



Schéma Régional de l'Offre de Soins

ANNEXE

SYSTEME D'INFORMATION DE SANTE TELEMEDECINE / TELESANTE

Nom du référent	Yves BEAUCHAMP	
Date d'approbation du SROS III	31/03/2006	
Composition du groupe de travail	<p>P. BEEUSAERT B. BOULAND B. DELAVAL F. DEFRENNE C. GARNIER</p> <p>G. ATMEARE</p> <p>H. HERBIER H. HSZTUKOWSKI P. JEAN M. PRESTINI M. TAZAOURTE Dr ALAO Dr ARNOULT S. BECUWE P. BOILEAU Dr BUISSET A. LAHOUSSE G. CARLUER D. CAUCHOIS</p> <p>Dr CONSTANT B. CUENET Dr DEBROUCKERE S. DELPLANQUE Dr DEMORY N. DELAPORTE B. DESCHILDRE P. DEWASMES B. DOLLE Dr FLORENT P. FORTUIT</p>	<p>Représentant SYNERPA – FHP EPDSAE Saint-Leu Directeur URIOPSS Nord-Pas de Calais ESMS enfants épileptiques, CREA Pilote MAIA sur le Nord (plateforme de santé EOLIS), URIOPSS Nord-Pas de Calais</p> <p>Responsable du secteur Personnes en situation de handicap, URIOPSS Nord Pas de Calais</p> <p>Association La Vie Active, CREA CMPP Henri Wallon Roubaix, APEJI, CREA Fondation Hopale, CREA Directrice CREA Nord-Pas de Calais CAMS, ADPJ 62, CREA URPS Médecins Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens Déléguée Régionale FHP CARMI Oncologue Centre Oscar Lambret Directeur de la Clinique Saint-Roch, FHP Services polyvalents et HAD, Carmi Responsable informatique Centre de Lutte Contre le Cancer Oscar Lambret, FNLCC Radiologue, Membre du bureau URPS Médecins Directeur des Affaires Générales de la CARMI Médecin Clinique Villeneuve d'Ascq DSIO CH de Calais, FHF Médecin (ville), Secrétaire URPS Médecins Responsable informatique CH de Lens, FHF Directeur de la Clinique de Villeneuve d'Ascq, FHP CARMI Directeur Général de la Fondation Hopale, FEHAP Conseiller Médical CARMI Membre du bureau du conseil national de l'ordre des Pharmaciens -</p>

	<p>M-A FOURRIER O. FROMENTIN A. GRZES J. GUICHETEAU P. HERMANT J-L HOURTOULE N. JUSZCZAK O. KERSAUZE A. KHITER Dr LAMBERT</p> <p>F. LAZEWSKI A. LEMAI J. LEMAI</p> <p>M-C LINE P. MAJKA M. MALEVITCH F. MARTIN Dr MENU Dr PLATEL</p> <p>J-P SOBZCAK Dr TAIEB F. TAMRABET D. VERBEKE L. VICENZUTTI Dr VALLET J-L WALBECQ P. WLODYKA V. COULIER J-L FRUIT S. MERINO A. SENECHAL L. VAURETTE B. VOYEZ F. AUTIN</p>	<p>Président de la Commission des technologies de Santé du CNOP Directrice clinique Générale de Santé, FHF DSIO CH de Roubaix,FHF DSIO CHRU de Lille Directeur de la performance CH de Valenciennes, FHF Directeur de Santé Services Lens,FNEHAD Directeur médical CARMi Nord-Pas de Calais Responsable informatique régionale de la Générale de Santé, FHP Directeur financier CH de Lens, FHF EPSM de l'Agglomération Lilloise Présidente du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, Radiologue libérale</p> <p>CHRU de Lille CARMi Co-directeur Santé Service Lens, responsable informatique, FNEHAD</p> <p>Coordinatrice du réseau des Traumatisés Crâniens DSI CH d'Arras,FHF Responsable informatique, CARMi DSIO Fondation Hopale Médecin anesthésiste CHRU de Lille Médecin généraliste (ville) Vice-Président du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins DSIO de l'AHNAC Oncologue Centre Oscar Lambret Responsable MOA de la DSIO CHRU de Lille EPSM des Flandres Directeur du CH de Lens, FHF Médecin CHRU de Lille Directeur des ressources physiques CHRU de Lille DSIO du GHICL, Représentant FEHAP Directeur technique du SIIH Directeur Général du SIIH Responsable des relations extérieur SIIH Directeur SIIH SIIH SIIH Chargé de mission Santé au Conseil Régional du Nord-Pas de</p>
--	---	--

	O. CHARRIER D. FACON M. LEMAIRE F. CLOWEZ Dr RENARD	Calais Chargé de mission TIC au Conseil Régional du Nord-Pas de Calais Chargée de mission Conseil Régional Chargée de mission Santé et territoires, Conseil Régional du Nord-Pas de Calais Chargé de mission TIC, Préfecture Régionale du Nord-Pas de Calais Maître de conférences Université Lille II, médecin anesthésiste
Dates de réunions	Dossier médical personnel : 09/05, 01/07 Télémedecine : 31/05 SIH et coopérations hospitalières : 25/05, 21/06 Maîtrise d'ouvrage régionale : 16/05, 20/05, 06/06, 30/06	

1. CONTEXTE ET ENJEUX

1.1. L'environnement global

L'usage des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) en Santé se développe en France, depuis 25-30 ans environ, à un rythme soutenu.

