télémédecine dans ce contexte pose souvent la question de l'informatisation de l'Unité Sanitaire en condition préalable.

Définir les besoins sous forme d'exigences fonctionnelles et d'exigences techniques permettant de répondre aux besoins métiers.

Définir les conditions d'opérationnalité :

- o sur la base des principes d'interopérabilité du SI énoncés par l'ASIP Santé,
- o en prenant en compte les exigences liées au fait que la télémédecine est un acte de nature médicale et que son exercice s'inscrit dans le droit commun de l'exercice médical et du droit des patients et nécessite donc la prise en compte des éléments suivants :
 - consentement libre et éclairé du patient,
 - traçabilité de l'acte et formalisme spécifique,

- compte-rendu de la réalisation de l'acte,
- actes et prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine,
- 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.

Conduire le choix des solutions techniques répondant aux besoins.

N.B. : Les actions à mener au niveau de chaque établissement représentent, d'une part, le déploiement local du système d'information de télémédecine (avec les interfaces nécessaires), d'autre part l'installation du matériel et des locaux (cf. fiche « Logistique et Matériel »).

Points de vigilance et recommandations

Le décret de télémédecine n°2010-1229 du 19 octobre 2010 définit les conditions de mise en œuvre de la télémédecine pour les professionnels et pour les organisations. Il confirme la nécessité de **respecter les droits de la personne et d'organiser le consentement des patients aux soins**, l'importance de l'identification des auteurs des actes de télémédecine et de l'inscription de l'acte dans les dossiers médicaux.

Le statut des détenus n'entraîne aucune exigence particulière de confidentialité ou d'anonymisation en dehors du secret devant entourer la prise de rendez-vous (pour éviter de faciliter les évasions).

Toutefois, en raison de l'enregistrement de la qualité de « détenu » dans le système d'information des Etablissements de Santé, une vigilance particulière doit être apportée à la possibilité pour le détenu de bénéficier à sa sortie de détention d'un autre statut au regard de ces Etablissements de Santé.

Définir un niveau d'exigence ergonomique adapté à la prise en charge

Définir la qualité de service nécessaire

- pour l'hébergement et les solutions : niveau de disponibilité (SLA) en distinguant éventuellement indisponibilité programmée et non programmée, garantie de temps d'intervention (GTI), garantie de temps de rétablissement (GTR), perte de données maximale admissible (PDMA),
- pour les infrastructures réseau : « l'organisation de la filière doit s'appuyer sur un réseau numérique suffisamment performant pour réaliser des actes de télémédecine avec un système d'information partagé » (guide DGOS, 6 mars 2012). On peut s'appuyer sur le guide de la DATAR pour dimensionner l'infrastructure réseau selon les usages par télémédecine,
- plutôt que d'engager une course à la qualité de service, il est souvent préférable de prévoir et tester régulièrement des procédures dégradées simples, connues et rapides à mettre en œuvre.

Organiser le recueil du consentement patient (hébergement de données de santé, CNIL, activité de télémédecine)

- le recueil du consentement du patient implique que lui soit préalablement délivrée une information claire : « Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne » (décret de télémédecine n°2010-1229 du 19 octobre 2010),
- le consentement du patient doit être obtenu sur l'acte médical réalisé par télémédecine et sur les conditions d'hébergement des données recueillies à cette occasion. Ce dernier peut l'être par voie électronique : « Le consentement exprès de la personne, prévu au premier

alinéa de ce même article L. 1111-8, peut être exprimé par voie électronique » (décret de télémédecine n°2010-1229 du 19 octobre 2010),

Organiser le support aux utilisateurs

- mettre en place un support technique et fonctionnel si possible avec un point d'appel unique pour faciliter le fonctionnement, puis une qualification permettant le traitement des appels en cascade. Ce support peut être confié au GCS e-santé, à la DSI d'un des établissements ou encore externalisé,
- afin d'anticiper les problèmes techniques, il est intéressant d'envisager des actions de vérification régulière du bon fonctionnement du matériel (sur place et/ou à distance) et de supervision de l'état du réseau.

Logistique et Matériel

Enjeux

Le volet logistique d'un projet de télémedecine n'est pas à négliger : il s'agit d'installer les matériels permettant la couverture des services nécessaires à la prise en charge par télémedecine des personnes détenues.

