



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

**Télémédecine : quelles opportunités
pour un centre hospitalier de recours ?
L'exemple du centre hospitalier du
Puy-en-Velay**

Myriam BOUTONNET

Remerciements

A Monsieur Jean-Marie BOLLIET, chef d'établissement du Centre Hospitalier Emile Roux au Puy-en-Velay et président du comité stratégique du Groupement Hospitalier de Haute-Loire. Il m'a accueillie au sein de son établissement et m'a apporté des éclairages sur ce sujet qu'il affectionne.

Aux médecins et aux équipes paramédicales du Centre Hospitalier Emile Roux qui ont accepté de me recevoir et m'ont livré leur précieux témoignages.

A Mathieu ESTIVAL, animateur territorial du GRADeS SARA en Haute-Loire, pour sa disponibilité et ses conseils.

A Elisa ACHARD, pour m'avoir accompagnée ces derniers mois, avec beaucoup d'efficacité et de ténacité, sur le projet territorial de télémédecine.

A Monsieur Bertrand VIGNERON, professeur à l'EHESP, référent mémoire qui m'a orientée pour mes recherches.

Sommaire

Introduction	4
1 La télémédecine : de l'expérimentation à la légitimation	3
1.1 L'inscription de la télémédecine dans le droit français	3
1.1.1 La loi HPST et le décret du 19 octobre 2010	3
1.1.2 Le temps des expérimentations	5
1.1.3 2018 : année phare pour la télémédecine	6
1.2 L'accélération du virage numérique.....	7
1.2.1 La Délégation Ministérielle du Numérique en Santé	7
1.2.2 De l'ASIP à l'ANS : un élargissement des compétences de l'agence	8
1.3 La télémédecine en région Auvergne-Rhône Alpes	9
1.3.1 La télémédecine est un outil au service de la réalisation des objectifs du Projet Régional de Santé de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.....	10
1.3.2 Le GRADeS SARA est le promoteur de la télémédecine en Auvergne-Rhône-Alpes	11
1.4 L'avant et l'après-COVID : hausse des usages et légitimation de la télémédecine.....	12
1.4.1 Un assouplissement de la réglementation.....	13
1.4.2 Une explosion des actes de téléconsultation.....	14
1.4.3 Téléconsultations en région Auvergne-Rhône-Alpes	14
2 Premières utilisations au Centre Hospitalier Emile Roux : des conventions de télémédecine en réponse aux besoins d'un hôpital de recours isolé dans son territoire	15
2.1 La Haute-Loire est un département rural avec une population vieillissante, connaissant des difficultés d'attractivité médicale.....	16
2.1.1 La Haute-Loire est un département rural, diversement peuplé et vieillissant	16
2.1.2 Un état de santé correspondant aux tendances nationales	17
2.1.3 Si le taux de médecins généralistes est satisfaisant, les médecins spécialistes sont plus difficile d'accès.....	17
2.1.4 L'offre du CHER et sa position dans le GHT Haute-Loire	18
2.1.5 Les EHPAD et les cabinets infirmiers du territoire	20
2.2 Un projet en adéquation avec les expérimentations nationales : la prise en charge de l'AVC	21
2.2.1 Partenariat et convention	21
2.2.2 Objectifs et organisation	21
2.2.3 Bilan quantitatif et qualitatif	23
2.3 Autres conventions de téléconsultations et téléexpertise en soins spécialisés.....	23