Les TIC en santé ne constituent donc pas un phénomène nouveau. Cependant, ces dernières années ont été marquées par plusieurs éléments importants :

- De très nombreux rapports sur ces questions, prospectifs (pour montrer les voies d'évolution et éclairer les décisions des acteurs) ou analytiques (bilans, état des lieux, analyse de l'utilisation des ressources et des effets des projets). Tous les acteurs (institutions, organismes de contrôle, professionnels de santé, industriels, scientifiques, usagers,...) ont produit de tels rapports ou études.
- Ces rapports convergent en général autour de quelques affirmations fortes et quelques constats :
 - o Le développement des TIC en santé est un phénomène inéluctable, en croissance, durable. Il participe globalement au progrès dans le domaine médical ou sanitaire. Un fort consensus existe sur un rapport bénéfices/risques très positif.
 - o Les progrès technologiques se développent beaucoup plus rapidement que les usages, les mentalités, ou les habitudes des acteurs. Cela induit un sentiment diffus de sous-utilisation des potentialités de ces technologies
 - o Malgré un grand nombre d'initiatives, et la mobilisation de moyens significatifs, les réussites sont moins nombreuses que les échecs, et la généralisation d'opérations exemplaires reste rare. La qualité des logiciels ou des services délivrés par les industriels est généralement perçue par les utilisateurs (notamment les professionnels de santé) comme moyenne ; la culture de la gestion de projets informatiques, au sein de professionnels ou des établissements de santé, se diffuse lentement.
 - o Les Pouvoirs Publics ont tardé à intégrer la dimension des TIC dans les politiques publiques en santé, et peinent à jouer un rôle efficace dans ce domaine.
- Depuis peu (4 – 5 ans environ) une inflexion assez nette se dessine, aussi bien au sein des pouvoirs publics que des acteurs « de terrain », pour s'engager de façon plus active, plus ambitieuse, mieux coordonnée dans le développement des TIC en Santé. Cette évolution s'est notamment traduite par :
 - o L'émergence de projets ou de programmes nationaux ambitieux (Dossier Médical Personnel – DMP, Dossier Pharmaceutique – DP, programmes d'investissements dans les Systèmes d'information Hospitaliers – SIH, programme national de déploiement de la Télémedecine)
 - o Une production législative et réglementaire importante

- Une gouvernance nouvelle au sein des pouvoirs publics, et la volonté de clarifier les rôles : création de la Délégation Stratégique des Systèmes d'Information de Santé (2011), de l'Agence des Systèmes d'Information de Santé Partagés – ASIP (2009)
- Des appels à projets nombreux et l'ouverture de dispositifs de financement variés (FMESPP, Investissements d'Avenir, ...)

1.2. Nord – Pas de Calais

Le SROS III (2006-2011) a inscrit, pour la première fois dans la région Nord – Pas de Calais, un chapitre ambitieux consacré à la Télésanté. Cette initiative couronnait le dynamisme de plusieurs acteurs régionaux, qui, depuis une dizaine d'année, avaient contribué à initier plusieurs projets régionaux importants. Avec l'appui du Conseil Régional Nord – Pas de Calais (très présent) et le soutien des fonds européens FEDER, la région Nord – Pas de Calais figure parmi les premières de France dans le domaine de la télémédecine. Le degré d'informatisation des établissements de santé se situe un peu au dessus de la moyenne nationale, et l'effort d'investissement dans les SIH est particulièrement soutenu.

Si une partie significative du volet Télésanté du SROS III a été concrétisée, certaines composantes importantes n'ont pas connu le même succès. Toutefois, le caractère novateur de cette matière, les évolutions très rapides dans le domaine technique, les difficultés organisationnelles, la lente appropriation des usages, rendent l'exercice de prévision et de programmation très incertain.

Durant la période 2006-2011, la région Nord – Pas de Calais a pris un certain retard, vis-à-vis de la plupart des régions françaises, dans plusieurs domaines :

- La gouvernance régionale. Au plan de l'élaboration stratégique comme de la coordination opérationnelle des acteurs sanitaires sur la thématique des systèmes d'information et de la télésanté, l'absence de gouvernance régionale n'a pas permis d'engager de projets de dimension régionale. Ce constat doit cependant être nuancé par les initiatives du SiiH Nord – Pas de Calais, approuvées par l'ARH, pour l'extension des activités de Télémédecine et la sécurisation des systèmes d'information hospitaliers.
- Les acteurs régionaux ont, de fait, tendance à cantonner leurs initiatives et leurs projets dans leur environnement proche, ou à n'associer que les acteurs de même nature ou de même statut. Ce n'est pas le manque d'initiatives ou de projets qui caractérise la région Nord – Pas de Calais, mais leur émiettement et leur cloisonnement.
- Le socle d'infrastructures permettant le développement de systèmes d'informations de santé régionaux n'est pas constitué, sauf en matière de réseaux de télécommunication.

2. LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les constats posés dans les paragraphes précédents conduisent à définir un programme ambitieux pour la période 2011-2016, portant sur un spectre relativement large et varié.

Toutefois, l'essentiel des éléments de ce programme convergent autour d'un objectif principal : **dépasser le stade du développement isolé des systèmes d'information, et engager, de façon durable :**

- le **partage et l'échange d'informations**
- l'usage des TIC pour **renforcer la coordination des soins**.
- Une **meilleure articulation entre acteurs sanitaires et médico-sociaux**

Le développement des **systèmes d'information de santé partagés** (et notamment le **Dossier Médical Personnel – DMP**) et la **Télémédecine** seront les deux axes majeurs permettant de rendre tangible cette volonté de partage d'informations et de coordination entre acteurs.