Le choix des outils doit conduire à minimiser l'impact de la distance géographique entre les acteurs sur la prise en charge en offrant des conditions équivalentes à celles qui peuvent être assurées en présentiel. Cela conditionne l'acceptation de cette modalité de prise en charge par le patient et le professionnel de santé.

Principales actions à mener

Définir les prérequis techniques au déploiement dans un établissement, notamment en termes de réseau et locaux, et mener un audit au sein de chaque établissement pour identifier les actions à mener en amont.

L'exercice de la télémedecine requiert une infrastructure réseau suffisante selon les usages (lecture d'images, synchronisation des échanges, visio-conférence, etc.). La gestion de ce réseau, tant pour sa qualité à l'entrée de l'établissement que pour son maillage au sein même de l'établissement relève de l'administration pénitentiaire.

Mener un projet de déploiement de la télémedecine dans ce contexte nécessite de mobiliser en amont l'administration pénitentiaire sur ce point. L'administration pénitentiaire doit fournir un état des lieux du câblage interne des établissements pénitentiaires afin d'identifier les lacunes au regard des besoins en réseau selon les usages de télémedecine.

Réaliser une étude d'implantation visant à définir les conditions opérationnelles dans lesquelles peut se dérouler la prise en charge des personnes détenues :

- possibilité de dédier une salle aux activités de télémedecine ou repli vers un équipement mobile. Dans tous les cas, le recours à la diffusion d'un son amplifié doit être possible dans le respect de la confidentialité des informations de santé relatives au patient,
- capacité de la salle à accueillir un système de visioconférence et adaptations à prévoir pour en améliorer la qualité (positionnement de la caméra, qualité du son, couleur des murs, positionnement du ou des écrans par rapport au lit, etc.),

Choisir les équipements les plus adaptés répondant à un niveau d'exigence partagé.

Mener les travaux d'aménagement de la salle, d'acquisition et d'installation du matériel, de déploiement des logiciels.

Conduire les aspects logistiques du déploiement : procédures d'achat, organisation des formations, demande de cartes CPS, paramétrages, etc.

Les équipements peuvent être achetés directement par les établissements ou alors par le GCS qui leur rétrocède. De surcroît, au-delà de l'achat, les modalités de portage et de mise à disposition des équipements doivent être clarifiées en prévision de la multiplication des projets de télémedecine. En effet, certaines applications sont communes à différents projets de télémedecine, ce qui présente une difficulté pour répartir leur amortissement sur les différents établissements de santé.

Points de vigilance et recommandations

Tendre vers un dispositif limitant la distance géographique entre les acteurs sur la prise en charge : la télémedecine est avant tout un acte de medecine ; la teleconsultation doit permettre la tenue dans les meilleures conditions possibles du colloque singulier entre le medecin et le patient. A ce titre, l'impact des outils permettant l'echange a distance sur le deroulement de la consultation doit etre limite. Les outils doivent donc donner au patient le sentiment d'une presence a ses cotes du professionnel distant. Cela necessite donc :

- o une resolution d'ecran et un zoom optique de la camera repondant aux necessites medicales,
- o un son fluide, ce qui constitue l'enjeu technique le plus critique,
- o un temps dedie a l'introduction de la teleconsultation afin de gagner la confiance du patient (presentation du professionnel, presentation du systeme mis en place...),
- o un indicateur clair du fonctionnement en cours du systeme (voyant rouge indiquant que la camera est en fonctionnement) et une garantie de fermeture du systeme (interrupteur visible du patient).

Disposer d'equipements adaptes

- o ecran : avec une taille d'ecran et une qualite d'image favorisant le sentiment de presence du professionnel aupres du patient,
- o camera : pilotable a distance, eventuellement manipulable par *joystick*, pour etre plus intuitif,
- o micro-son : sans deformation, sans decalage avec l'image et capable de vehiculer les sons dans les 2 sens simultanement (il n'est pas necessaire d'attendre que l'interlocuteur ait termine pour parler),
- o consoles de visualisation des images : selon les standards des etablissements disposant d'une imagerie medecale.
- o il faut egalement prevoir les equipements necessaires a la mise en place de la procedure degradee en cas de panne (equipement de rechange, autres equipements, ...)