2.3.1	Convention de télémedecine en oncogénétique	23
2.3.2	Autres conventions de téléexpertise	24
2.4	Télésurveillance en cardiologie dans le cadre du programme ETAPES	24
2.4.1	Partenariats et conventions	24
2.4.2	Objectif et organisation.....	24
2.4.3	Bilan qualitatif et quantitatif	25
2.5	Assurer la permanence des soins en imagerie	26
2.5.1	Partenariat et convention	26
2.5.2	Objectif et organisation.....	26
2.5.3	Bilan de la prestation	27
3	Une télémedecine plus mobile grâce au logiciel MonSisra. Quelles opportunités et quels nouveaux usages pour le CHER ?.....	29
3.1	Le déploiement du logiciel MonSisra	29
3.1.1	L'installation réussie de la Messagerie Sécurisée de Santé dans la Haute-Loire, un préalable à la réalisation d'actes de télémedecine en mobilité	29
3.1.2	Le GCS SARA accompagne les projets soutenus par l'ARS Auvergne-Rhône Alpes pour le déploiement de la téléconsultation et de la téléexpertise en région	30
3.2	Le projet territorial de télémedecine porté par le CHER	31
3.2.1	Un projet inscrit dans la stratégie digitale du CHER.....	31
3.2.2	Les attentes des acteurs vis-à-vis du CHER	31
3.2.3	Les projets médicaux proposés par les services du CHER.....	33
3.3	La télémedecine est une opportunité pour l'activité médicale du GHT.....	35
3.3.1	Des filières qui ont recours à la télémedecine	35
3.3.2	La télémedecine, un appui aux consultations avancées	36
3.3.3	Elargir le champ de développement de la télémedecine qui doit être plus légère et mobile	36
3.3.4	Développement de la télésurveillance à domicile des patients atteints de maladies chroniques.....	37
3.4	Freins et leviers identifiés	38
3.4.1	L'accès inégal à une couverture numérique satisfaisante	38
3.4.2	La disponibilité du corps médical.....	39
3.4.3	Des outils techniques insuffisamment intégrés	40
3.4.4	L'arrivée du télésoin.....	41
	Conclusion	43
	Bibliographie.....	45
	Liste des annexes.....	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANS Agence du Numérique en Santé
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CCAM : Codification Commune des Actes Médicaux
CHER : Centre Hospitalier Emile Roux
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSP : Code de la Santé Publique
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DPI : Dossier Patient Informatisé
ETAPES : Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé
FEDER : Fonds Européen de Développement Régional
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GAFAM : Google, Apple, Facebook, Amazon et Microsoft
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
GRADeS : Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-santé
HAS : Haute Autorité en Santé
HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IDE : Infirmier.e Diplômé.e d'Etat
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MSS : Messagerie Sécurisée de Santé
PMSP : Projet Médical et de Soins Partagé
PRT : Projet Régional de Télémédecine
RESAH : Réseau des Acheteurs Hospitaliers
TC : acte de téléconsultation de médecin spécialiste
TCG : acte de téléconsultation de médecin généraliste
TE : acte de téléexpertise
TELEMAAC : Télémédecine Auvergne Accident Cérébraux
TSM : forfait de télésurveillance

Introduction

La santé, comme les autres secteurs de l'économie, n'échappe pas à la digitalisation et intéresse les industriels et les laboratoires à plusieurs titres. La e-santé est un terme générique regroupant une large catégorie de services de santé et de soins disponibles au travers des technologies de l'information et de la communication. Le numérique est au cœur de l'innovation tant dans la recherche clinique que dans la prise en charge et l'accompagnement des patients.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la e-santé se définit comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne ». Plus précisément, le périmètre de la e-santé couvre trois grands domaines que sont les systèmes d'information de santé, la télésanté (dont la télémédecine) et la m-santé pour *mobile santé* (objets connectés, robotique, outils de modélisation).

Détachée des systèmes d'information et de l'Intelligence artificielle, l'e-santé représente un marché prometteur (550 millions en 2017) évoluant dans un écosystème en pleine expansion composé d'acteurs publics et privés parmi lesquels figurent les startups¹ innovantes et les géants du numérique (GAFAM et BATX).

En ce qui concerne la télémédecine, le marché prometteur peine à prendre de l'ampleur, même si fait notable en 2020, la crise du COVID a mis un coup de projecteur sur cette pratique en démultipliant les téléconsultations en quelques jours. La Direction Générale de l'Offre de Soins et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie sont déterminées aujourd'hui à en maintenir l'usage et ont lancé une mission pour identifier les usages par spécialité.

Les résultats de l'enquête menée par l'institut de sondage ODOXA fin 2019 pour l'Agence du Numérique en Santé² auprès des citoyens et des professionnels de santé sont tout aussi révélateurs d'une frilosité de la part des usagers envers la télémédecine. Si 8 français sur 10 connaissent les différentes pratiques couvertes par la télémédecine, seulement la moitié souhaiteraient y recourir. Seulement 9% des professionnels de santé et 13% des médecins ont déjà eu au moins une téléconsultation avec l'un de leurs patients à cette date.

Parallèlement, le système de santé français fait face aujourd'hui à différents enjeux qui nécessitent une adaptation, voire une réorganisation des différents acteurs. On observe tout d'abord un vieillissement de la population dû à une baisse de la mortalité et à

¹ Jeune entreprise innovante notamment dans le secteur des nouvelles technologies (dictionnaire Larousse)

² Le baromètre de la Télémédecine de l'ANS, synthèse globale – vague 1. Care Insight / Odoxa

l'allongement de l'espérance de vie. 17,5 millions de personnes ont plus de 60 ans en 2019³ (26% de la population) et près de 4 millions de personnes sont âgées de 80 ans et plus. Ces dernières seront plus de 7 millions à l'horizon 2040. Favoriser le vieillissement en bonne santé afin de préserver l'autonomie des personnes âgées représente un enjeu social de premier ordre.