Cela nécessite que la région Nord – Pas de Calais se donne la capacité de **maîtriser le développement de projets dans une dimension réellement régionale**, d'en coordonner la mise en œuvre auprès de tous les professionnels de santé, et d'associer largement tous les opérateurs régionaux autour d'une vision commune. C'est la raison fondamentale de la constitution d'un **dispositif de gouvernance et de pilotage** régional des systèmes d'information de santé.

Les autres axes du programme régional de développement des systèmes d'information traitent les situations spécifiques du secteur ambulatoire, des établissements de santé et des acteurs de l'urgence.

2.1. Déployer les systèmes d'information de santé partagés pour améliorer la continuité des soins et favoriser la coordination des soins

Action 1 : Dossier Médical Personnel

Le Dossier Médical Personnel (DMP) a été créé par la loi du 13 août 2004 et confirmé dans la loi HPST du 21 juillet 2009. (Articles L1111-14 à L1111-24 du Code de la santé publique)

Après une période d'élaboration relativement complexe, marquée par de nombreux débats traduisant les multiples points de vue sur ce que doit être le DMP, et des phases de construction technique parfois peu probantes, le projet DMP est entré, depuis 2008, dans une période de réalisation effective. En s'appuyant sur plusieurs expérimentations régionales ayant atteint des niveaux de déploiement respectables, et suite à la refondation du pilotage du projet (création de l'ASIP Santé), le Dossier Médical Personnel est devenu opérationnel en janvier 2011.

Dès lors, **l'enjeu pour la région Nord – Pas de Calais est d'organiser son déploiement et son usage.**

Ceci constitue un défi de taille pour la région, qui nécessitera une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés.

Le déploiement du DMP doit être appréhendé sur deux plans : le déploiement de masse du DMP d'une part, les usages raisonnés selon différentes situations de soins et de coordination, d'autre part

A. Le déploiement « de masse »

Il s'agit d'organiser le déploiement du DMP auprès de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins, et pour le plus grand nombre possible de personnes du ressort de la région Nord – Pas de Calais.

– Pour les acteurs de l'offre de soins :

L'ensemble des acteurs de l'offre de soins (professionnels de santé, établissements de santé) doivent être en capacité de :

- Connaître et comprendre l'usage du DMP
- Expliquer à chaque patient l'intérêt que le DMP peut présenter pour sa santé, pour la qualité des soins qu'il reçoit, pour une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé qui le prennent en charge.
- En cabinet, mais plus encore dans les établissements de santé, mettre en place une organisation adaptée, lors de la prise en charge du patient, pour favoriser l'usage du DMP (explications, recueil du consentement, opération de création du DMP, opération d'alimentation du DMP en informations médicales).

- Disposer de systèmes d'informations propres à créer, consulter ou alimenter le DMP des patients (systèmes d'information « DMP-compatibles »). Cela se traduit notamment par la capacité technique à gérer l'Identifiant National de Santé de chaque patient, et à respecter les normes techniques d'échanges d'information entre le système d'information du professionnel de santé (ou de l'établissement de santé) et le DMP.
- Se conformer aux obligations de sécurité et de confidentialité
- Intégrer la consultation et l'alimentation du DMP dans la pratique médicale ordinaire

— Pour les patients et les habitants de la région :

Le DMP est le dossier médical **personnel** du patient. Voulu comme tel par le législateur, cela confère au patient une responsabilité particulière, à laquelle il convient de sensibiliser chaque patient (et au-delà, chaque habitant) de la région.

La création du DMP d'un patient, comme sa mise à jour par les professionnels de santé, requièrent le consentement explicite de la personne, après avoir reçu les explications permettant d'éclairer sa décision.

Le déploiement régional du DMP, auprès des plusieurs dizaines de milliers de professionnels de santé, auprès des établissements de santé, et auprès de 4 millions d'habitants, appelle à l'évidence la mise en place d'un projet solide, correctement préparé, assurant une forte coordination entre l'ensemble des acteurs, et s'appuyant sur des démarches de communication nombreuses et variées.

L'initiative de chaque professionnel de santé est nécessaire, mais ne trouvera sa pleine efficacité que dans une coordination globale de l'opération, sous l'égide de la maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information et de l'ASIP.

Sur la période du Projet Régional de Santé 2011 – 2016, les objectifs de déploiement que l'on peut se fixer sont :

	Taux de professionnels de santé prêts à l'usage du DMP		Nombre de DMP actifs dans la région
	Secteur ambulatoire : cabinets médicaux, laboratoires, cabinets d'imagerie	Etablissements de santé	
2012	5 %	10 %	8 000
2013	15 %	20 %	40 000
2014	40 %	50 %	200 000
2015	75 %	80 %	500 000
2016	90 %	100 %	800 000

B. Les usages raisonnés

De façon complémentaire avec le déploiement de masse, il s'agit de développer des usages raisonnés du DMP, dans des situations de soins ou de coordination des soins particulières.

En effet, dans de nombreuses situations, une utilisation efficiente du DMP nécessitera que les acteurs de l'offre de soins s'accordent sur un modèle d'usage du DMP ; ces situations peuvent correspondre aux exemples suivants :

- Dans la prise en charge de patients souffrant d'une pathologie chronique
- Pour les patients atteints de plusieurs pathologies, ce qui les amène à avoir recours à de nombreux spécialistes
- Dans les réseaux de soins
- En oncologie

Dans ces situations (comme dans de nombreuses autres), il faudra que les professionnels de santé et les établissements de santé s'accordent sur le mode d'utilisation du DMP pour le suivi de ces patients et la coordination des soins :

- Types de comptes-rendus médicaux, modèles de comptes-rendus
- Schéma d'alimentation du DMP (en lien avec les parcours de soins)

Action 2 : Messagerie Médicale Sécurisée

Si le DMP constitue une avancée essentielle dans le développement des systèmes d'information de santé partagés, ce dispositif ne répondra pas à tous les besoins en matière de partage et d'échange d'informations, pour de multiples raisons.