Prevoir une procedure permettant une verification reguliere et standardisee du materiel. Qu'elles soient decouvertes ainsi ou a l'occasion d'une utilisation, les pannes doivent donner lieu a une procedure de gestion specifique.

Envisager les aspects logistiques de maniere a simplifier les procedures.

Post-déploiement

Enjeux

La prise en charge par télémédecine des personnes détenues induit des changements importants :

- *métiers, par l'évolution de certaines compétences, voire l'introduction de nouveaux acteurs,*
- *organisationnels, par l'apparition de nouvelles activités et une répartition différente des tâches entre les acteurs,*
- *techniques, par le recours à une nouvelle technologie (visioconférence) et l'introduction de nouveaux outils.*

Aussi, on ne peut limiter le projet à l'installation d'un outil ou à la diffusion de nouvelles procédures. L'impact positif du projet sur la prise en charge des patients n'est visible que si les usages se développent et sont pérennes.

À l'issue de l'installation des dispositifs techniques, et donc avant tout usage, on entre en phase de post-déploiement qui a deux objectifs :

- *l'accompagnement pour un développement des usages,*
- *l'accompagnement pour une pérennisation des usages.*

Principales actions à mener

Organiser l'accompagnement du développement des usages en menant des actions sur différents volets :

- systèmes d'information :
 - mettre en place un support technique réactif permettant de lever rapidement les freins techniques à l'usage du système,
 - mettre à disposition le temps nécessaire au développement des usages, un support fonctionnel d'aide à la prise en main. Idéalement, ce support fonctionnel est présentiel dans les premiers jours de fonctionnement sur un site,
 - recueillir et traiter les retours des utilisateurs :
 - recenser et qualifier les retours : anomalie bloquante, majeure, mineure ou liée à un fonctionnement particulier du site pouvant engendrer un besoin de paramétrage ou d'évolution,
 - corriger les anomalies dans un délai correspondant à leur qualification,
 - ajuster le paramétrage aux pratiques réellement constatées sur le site,
 - recenser et prioriser les demandes d'évolutions.
 - diffuser l'information sur la correction des anomalies et l'ajustement du paramétrage pour maintenir la dynamique.
- processus :
 - s'assurer de la facilité d'accès et d'usage des procédures,
 - mettre en place localement et/ou en inter établissements une communauté de pratiques avec les acteurs du processus pour faire remonter les difficultés et proposer des améliorations des processus,
 - mettre à jour et diffuser les processus.
- qualité :
 - suivre et communiquer les indicateurs d'usage permettant de vérifier la bonne application des procédures (ex. : nombre de scores flash renseignés par patient traité, nombre de patients traités vs nombre de dossiers créés).

Organiser la pérennisation des usages

- la pérennisation des usages nécessite d'être suivie de façon continue (tableau de bord de l'activité, remontées des communautés de pratiques, visites régulières de contrôle sur le site...) car elle permet de déceler très tôt :
 - une baisse d'usage, qui peut être notamment liée à l'arrivée de nouveaux acteurs,
 - une évolution des pratiques, souvent permise par la télémédecine, faisant naître de nouveaux besoins,
 - un mésusage ou des usages détournés pouvant nuire aux objectifs du projet.
- ces constats peuvent conduire à :
 - une mise à jour/un rappel des processus et procédures,
 - l'expression de demandes d'évolutions fonctionnelles ou techniques,
 - l'organisation de formations outil/processus et d'actions de communication pour le rappel/la mise à jour auprès de nouveaux entrants et d'acteurs déjà présents.

Points de vigilance et recommandations

Adapter l'effort d'accompagnement à l'avancement du déploiement

- apporter un soutien très important au lancement puis adopter un cadencement de plus en plus espacé au fil du déploiement,
- mettre en place un transfert progressif de compétences vers les établissements impliqués sur les volets applicatif/technique et déploiement/conduite du changement pour pérenniser le dispositif d'accompagnement (autonomie progressive des équipes projet en établissement),
- s'appuyer sur les professionnels de santé référents et les animateurs de filière, l'accompagnement post-déploiement nécessitant souvent une légitimité médicale forte.