Ensuite, l'allongement de l'espérance de vie entraîne depuis la fin du XXe siècle une transition épidémiologique. Les maladies infectieuses sont plus rares et surtout mieux contrôlées grâce aux antibiotiques et à la vaccination, même si depuis une trentaine d'années l'arrivée des maladies infectieuses émergentes représente un nouveau défi pour les scientifiques. L'épidémiologie se concentre aujourd'hui sur la répartition et l'étude des déterminants des maladies chroniques qui touchent plus de 20 millions de personnes en France. Créant handicap et dépendance parfois au plus jeune âge, ces maladies nécessitent un suivi régulier, souvent de la part de plusieurs professionnels de santé, à domicile ou en structure de soins. Le département de la Haute-Loire ne fait pas exception à ces évolutions. La part des plus de 60 ans est de 31,5%.

Les dernières stratégies de santé depuis 2009 ont toutes affiché les mêmes objectifs de décloisonnement du système de santé afin de mettre en synergie les acteurs de la santé autour du patient. Pour cela, les acteurs doivent développer le travail en réseau et les coopérations, et la gradation des soins au sein du territoire de santé devient la norme.

L'hôpital est amené à repenser sa place et on assiste à la fin de l'« hospitalo-centrisme ». L'hôpital doit se resituer dans le parcours de soins du patient, coordonné par le médecin traitant, et échanger avec tous les partenaires intervenant dans ce parcours. C'est l'avènement de la coopération, du décloisonnement, de l'échange démultiplié des informations de santé.

En parallèle, l'augmentation du recours aux prestations de santé due au développement des maladies chroniques se heurte au manque de ressources médicales, alors que paradoxalement le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé. La répartition inégale des médecins sur le territoire a pour conséquences la création de vrais déserts médicaux dont les premières victimes sont les zones rurales.

La Stratégie Nationale de Santé en 2017, puis Ma Santé 2022 donnent les grandes orientations stratégiques en matière de santé pour les années à venir. La loi du 24 juillet⁴ 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé fait référence à la feuille de route stratégique du numérique en santé. Le titre III de la loi « Développer l'ambition numérique en santé », plus précisément en son chapitre III « Déployer pleinement la télémédecine et les télésoins » indique la volonté de faire entrer ces nouvelles

³ Source INSEE – Estimations de population

pratiques au service de l'organisation du système de santé en ouvrant à une large part des professionnels de santé, autres que médecins, l'usage de la vidéo-transmission pour leur exercice professionnel.

Comment le directeur d'hôpital peut-il encourager et accompagner le déploiement de la télémédecine, puis du télésoin au service des patients mais également en appui aux acteurs de santé du territoire ? Comment pallier le manque de ressources médicales et déployer des pratiques innovantes ?

Méthodologie

Après un rappel sur l'introduction de la pratique de la télémédecine dans le droit français jusqu'à son essor lors de la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 (I), une présentation des premiers usages de télémédecine au centre Hospitalier du Puy-en-Velay sera réalisée. Des entretiens avec les médecins et les personnels paramédicaux ont permis d'en dresser un premier bilan (II). C'est à présent sous le prisme du projet territorial de télémédecine de Haute-Loire et grâce au déploiement de l'application Monsisra que la télémédecine ouvre de nouvelles perspectives pour mettre en relation l'hôpital et son territoire (III).

1 La télémédecine : de l'expérimentation à la légitimation

Même si les premières expériences de télémédecine ont été tentées au début du 20^e siècle et l'avènement des premières technologies, c'est la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui donne une première définition de la télémédecine en France. Elle sera définie à nouveau en 2009 dans la loi HPST. Plusieurs années d'expérimentation vont alors se succéder jusqu'à l'introduction dans le droit commun en 2018 pour les actes de téléconsultation et téléexpertise.

1.1 L'inscription de la télémédecine dans le droit français

1.1.1 La loi HPST et le décret du 19 octobre 2010

En 2008, le rapport élaboré par Pierre Simon et Dominique Acker⁴, conseillers généraux des établissements de santé, sur « la place de la télémédecine dans l'organisation des soins » décrit les enjeux d'un rapide déploiement opérationnel de la télémédecine en France.

La même année, la Commission Européenne a demandé aux états membres d'inclure la télémédecine dans leur droit national. C'est la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires⁵ qui va donner un premier cadre juridique à cette pratique médicale. L'article 78 de la loi est transposé à l'article L6316-1 du code de la santé publique (CSP).

Article L6316-1 du CSP

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

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

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret.