C'est pourquoi le déploiement régional d'un outil de messagerie médicale sécurisée constituera un complément utile au DMP, permettant d'enrichir les modalités de partage et d'échanges d'informations en vue d'une meilleure coordination des soins.

Afin de garantir l'interopérabilité des échanges, et de maîtriser au mieux les coûts d'un tel dispositif, il conviendra d'associer l'ensemble des acteurs de l'offre de soins régionale dans la recherche et la mise en œuvre d'une solution de messagerie unifiée.

Action 3 : Service régional de partage et d'archivage des images médicales numériques

Le développement de l'imagerie médicale numérique qui a marqué ces dernières années constitue un élément essentiel pour la qualité des soins, l'amélioration des démarches diagnostiques, le choix des thérapeutiques les plus appropriées, la recherche,
Ce développement bénéficie à la prise en charge d'une proportion considérable de pathologies.

Cette situation a conduit, depuis quelques années, à disposer d'une masse importante d'images et d'examens numérisés. Toutefois, l'ensemble des potentialités offertes par cette richesse d'information ne sont pas exploitées, faute de disposer des capacités appropriées pour le traitement, le stockage ou le partage de ces informations.

Le développement régional des systèmes d'information de santé partagés, le partage d'informations médicales en vue de consolider la qualité et la continuité des soins, ne peuvent pas se concevoir sans intégrer l'image médicale numérique comme composante à part entière du dossier médical.

La constitution d'un service régional de partage et d'archivage des images numériques a vocation à répondre aux enjeux suivants :

- Etre ouverte à tous les professionnels de santé médicaux et toutes les activités d'imagerie médicales, qu'elles soient pratiquées en secteur libéral ambulatoire, en établissement de santé privé ou public.
- Etre ouverte à tout type d'examens d'imagerie médicale numérisée.

- Permettre le partage des résultats d'examens (dossier Images + comptes-rendus) entre tout professionnel médical.
- Permettre d'associer un examen récent avec un historique.
- Améliorer les capacités et la performance des dispositifs d'archivage et de conservation des examens d'imagerie numérique pour l'ensemble des plateaux techniques d'imagerie, de toute nature.

Ce projet est particulièrement structurant pour la région Nord – Pas de Calais et ses professionnels de santé.

Il représente un investissement, certes important, mais qui permettra de passer un cap irréversible dans l'exploitation des potentialités de traitement et de partage de l'image médicale, avec des retombées sanitaires et économiques multiples.

Action 4 : Déployer les éléments d'infrastructure et les référentiels propres à garantir le fonctionnement des systèmes d'information de santé partagés

Le développement des systèmes d'information partagés est inconcevable sans le support d'une infrastructure et des référentiels indispensables. Pour l'essentiel, les référentiels résultent des travaux de définition conduits par l'ASIP Santé. Toutefois, leur mise en œuvre effective dans les systèmes d'information de santé de la région nécessite un effort soutenu et une coordination particulière.

- Réseau régional de communication Haut-Débit dédié à la Santé : le réseau INTERMED 5962 a été déployé par le SiiH pour le compte des acteurs sanitaires de la région depuis quelques années. Ce dispositif est absolument essentiel pour les projets régionaux, leur performance et leur pérennité. Le renouvellement du marché avec l'opérateur de ce réseau aura lieu en septembre 2012. Cette échéance est l'occasion de faire évoluer ce dispositif en tenant compte de trois enjeux essentiels :
 - Intégrer, beaucoup largement qu'aujourd'hui, l'ensemble de l'offre de soins hospitalière, notamment les établissements de santé privés et d'intérêt collectif, ainsi que les établissements et structures médico-sociales.
 - Ouvrir ce réseau, selon des modalités favorisant l'adhésion des professionnels, vers le secteur ambulatoire, notamment les cabinets de radiologie, les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets médicaux, les maisons de santé.
 - Articuler les démarches conduites dans le champ sanitaire en matière de réseaux de télécommunication avec le schéma régional d'aménagement numérique du territoire piloté par l'Etat.

La maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information aura un rôle essentiel à jouer sur ce sujet.

- Référentiels en matière de systèmes d'information de santé

L'adoption des principaux référentiels en systèmes d'information de santé devra être conduite de façon soutenue et coordonnée, dans la construction des systèmes d'information de santé partagés et dans l'adaptation des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (logiciels de gestion de cabinet, systèmes d'information hospitaliers, ...)

Ce sujet concerne :

- L'Identifiant National De Santé, et au-delà les règles communes et bonnes pratiques en matière d'identito-vigilance
- Le Répertoire Permanent des Professionnels de Santé (RPPS)
- Le répertoire des acteurs et structures sanitaires et médico-sociales

Action 5 : Développer les échanges d'informations entre le champ sanitaire et le champ médico-social

Les besoins d'articulation entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux sont extrêmement nombreux, variés, souvent essentiels pour la qualité des prises en charge et du service rendu aux personnes.

Sur ces sujets, l'usage des systèmes d'information est encore embryonnaire, alors qu'un champ considérable est ouvert.

Dans le sillage du déploiement régional du DMP, les acteurs sanitaires et médico-sociaux sont invités, avec le soutien de l'ARS Nord – Pas de Calais et de la maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information, à développer les éléments de base d'un « dossier de liaison sanitaire – médico-social ».

Ce travail impliquera un effort important dans la structuration et la rationalisation des échanges d'information entre ces deux groupes d'acteurs.