Soigner le moment du passage en mode routine

- pour identifier le **bon moment** pour acter le passage en mode routine, il est utile de définir en amont :
 - les indicateurs de déploiement qui seront suivis (périmètre de déploiement, taux d'usage des outils, réduction des anomalies, etc.),
 - la valeur cible permettant de considérer que les usages sont satisfaisants.
- le passage en mode routine doit être acté en revue de projet pour permettre :
 - d'acter l'atteinte des cibles de déploiement,
 - de **définir l'organisation du projet en termes de comitologie et ressources affectées au projet.**
- en termes de gouvernance, chaque comité du projet (COPIL, communauté de pratiques, comité technique, comité médical) doit réévaluer et réajuster :
 - le rythme de ses **réunions**,
 - les participants,
 - les objectifs (par exemple le COPIL porte davantage sur les évolutions possibles à apporter au projet initial, sur le suivi des indicateurs d'impacts du projet, c'est-à-dire évaluer la valeur ajoutée de la télémédecine pour la prise en charge des AVC dans la prise en charge des patients, dans les conditions de travail des professionnels et dans les aspects financiers.

Anticiper le cas récurrent de l'accueil de nouveaux acteurs

Le cas de l'arrivée de nouveaux acteurs doit être anticipé. Il n'est pas suffisant de proposer des actions régulières de formation. D'autres actions peuvent être envisagées :

- modules de formation en ligne à disposition des acteurs,
- posters et autres supports didactiques permettant une prise en main des outils sans assistance.

Animer une démarche d'amélioration continue des pratiques

En mode routine, il est nécessaire de continuer à se questionner sur les pratiques et de faire évoluer les processus, les procédures, les formations, pour améliorer continuellement l'organisation.

Pour cela, des acteurs impliqués dans la mise en œuvre opérationnelle du projet doivent être intégrés à cette démarche et doivent être réunis régulièrement (fréquence à définir en fonction de l'urgence des évolutions des pratiques identifiées).

Modèle économique

Enjeux

Même si le projet relève d'une priorité de santé publique et que sa mise en œuvre doit dépasser les enjeux économiques, le modèle doit être anticipé et évalué pour permettre de définir les équilibres qui en assurent sa pérennité.

Il est à noter que la DGOS a lancé une étude nationale de coûts/recettes pour identifier et objectiver les éventuels besoins d'évolution du modèle de financement de cette activité.

Principales actions à mener

La mise en place du projet de télémédecine nécessite de réfléchir en amont au modèle économique et ce, dans une approche transversale, pour identifier notamment les postes de mutualisation possibles à différentes échelles (locale, territoriale, régionale) et optimiser les investissements. En effet, les services offerts par la télémédecine peuvent être déployés dans différents contextes pour des usages de même nature.

Points de vigilance et recommandations

Il est important de définir dès le lancement du projet les modalités de suivi de l'activité tant pour permettre l'évaluation régulière du dispositif que pour mesurer l'impact des organisations sur le modèle économique. (cf. fiche « Pilotage »).

La réflexion initiale doit prendre en compte le temps dédié à la coordination et au pilotage.

GLOSSAIRE

ARS	Agence Régionale de Santé	SIH	Système d'Information Hospitalier
CH(U)	Centre Hospitalier (Universitaire)	SMPR	Service MédicoPsychologique Régional
COPIL	Comité de Pilotage	SROS	Schéma Régional de l'Offre de soins
CPS	Carte de Professionnel de Santé	UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires (=Unité Sanitaire)
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins	UHSA	Unités Hospitalières Spécialement Aménagées
ETP	Equivalent Temps Plein	UHSI	Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire	UMD	Unités pour Malades Difficiles
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat		
PRS	Programme Régional de Santé		
PRT	Programme Régional de Télémedecine		

SOURCES

- Dossier de candidatures à l'accompagnement national de projets pilotes en télémédecine.
- Comptes rendus des rencontres des régions pilotes et des séminaires thématiques.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les régions pilotes Ile de France et Midi-Pyrénées pour leur soutien et leur contribution à la réalisation de ce rapport, notamment les chargés de mission des ARS, les médecins porteurs des projets, les GCS et toutes les équipes impliquées dans ces projets.

Nous remercions tout particulièrement ceux qui ont participé à la relecture de ce rapport : DGOS-PF3, Dr MOREAU – UCSA Bois d'Arcy ; J. PARIGOT – GCS Ile de France ; J. PEBAYLE – ARS Midi-Pyrénées, Chantal CORU – ASIP Santé.