⁴ Rapport « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins » - P. Simon et D. Acker, novembre 2008

⁵ Loi n°2009-879 HPST du 21 juillet 2009

Le décret d'application de la loi HPST n°2010-1229 du 19 octobre 2010⁶ précise les différentes pratiques médicales que recouvre le champ de la télémédecine et les conditions de leur mise en œuvre. Si pour le grand public la télémédecine est souvent réduite à la téléconsultation, elle recouvre en réalité cinq pratiques :

- La téléconsultation : un patient consulte à distance un professionnel de santé médical,
- La télé-expertise : avis donné à distance par un ou plusieurs experts spécialistes à un professionnel médical sur le dossier médical d'un patient,
- La télésurveillance médicale : un professionnel médical collecte et interprète à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient dans le cadre de sa prise en charge,
- La téléassistance médicale : un professionnel médical assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte,
- La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale.

La réalisation des actes de télémédecine relève du droit commun de la responsabilité et de la déontologie médicale. Elle requiert notamment le consentement libre et éclairé du patient et les actes réalisés font l'objet d'un compte rendu inséré dans son dossier.

Le décret organise l'activité de télémédecine suivant trois modalités :

- Inscription dans le cadre d'un programme national,
- Inscription dans un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM),
- Signature d'un contrat particulier signé entre le Directeur de l'ARS et l'investigateur du projet (professionnel ou organisme).

Le financement de l'activité est assuré soit par dotation au titre des MIGAC pour les établissements de santé et par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQCS) pour les professionnels de santé exerçant en ville ou les regroupements de ces professionnels. Toutefois, l'arrêté ne précise pas la répartition des financements entre les investissements nécessaires à la réalisation des actes et la rémunération des professionnels pour la réalisation de ces actes.

Une première stratégie de déploiement de la télémédecine est mise en œuvre en 2011.

Arrêtée en Conseil des ministres le 9 juin 2011, les ARS sont chargées de mettre en œuvre en région la première stratégie de déploiement de la télémédecine et d'élaborer un programme régional de télémédecine (PRT) avant la fin de l'année 2012.

S'appuyant sur la maturité des projets existants, cette stratégie a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins dans cinq domaines :

⁶ Articles R6316-1 et suivants du CSP

1. La permanence des soins en imagerie médicale : mobiliser les ressources médicales en radiologie au niveau régional
2. La prise en charge de l'accident vasculaire cérébral : traitement par thrombolyse de l'AVC ischémique
3. Les soins spécialisés en prison : diminuer le coût des extractions des prisonniers et faciliter l'accès aux soins en psychiatrie
4. Télésurveillance médicale des maladies chroniques : réduire les venues aux urgences et les hospitalisations de ces malades.
5. Télémedecine en structures medico-sociales et en hospitalisation à domicile : couvrir les besoins en soins spécialisés notamment en EHPAD en évitant les déplacements des résidents et prévenir les hospitalisations.

La DGOS pilote nationalement la stratégie de déploiement. Elle s'appuie sur l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (élaboration d'outils et de guides), l'Agence nationale des Systèmes d'Information Partagés de santé (création de fiches pédagogiques) et la Haute Autorité de Santé (élaboration de grille de pilotage de la qualité).

Les Agences Régionales de Santé, créées par la loi HPST, ont la charge de contractualiser avec les porteurs de projet. Arrêtée dans le cadre de la politique de santé publique, cette stratégie pour l'extension de l'usage de la télémedecine poursuit un double objectif. Il s'agit de favoriser l'accès aux soins dans les régions d'accès géographique difficile (îles, montagnes) et d'améliorer la coordination des soins entre professionnels de santé pour faire face à la croissance des maladies chroniques induite par le vieillissement de la population.

1.1.2 Le temps des expérimentations

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit en son article 36 le principe d'expérimentations en télémedecine avec le programme ETAPES (Expérimentation de Télémedecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé). D'une durée initiale de 4 ans à compter du 1^{er} janvier 2014 et réservé à 9 régions pilotes, le programme est généralisé à l'ensemble du territoire en 2017 et prolongé d'un an (article 91 de la LFSS pour 2017). Ce même article permet désormais aux établissements de santé de participer aux expérimentations dans le cadre des actes et consultations externes.

Ces expérimentations ont pour objectifs de définir des modèles organisationnels et économiques pour faire entrer les actes de télémedecine dans le droit commun de la sécurité sociale. Les conditions de mise en œuvre sont définies par plusieurs cahiers des charges : plaies chroniques et / ou complexes (arrêté du 17 avril 2015), téléconsultation et téléexpertise (arrêté du 28 avril 2016).