Action 6 : Renforcer les systèmes d'informations de santé partagés en cancérologie et autour des médicaments

Cancérologie : L'informatisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires en cancérologie doit être menée à bien pour l'ensemble des organisations territoriales, sous l'égide du Réseau Régional de Cancérologie et avec l'appui de la maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information de santé.

Cette étape doit ensuite ouvrir au déploiement régional du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) et à l'intégration de l'imagerie médicale dématérialisée dans les RCP

Médicament : la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient doit être menée avec persistance et détermination, et aller au-delà de l'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé (dans le cadre du CBUMPP)

Le déploiement réussi du Dossier Pharmaceutique peut constituer une opportunité intéressante pour rapprocher l'information des officines pharmaceutiques et celle des établissements de santé.

Les expérimentations et projets dans ce domaine contribueront à faire progresser la sécurisation du circuit du médicament et la diminution du risque d'évènement indésirable, notamment iatrogène.

2.2. Poursuivre le développement régional de la Télémédecine, et développer de nouveaux usages

La région Nord – Pas de Calais s'est engagée dans la Télémédecine depuis plus de 15 ans, et figure aujourd'hui parmi les régions françaises les plus en avance dans ce domaine.

Cet acquis se traduit aujourd'hui par de nombreux atouts :

- Quelques projets exemplaires, qui illustrent auprès des professionnels de santé et des usagers les potentialités de la Télémédecine, et permettent de rendre crédibles de nouvelles initiatives.
- Un réel savoir-faire, fondé pour l'essentiel sur les compétences conjointes de l'ARS Nord – Pas de Calais et du SiiH.
- L'engagement important et durable de plusieurs partenaires institutionnels auprès des acteurs de santé, notamment le Conseil Régional Nord – Pas de Calais et l'Etat, se traduisant à la fois par la mobilisation de fonds régionaux et européens et par une réelle communauté de vue et de travail des institutions régionales
- Un tissu d'entreprises régionales ayant su développer leurs projets avec les acteurs régionaux et au-delà de la région

A ces acquis, il convient d'ajouter le fait que la région Nord – Pas de Calais dispose aujourd'hui d'une infrastructure de Télémédecine solide, à l'état de l'art, performante, susceptible de porter de nouveaux projets.

Ces acquis et ces atouts ne doivent cependant pas masquer la persistance de certains obstacles, qui constituent, à l'évidence, les enjeux du programme 2011 – 2016 :

– **Difficultés organisationnelles** : la réalisation des projets de Télémedecine est confrontée à la nécessité d'ajustement des organisations et des pratiques de soins. Cet aspect des projets représente souvent l'essentiel des efforts, la mise en place du dispositif technique étant seconde (sans être pour autant négligeable). L'émergence d'un nouveau dispositif organisationnel, la recherche d'un consensus large des professionnels de santé, leur adhésion effective à l'adoption de pratiques professionnelles nouvelles, suscite, on peut le comprendre, quelques réticences, parfois des résistances.

Ce sujet doit être au cœur des prochains projets de télémedecine. La maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information & télésanté doit jouer un rôle important pour contribuer à faciliter la définition des schémas d'organisation les plus pertinents et les plus acceptables par les professionnels.

– **Dimension régionale des projets** : la conception et la réalisation de projets de télémedecine dans une dimension pleinement régionale est, aujourd'hui encore, relativement rare, de même que la reproduction, sur un autre territoire, d'un projet réussi ailleurs. Cela tient en partie aux difficultés organisationnelles évoquées ci-dessus, dont la complexité augmente avec le périmètre et le nombre d'acteurs impliqués dans un projet. Mais cela tient également aux conditions de réalisation des projets de télémedecine qui ont été rencontrées dans les périodes précédentes, conditions qui ont conduit à privilégier un déploiement pragmatique et opportuniste des projets.

Une meilleure visibilité des orientations stratégiques régionales en Télémedecine, et le renforcement de la gouvernance et du pilotage régional des projets, devrait permettre de modifier cette situation.

En complément de l'élaboration du SROS, le projet régional de santé 2011-2016 intègre un Programme Régional de Télémedecine.

Les principales orientations du programme régional de Télémedecine prendront en compte les priorités inscrites au Programme national de déploiement de la Télémedecine, et leur adaptation au contexte et aux particularités de la région Nord – Pas de Calais.

Action 1 : Poursuivre le développement de la téléexpertise en imagerie médicale (téléradiologie)

Les applications de téléradiologie, sous diverses formes, constituent aujourd'hui l'essentiel de la télémedecine régionale. Cette situation est le fruit, en grande partie, de l'action engagée par l'ARH depuis plusieurs années et relayée par le SiiH.

Toutefois, des champs d'extension ou de démultiplication de ces services existent et n'ont pas été complètement exploités, que ce soit :

- dans le recours à l'expertise radiologique du CHRU de Lille
- pour mieux assurer la permanence des soins en imagerie médicale
- dans l'articulation entre établissements de santé et cabinets de radiologie du secteur libéral

Une exploration systématique des extensions potentielles de la téléradiologie sera entreprise, notamment en intégrant la problématique de la permanence des soins, afin d'accroître l'efficacité du dispositif actuel.

Action 2 : conduire le déploiement de l'application Télé-AVC à l'échelle régionale

Le système Télé-AVC constitue l'une des principales avancées de la télémédecine régionale en 2011.

La mise en service de ce dispositif, sur le territoire Artois-Hainaut, depuis le 15 juin 2011, et son utilisation régulière depuis, confirment l'intérêt de Télé-AVC pour améliorer sensiblement la prise en charge des patients présentant des signes d'AVC.

Le projet régional Télé-AVC a par ailleurs été retenu au titre de l'appel à projets Télémédecine de l'ASIP, et est inscrit dans la mise en œuvre du plan national AVC 2010 – 2014.

Dans la période 2011 – 2016, deux axes de travail sont à poursuivre pour la finalisation de ce projet :

- Conduire le déploiement de Télé-AVC sur l'ensemble du territoire régional, afin d'apporter un service de prise en charge 24/24, 7/7, auprès de l'ensemble des structures d'urgences et des UNV de la région.
- Consolider et enrichir le volet « système d'information AVC », durant la phase aigüe de prise en charge, mais également pour l'amont (prévention, sensibilisation aux facteurs de risques) et l'aval (soins de suite, réintégration dans la vie sociale)

Action 3 : utiliser la télémédecine pour l'amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues

La télémédecine, notamment la téléconsultation et la téléexpertise, peuvent constituer des réponses aux difficultés d'accès aux soins des personnes détenues, difficultés accrues par la nécessité soit de transporter le détenu, soit d'assurer la présence de professionnels de santé.

En relation avec les UCSA et les SMPR régionales, et en s'appuyant sur une évaluation précise et hiérarchisée des besoins, les projets de téléconsultation ou de téléexpertise, dans différentes spécialités médicales, seront soutenus.

Ces démarches seront également menées en coordination avec les responsables de l'administration pénitentiaire.

Action 4 : Télémédecine & maladies chroniques

L'usage de la Télémédecine dans la prise en charge, la surveillance et l'accompagnement des patients atteints d'une maladie chronique constitue un champ d'expansion très important. Ces approches sont encore peu développées à ce jour, en dépit du nombre considérable de patients susceptibles d'en bénéficier.

La démarche régionale devra adopter une méthodologie permettant :

- D'identifier les types de pathologies chroniques prioritaires pour la télémédecine (diabète, insuffisance rénale chronique, pathologies cardiaques, ...)
- De repérer les situations médicales qu'il convient de privilégier (démarches de prévention auprès de personnes présentant certains facteurs de risque, patients atteints d'une maladie chronique en état stabilisé, patients en état non stabilisé, patients en situation de pluri-pathologies)
- De déterminer les populations ou les contextes locaux pertinents : zones ou personnes connaissant une difficulté d'accès aux soins, meilleure organisation de l'accès aux compétences de recours, ...

La particularité des maladies chroniques appelle à privilégier les usages et les applications de télésurveillance, mais également la téléconsultation ou la téléexpertise.

Les démarches de développement de projets de télésurveillance auprès de personnes souffrant d'une maladie chronique seront optimisées si elles sont combinées avec des programmes d'éducation thérapeutique ou d'accompagnement.

Action 5 : Télémédecine & Personnes Agées / Télémédecine & HAD

L'utilisation de la télémédecine, notamment la téléconsultation ou la téléexpertise, dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées vivant en institution (EHPAD) permettrait d'améliorer la coordination entre les professionnels exerçant en EHPAD et les établissements de santé.

Ce dispositif permettrait de mieux maîtriser les décisions de transfert, et, ainsi, d'apporter plus de confort à la personne âgée et une meilleure gestion des ressources hospitalières.

La construction de projets de ce type nécessite une forte implication des acteurs sanitaires et médico-sociaux; là encore, ce sont les questions d'adaptation organisationnelle qui seront les plus cruciales

En HAD, et plus généralement dans le cadre des soins à domicile, les usages de la télémédecine rejoignent les aspects évoqués au sujet de la prise en charge des maladies chroniques

2.3. Renforcer l'usage des systèmes d'information de santé auprès de l'ensemble des acteurs du secteur ambulatoire

Pour l'essentiel, les acteurs de l'offre de soins de premier recours sont directement impliqués par les orientations et les projets présentés dans les deux premiers axes de ce schéma régional : développement des systèmes d'information de santé partagés (notamment DMP) et Télémédecine.

En complément de ces orientations, deux approches concernant spécifiquement le secteur ambulatoire doivent être abordées :

Action 1 : Analyse de la qualité des outils SI du secteur ambulatoire

En lien avec l'URPS Médecins, évaluer la qualité des outils informatiques des cabinets (notamment le dossier médical) et leur niveau de couverture auprès des professionnels de santé de la région.

Favoriser l'amélioration de ces outils (en cabinets, en laboratoires d'imagerie médicale, en cabinets d'imagerie) et leur adoption la plus large possible

Intégrer les systèmes d'information des officines pharmaceutiques dans la construction du système d'information de santé régional.

Action 2 : systèmes d'information des Maisons de santé, Centres et pôles de santé

Accompagner l'informatisation des maisons de santé, pôles de santé, centres de santé.

Intégrer les outils communicants de systèmes d'information et de télémédecine dans les maisons de santé, si possible dès leur création.

Conduire ces opérations en cohérence avec le développement régional des systèmes d'information de santé partagés

2.4. Moderniser les systèmes d'information hospitaliers pour améliorer l'efficience des établissements de santé

Action 1 : assurer l'efficience des investissements hospitaliers dans le SIH

Le développement régional des systèmes d'information de santé passe par un renforcement des systèmes d'information hospitaliers, ce qui implique de maîtriser l'efficience des investissements dans ce domaine.

L'ARS poursuivra l'accompagnement des projets inscrits au programme Hôpital 2012.