Le programme ETAPES a été étendu à la télésurveillance par l'article 54 de la LFSS pour 2018 pour une durée de 4 ans. Cinq cahiers des charges ont été publiés (arrêté du 27 octobre 2018) afin de définir les conditions de mise en œuvre des activités de télésurveillance. Ils concernent respectivement :

- La télésurveillance des patients en insuffisance respiratoire chronique
- La télésurveillance des patients en insuffisance cardiaque chronique
- La télésurveillance des patients en insuffisance rénale chronique
- La télésurveillance du diabète
- La télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique.

Les actes de télésurveillance ont la particularité de faire intervenir dans l'expérimentation un fournisseur de solution technique qui va permettre la collecte de données à distance. Mais la réussite de ces expérimentations va reposer avant tout sur la capacité de mobiliser les acteurs : ARS, établissements de santé, Caisses Primaires d'Assurance Maladie, professionnels de santé en ville, éditeurs de logiciels.

1.1.3 2018 : année phare pour la télémédecine

Après une période d'expérimentations, la télémédecine entre en 2018 dans le droit commun des pratiques médicales. L'article 54 de la LFSS pour 2018 autorise le financement des pratiques professionnelles de téléconsultation et de téléexpertise. Les syndicats de médecins et l'Assurance Maladie doivent parvenir à un accord sur les tarifs au plus tard le 1^{er} juillet 2019.

Après 10 ans d'expérimentation et depuis le 15 septembre 2018, les actes de téléconsultation (TCG pour les médecins généralistes et TC pour les médecins spécialistes) sont remboursables par l'Assurance Maladie sur l'ensemble du territoire suite à la signature de l'avenant n°6 à la convention médicale de 2016⁷ au même tarif qu'une consultation classique. Le remboursement des actes de téléexpertise (TE1 et TE2 suivant le niveau d'expertise) est quant à lui effectif depuis le 10 février 2019. La téléconsultation reste cependant une pratique en alternance avec des consultations en face à face (au moins une consultation en présentiel dans les 12 mois précédent la téléconsultation) et s'inscrit dans le parcours de soins coordonné du patient. Sur le plan technique, elle doit se réaliser par vidéotransmission dans un environnement sécurisé.

Ce financement à l'acte et l'arrêt de la contractualisation préalable va contribuer à déployer plus largement la télémédecine en ambulatoire mais également en établissement de santé.

⁷ Avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

C'est du moins le pari qui est engagé avec une prévision de 500 000 téléconsultations en 2019.

Quant à la télésurveillance, elle reste dans le champ de l'expérimentation jusqu'en 2022 dans le cadre du programme ETAPES et fera l'objet à cette date d'un rapport devant le parlement.

1.2 L'accélération du virage numérique

La Stratégie Nationale de Santé en 2017, puis le plan MaSanté2022 ont donné un coup d'accélérateur pour le développement du numérique dans les domaines relatifs à la santé et au parcours du patient. Les acteurs sont désormais obligés de se positionner en s'inscrivant dans des programmes afin d'obtenir des financements pour mener à bien leur propre projet de transformation vers le numérique.

1.2.1 La Délégation Ministérielle du Numérique en Santé

La Délégation ministérielle du Numérique en Santé est rattachée au ministre des Solidarités et de la Santé. Elle est ainsi identifiée comme l'instance chargée de renforcer la gouvernance du numérique en santé et de piloter les chantiers de transformation que le numérique engendre.

La délégation a établi et présenté une première feuille de route stratégique du numérique en santé en mai 2019 qui s'intègre dans le plan Ma Santé 2022. Les délégués, Dominique Pon et Laura Retourneau, donnent le sens de leur action en indiquant que « le numérique n'est pas une fin en soi. C'est un moyen pour mieux coordonner les professionnels de santé, pour développer des innovations thérapeutiques et organisationnelles, pour lutter contre la fracture sanitaire, pour repositionner le citoyen au cœur du système de santé, bref soigner mieux⁸ ». La feuille de route du numérique en santé a été illustrée par le dessin de la « maison de la e-santé »⁹. Schématiquement, la maison est composée des outils numériques à disposition des professions de santé et des citoyens. Elle repose sur les services et les référentiels socles (fondations) et elle est couverte par le Health Data Hub (toit) qui collecte toutes les données de santé produites.