Le programme Hôpital Numérique constitue une opportunité pour de nombreux établissements de santé de la région, publics, privés ou d'intérêt collectif, pour renforcer la performance de leur SIH. L'ARS proposera un cadre régional à l'engagement des établissements dans la mise en œuvre du programme Hôpital Numérique, permettant :

- De sélectionner au mieux les priorités
- De rechercher systématiquement un haut degré de mutualisation dans les projets, le partage d'expériences, la gestion rigoureuse des projets
- D'encourager les établissements de santé, notamment ceux de petite taille, à déléguer l'hébergement de leur SIH, dans des conditions économiquement maîtrisées
- Poursuivre la sécurisation des SIH et le renforcement de leur fiabilité

Action 2 : intégrer le développement du SIH dans les objectifs d'efficience des établissements de santé

Inscrire un volet « Systèmes d'Information Hospitalier » dans les prochains CPOM ARS/ES, à partir des éléments de diagnostic disponibles (observatoire des systèmes d'information de santé) et d'une évaluation objective des forces et faiblesses de l'établissement dans ce domaine.

Favoriser les projets d'ouverture du SIH sur l'environnement de l'établissement de santé (relations avec les professionnels de santé, les établissements de santé ou médico-sociaux, les patients eux-mêmes)

Action 3 : Développer le système d'information des activités d'hospitalisation à domicile

Les établissements d'HAD (et plus généralement les activités de soins à domicile) ont besoin de disposer de systèmes d'information adaptés à leur spécificité. Dans ce domaine également, le partage des expériences et la mutualisation des initiatives constituent un levier de progrès

Action 4 : intégrer l'adaptation des SIH dans les projets de coopération hospitalière (GCS, CHT)

Le modèle sur lequel la plupart des SIH se sont construits depuis 15 ans reste très largement centré sur l'établissement de santé, et est peu ouvert à son environnement. Ce modèle qui « s'arrête aux murs de l'hôpital » est évidemment un handicap pour le développement de démarches de coopération entre l'établissement de santé et son environnement, hospitalier ou ambulatoire.

Cette difficulté doit être affrontée de façon résolue, dans la mesure où, par essence, les projets de coopération hospitalière ont besoin de systèmes d'informations performants propres à soutenir et faciliter les processus nouveaux entre les professionnels.

Cela passe par un effort d'adaptation des SIH, ainsi que par le partage d'expériences, de méthodes, de réalisations associant l'ensemble des projets de coopération en cours ou futurs.

Action 5 : Renforcer les outils d'analyse de la performance des établissements de santé et de pilotage médico-économique

Si les SIH ont, à ce jour, relativement développé des fonctions de gestion basiques et les processus de soins, les outils d'analyse de la performance, sont parfois beaucoup moins développés.

Ce phénomène mérite d'être corrigé, et représente un enjeu de premier plan.

Action 6 : Préparer les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif à la facturation directe des séjours et à l'optimisation de leur processus de facturation/recouvrement

Les établissements de santé publics, et privés d'intérêt collectif, sont engagés dans un programme visant à assurer la facturation directe des prestations de soins auprès de l'assurance maladie. Deux établissements de la région Nord – Pas de Calais (Centre Hospitalier Sambre-Avesnois et Centre Hospitalier Cambrai) participent à la phase d'expérimentation nationale, en compagnie d'une cinquantaine d'autres ES.

Le passage à la facturation directe est une opération importante, qui aura des impacts lourds sur différents aspects de l'organisation et du fonctionnement des établissements de santé, et notamment sur leurs systèmes d'information.

Une démarche régionale visant à préparer les établissements concernés, à capitaliser sur l'expérience des deux établissements pilotes, et à accompagner ce changement, apparait de nature à réduire les risques.

L'enjeu de cette démarche est de permettre aux établissements de santé d'améliorer la performance de leurs processus de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers, et par là, leur situation financière.

2.5. Développer le Système d'Information des Urgences

L'urgence pré-hospitalière comme l'organisation des structures d'urgence des établissements de santé constituent un facteur essentiel de la qualité du système de soins.

La période du PRS 2011-2016 doit permettre le véritable développement régional du système d'information des Urgences, au-delà du seul équipement des structures d'urgence.

Action 1 : Mener à terme les programmes en cours : informatisation des Urgences et des SAMU/SMUR

- Le programme d'informatisation prévu par le Plan Urgence en 2005 doit être mené à bien (près de 30 % des structures d'urgence de la région ne l'ont pas encore pleinement concrétisé)

- Le programme RAMUR (informatisation des SAMU et des SMUR) doit entrer en phase opérationnelle en 2012 et être entièrement déployé en 2013
- Finaliser le déploiement du réseau de radio-communication ANTARES.

Ces trois éléments constituent les préalables indispensables à un développement plus ambitieux du système d'information des Urgences.

Action 2 : Développer les outils d'aide à l'orientation des patients

Avec une attention particulière aux situations d'urgence (mais, au-delà, dans l'ensemble du parcours de soins), le développement du Répertoire Opérationnel des Ressources (RoR) devra permettre :

- Une description opérationnelle plus sûre et plus fiable de l'ensemble de l'offre de soins et des capacités de prise en charge des patients
- Un gain de temps et d'efficacité significatifs dans l'orientation des patients
- Dans une version simplifiée destinée au grand public (plate-forme d'information santé), présenter aux usagers un ensemble de services, de conseils, d'aides, sur l'offre de soins, ses ressources et son accessibilité. Ce service doit permettre un recours plus pertinent et mieux préparé aux acteurs de l'offre de soins. Il pourra intégrer des informations spécifiquement ciblées vers certains publics, les maladies chroniques par exemple.

Action 3 : Construire l'Observatoire Régional des Urgences

La complexité des processus d'organisation des soins et la recherche permanente de l'optimisation de la régulation de l'accès aux soins appelle à exploiter au mieux les données relatives au fonctionnement des services d'urgences.

Cela passe par la construction de l'Observatoire Régional des Urgences, combinant un système d'information décisionnel et une analyse rigoureuse et médicalisée des flux des patients.

L'Observatoire Régional des Urgences constitue un outil essentiel pour améliorer la connaissance de l'activité des services d'urgences et des établissements de santé, apprécier et anticiper leur variation, faire face efficacement aux situations de tension et optimiser les ressources sanitaires.

2.6. Maîtriser les Apports des Technologies de l'Information en Santé et Médico-Social, par la constitution d'un dispositif de gouvernance et de pilotage régional des systèmes d'information et de la Télésanté

Action 1 : installer la Maîtrise d'Ouvrage Régionale en systèmes d'information – télémédecine - télésanté

Le dispositif de gouvernance et de pilotage régional des systèmes d'information partagés de santé sera constitué, à la fin de l'année 2011, par la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS),

La création de ce GCS répond au souhait de l'Agence Régionale de Santé, et s'appuie sur le dispositif d'aide proposé par l'ASIP Santé dans le cadre du programme EMERGENCE.

La maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information partagés de santé est appelée à assurer, pour l'essentiel des acteurs sanitaires et médico-sociaux de la région, la maîtrise d'ouvrage de projets collectifs, structurants, d'intérêt régional, ainsi que des missions d'études, d'évaluation ou d'expertise, dans le domaine des systèmes d'information partagés de santé, de la télémédecine et de la télésanté.

Ce GCS inscrit son action dans le cadre des orientations définies par le Projet Régional de Santé en matière de systèmes d'information de santé partagés, de télémédecine et de télésanté, en vue d'en réaliser les objectifs.

Tous les acteurs de l'offre de soins et médico-sociaux ont vocation à participer aux actions de ce GCS, à en assurer collectivement la gouvernance et en partager les charges de fonctionnement.

La maîtrise d'ouvrage régionale devra également jouer un rôle de premier plan pour apporter à l'ensemble des acteurs régionaux une communication claire et adaptée à chaque type de publics sur les projets de systèmes d'information de santé partagés, la télémédecine et la télésanté, afin d'en présenter les enjeux et les modalités d'usage.

Des actions de communication spécifiquement destinées aux patients, aux associations qui les représentent et au grand public seront mises en œuvre par la maîtrise d'ouvrage régionale, mettant en particulier l'accent sur le respect des droits des patients, la confidentialité et la sécurité.

A partir de 2012, le GCS de maîtrise d'ouvrage régionale assurera la conduite des projets qui lui seront confiés par ses membres, et devra avoir atteint un premier stade de fonctionnement stabilisé avant la fin de l'année 2012.

L'Agence Régionale de Santé Nord – Pas de Calais veillera aux conditions de constitution et de développement de ce GCS :

- L'ARS sera vigilante sur le caractère équilibré de la constitution du GCS, la participation d'une part significative des acteurs de l'offre de soins et médico-sociale, permettant au GCS de disposer d'une assise et d'une légitimité suffisantes pour conduire les projets régionaux.
- L'ARS établira, avec ce GCS, un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, afin de soutenir le programme de travail du GCS et consolider la pérennité de ses actions
- L'ARS évaluera régulièrement les activités du GCS et leur contribution au développement régional des systèmes d'information de santé.

Action 2 : Pérenniser le comité de pilotage stratégique régional de développement des systèmes d'information de santé

Installé depuis Avril 2011 et présidé par le Directeur Général de l'ARS Nord – Pas de Calais, ce comité de pilotage constitue une instance de concertation, d'élaboration stratégique, et de coordination, entre les principales institutions régionales intéressées au développement des systèmes d'information de santé (Professionnels et Etablissements, ARS, Assurance Maladie, Conseil Régional et Préfecture, Université, Usagers)

3. Définitions et concepts – Systèmes d'information / Télémédecine / Télésanté / e-Santé

Les **systèmes d'information de santé** sont des systèmes d'information utilisés dans le cadre d'activité de santé (!). En tant que systèmes d'information, ils sont principalement constitués de **logiciels**, **d'équipements informatiques**, et de **réseaux** de télécommunication, ainsi que de **l'organisation** humaine

propre à assurer le **bon usage** de ces moyens. L'objet des systèmes d'information de santé est de recueillir, conserver, et transmettre (sous diverses formes) des informations de santé à caractère personnel (relatives aux patients) ainsi que des informations relatives aux acteurs de l'offre de soins.

La **télémédecine** est une **pratique médicale**, qui se traduit par la réalisation **d'actes médicaux** particuliers, en utilisant des moyens de traitement et de communication de l'information

L'article 78 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (Hôpital-Patient-Santé-Territoire) et le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 définissent la Télémédecine et ses modalités d'exercice. (article L.6316-1 du CSP).

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

Les actes médicaux qui relèvent de la télémédecine sont :

- La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient ;
- La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux ;
- La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient ;
- La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 (Réponse médicale urgente réalisée par le Centre 15).

La Télésanté (ou e-santé, eHealth, ...) est un concept global qui représente l'ensemble des activités, des services et des systèmes liés à la santé, pratiqués à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication (TIC). (*Wikipédia*)

L'usage actuel conduit à employer le terme télésanté comme une extension des concepts de systèmes d'information de santé et de télémédecine.

Systemes d'information de santé	Moyens informatiques et de télécommunication (logiciels, ordinateurs, réseaux,...) utilisés pour des activités de santé, ainsi que l'organisation nécessaire au bon usage de ces moyens
Télémédecine	pratique médicale à distance ; actes de téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance, réponse téléphonique urgente SAMU
Télésanté	Concept global relatif à l'utilisation des TIC dans les activités de santé