La stratégie est déclinée en cinq orientations et vingt-six actions. L'accompagnement au déploiement de la télémédecine et du télésoin constitue l'action 18 de la cinquième orientation « *Soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs* ». Cet accompagnement est porté par les acteurs institutionnels, par les ARS et l'assurance

⁸ Feuille de route stratégique du numérique en santé, mai 2019. Edito p.5

⁹ Voir annexe 1

maladie dans les territoires. Ces derniers doivent notamment soutenir les projets de télémédecine « en direction des personnes âgées et des structures de soins de proximité (EHPAD, MSP, hôpitaux de proximité...) ». C'est dans ce cadre que s'inscrit l'appel à projet d'expérimentation territoriale de télémédecine lancé par l'ARS Auvergne-Rhône Alpes auquel a répondu le centre hospitalier Emile Roux (CHER) en 2019.

La délégation a mené plusieurs actions d'animation depuis sa création. Entre octobre 2019 et février 2020, elle a entrepris un tour de France de la E-Santé au sein des 17 régions afin de présenter « la politique nationale du numérique en santé et débattre de sa mise en œuvre concrète avec tous les acteurs de la e-santé mobilisés dans les territoires ».

Sur la même période, la délégation a également organisé cinq « ateliers citoyens » afin de confronter les options de la politique nationale de déploiement du numérique en santé et les attentes des citoyens. Le premier rapport¹⁰ remis en juillet 2020 fait apparaître la télémédecine comme un moyen de lutter contre l'isolement dont sont souvent victimes les usagers : isolement géographique, déserts médicaux, accès à des soins spécialisés.

1.2.2 De l'ASIP à l'ANS : un élargissement des compétences de l'agence

L'Agence des Systèmes d'Information Partagé de santé (ASIP) a été créée en juillet 2009. Elle avait pour objet de « favoriser le développement des systèmes d'information partagés dans le domaine de la santé et du secteur médico-social¹¹ ». C'était aussi la volonté de faire émerger les technologies numériques en santé, dans un cadre maîtrisé, respectueux des droits du patient.

Par avenant à la convention constitutive du groupement, l'ASIP devient l'Agence du Numérique en Santé (ANS) en décembre 2019 en concordance avec la mise en place de la délégation du numérique en santé.

L'objet de l'ANS est étendu au champ plus vaste du numérique : « créer les conditions du développement des systèmes d'information, des services ou outils numériques utilisés dans le cadre de la prise en charge sanitaire et du suivi social et médico-social des usagers du système de santé, pour la coordination des actions des professionnels y concourant, ainsi

¹⁰ Ateliers citoyens du numérique en santé – Rapport phase 1. 2020, Ministère des solidarités et de la santé

¹¹ Convention constitutive du GIP Agence Nationale des Systèmes d'Information Partagés de santé – Article 2

que pour la télésanté, la recherche, le dépistage et la prévention, la veille et l'alerte sanitaires¹²».

L'ANS poursuit trois missions essentielles :

- la régulation de la e-santé en posant les cadres et les bonnes pratiques (sécurité et interopérabilité des échanges)
- la conduite des projets d'intérêt national sous l'égide des pouvoirs publics
- l'accompagnement du déploiement national et territorial des projets et outils numériques en santé et notamment favoriser l'usage et l'innovation, une des cinq orientations de la feuille de route du numérique en santé.

La télémédecine est un des projets phare que doit poursuivre l'ANS. A la demande du ministère chargé de la Santé en mars 2018, l'ASIP avait été missionnée pour réaliser une étude nationale afin d'accompagner le déploiement de la télémédecine. L'étude menée entre avril 2018 et avril 2019 a donné lieu à un rapport publié en juillet 2019¹³. Elle a permis d'identifier « deux principaux besoins pour sécuriser, mettre en cohérence et accompagner le déploiement de la télémédecine » :

- La construction d'outils d'accompagnement à destination des éditeurs de solutions, des professionnels de santé, des patients,
- La mise en place d'un « centre d'observation de la télémédecine » pour mieux comprendre et analyser son déploiement, entrevoir les évolutions de cette pratique médicale et accompagner les professionnels de terrain.

1.3 La télémédecine en région Auvergne-Rhône Alpes

Dès la phase expérimentale, les agences régionales de santé ont été impliquées dans le déploiement local de la télémédecine. Le Programme Régional de Télémédecine (PRT), un des programmes spécifiques du Projet Régional de Santé, définit les « orientations souhaitables du développement de la télémédecine dans les territoires au service des axes retenus dans le schéma d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et de prévention ».

L'instruction ministérielle du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets de e-santé donne mission aux ARS de déployer des systèmes d'information en santé tout en veillant

¹² Arrêté du 19 décembre 2019 portant approbation d'un avenant modifiant la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé » - Annexe, article 3

¹³ ASIP : Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine – Synthèse de l'étude. Juillet 2019

à l'interopérabilité et à la sécurité des services déployés. Plusieurs programmes sont ainsi mis en œuvre par l'ARS dont Hôpital Numérique, le DMP, le répertoire opérationnel des ressources et le déploiement de la télémédecine.

Plus récemment, c'est par le biais du Projet Régional de Santé 2018-2028 et les documents qui le composent que les orientations de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes en matière de télémédecine sont exprimées. A ce titre, elle ne fait pas l'objet d'un chapitre spécifique.

1.3.1 La télémédecine est un outil au service de la réalisation des objectifs du Projet Régional de Santé de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Le projet régional de santé, publié en juin 2018, se compose de trois documents, dont le cadre d'orientation stratégique (COS) qui précise les orientations stratégiques retenues par l'Agence et les objectifs généraux sur une période de 10 ans. Trois de ces orientations font de la télémédecine une ressource au service de la réalisation des objectifs fixés :

- favoriser l'accès à la santé et permettre à l'ensemble de la population d'accéder aux technologies de pointe,
- améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile, l'hôpital se concentre sur la production de soins aigus mais développe des liens plus étroits avec le médecin traitant et les structures d'appui,
- adapter le système de santé en s'appuyant sur les innovations en repérant les plus efficaces et en les pérennisant.

La télémédecine est un des outils au service du virage ambulatoire qui doit permettre d'améliorer la coordination et l'amélioration des prises en charge. Il s'agit de donner accès à des consultations de recours ou d'expertise sur les maladies chroniques pour les structures médico-sociales et les professionnels de santé de ville.

En ce qui concerne les parcours spécifiques, la télémédecine reste un outil efficace au service de la prise en charge de l'AVC pour augmenter l'accès à la thrombolyse en phase aiguë. Ce traitement permet de limiter les conséquences invalidantes voire la mortalité de l'AVC.

Autre exemple, afin d'éviter les ruptures dans les parcours et palier le défaut de personnels qualifiés, il sera nécessaire de développer des dispositifs à distance prenant appui sur les nouvelles technologies (télémédecine, téléconsultation, télé expertise, télésurveillance) dans les structures (EHPAD) et les territoires prioritaires.

Tout simplement, la télémédecine est un outil d'accès aux soins notamment dans les régions en tension de par l'isolement géographique ou le manque de ressources médicales.

En 2019, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a souhaité, par le biais d'un appel à projet, accompagner et soutenir le déploiement de la téléconsultation et de la téléexpertise répondant aux priorités régionales et visant à structurer les recours tout en privilégiant des organisations territoriales entre les EHPAD, les professionnels de santé médicaux et en priorité les structures d'exercice regroupé et les établissements sanitaires.

L'objectif est de promouvoir des projets qui ancrent de manière pérenne une offre de soins de proximité articulée avec une offre de recours aux spécialités.

1.3.2 Le GRADeS SARA est le promoteur de la télémédecine en Auvergne-Rhône-Alpes

Les ARS confient la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie régionale de e-santé aux Groupements Régionaux d'Appui au Développement de la e-santé (GRADeS).

Le regroupement des deux anciens groupements de coopération sanitaire (GCS) chargés de mettre en œuvre l'Espace Numérique Régional de Santé, le GCS SIMPA en Auvergne et le GCS SISRA en Rhône-Alpes, a donné naissance au GCS SARA fin 2018 suite à la fusion des régions Auvergne et Rhône-Alpes issue de la réforme territoriale adoptée en 2015.

Huit membres fondateurs sont à l'origine du GCS SARA, auquel ont été associés les principaux établissements de santé et du médico-social de la région, dont le CHER. Il est aujourd'hui le GRADeS de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Classiquement pour un GCS, la gouvernance est assurée par une assemblée générale à laquelle participe un membre de chaque structure adhérente et un représentant des usagers avec une voix consultative. Elle élit en son sein un administrateur. Ce dernier assure la direction du GCS avec un administrateur adjoint, un directeur et une secrétaire générale.

Pour assurer son fonctionnement, le GCS SARA est financé par l'ARS par contractualisation sous forme de CPOM et par les cotisations des membres du groupement. D'autres fonds peuvent compléter le financement. Ces financements significatifs permettent aux membres de disposer gratuitement d'une grande partie des outils développés.

Conformément à l'instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017¹⁴, le GRADeS SARA a notamment pour missions :

- Accompagner et promouvoir les usages de services numériques en santé
- Fédérer les acteurs de la région autour de la stratégie régionale de e-santé

¹⁴ Instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région

- Contribuer à l'urbanisation, la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information
- Accompagner les initiatives locales
- Porter des projets en partenariat avec les institutions et les offreurs de soins.

Composé d'une quarantaine de collaborateurs, le GCS est organisé autour de 3 pôles :

1. Pôle infrastructure : chargé du maintien opérationnel et de l'évolution des infrastructures du système d'information régional,
2. Pôle études et actions pilotes : dédié à la création et au développement des services numériques,
3. Pôle déploiement : dont le rôle est l'accompagnement l'expertise et le conseil aux acteurs de santé.

Ce dernier pôle est l'interlocuteur des acteurs du système de santé dans les 12 départements de la région, dont la Haute-Loire. Sept animateurs territoriaux sont référents pour un département pour accompagner à l'utilisation des services et des outils proposés par le GCS.

Trois outils sont proposés par le GCS SARA pour l'offre de télémédecine afin de réaliser des actes dans le cadre des soins programmés et des soins d'urgence.

- ESTELA est une plateforme de téléconsultation de haute qualité pour différentes spécialités, co-financée par le fonds européen FEDER.
- MONSISRA est un outil de téléconsultation et de téléexpertise, lié à la messagerie sécurisée de santé, qui offre plus de mobilité pour les professionnels de santé libéraux ou les petites structures.
- E-CONSULT SARA est une application de téléconsultation directe entre le médecin et le patient, à installer sur smartphone ou tablette si le patient ne peut pas se connecter par ordinateur.

1.4 L'avant et l'après-COVID : hausse des usages et légitimation de la télémédecine

Lors de l'épidémie de COVID 19 et dès l'annonce de l'état d'urgence sanitaire, l'Etat a souhaité accélérer le recours à la téléconsultation et au télésoin dans un contexte où l'accès aux soins était devenu difficile. La première fiche « Réponses rapides dans le cadre du

COVID 19 – Téléconsultation et télésoin »¹⁵ validée par le collège de la HAS le 1^{er} avril 2020 fixe quatre priorités :

- **Réponse rapide n°1** : assurer une prise en charge à domicile pour les patients présentant les symptômes de l'infection ou reconnus atteints du COVID-19 ;
- **Réponse rapide n°2** : faciliter l'accès aux soins, y compris en cas de besoin de prise en charge aiguë ;
- **Réponse rapide n° 3** : assurer une continuité de prise en charge chez les patients ayant une maladie chronique ; en période de confinement impliquant une limitation des déplacements ;
- **Réponse rapide n°4** : protéger les professionnels de santé de l'infection ainsi que les patients qu'ils prennent en charge.

1.4.1 Un assouplissement de la réglementation

Le décret n°2020-227 du 9 mars 2020 et le décret n°2020-277 du 19 mars 2020 sont venus assouplir les règles de facturation des actes de téléconsultation pris en charge jusqu'alors sous certaines conditions par l'assurance maladie :

- Levée du respect du parcours de soins coordonné et de la connaissance préalable du patient (décret du 9 mars 2020) pour les patients infectés ou susceptibles de l'être. Prise en charge à 100% de l'acte.
- Maintien à domicile avec un suivi médical renforcé : remboursement des actes de télésoin réalisés par des infirmiers diplômés d'Etat dans le cadre du télésuivi des patients atteints de l'infection. Levée de la condition de connaissance préalable du patient et de l'obligation de vidéotransmission (décret du 19 mars 2020)
- Autorisations des consultations par téléphone pour les patients atteints ou suspectés COVID, ou patients en affection longue durée ou âgés de plus de 70 ans sans moyen vidéo.

Le télésoin, forme de pratique de soins à distance, a ensuite été autorisé largement aux professionnels de santé (pharmaciens, sages-femmes, kinésithérapeutes, orthophonistes, podologues...). Prévu par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, aucun décret n'avait été publié jusqu'alors pour le mettre en vigueur. La direction de l'assurance maladie envisage le maintien provisoire de

¹⁵ Fiche disponible sur internet : www.has-sante.fr

ces actes dans un cadre dérogatoire afin que leur appropriation par les professionnels de santé et les patients s'inscrive dans la durée.

1.4.2 Une explosion des actes de téléconsultation

Les médecins généralistes de ville ont eu largement recours à la télémédecine durant la période. Les entreprises privées de télémédecine se sont mobilisées pour mettre à disposition des outils sécurisés à destination des professionnels de santé. Beaucoup ont mis gratuitement à disposition leur plateforme pendant la durée de la crise et ont assuré la mise en place d'équipements et la formation nécessaire à la réalisation des actes.

Le Ministère a publié dès le 19 mars 2020 une liste de 104 solutions¹⁶ disponibles en télésanté afin de guider les professionnels dans leur choix, dont la solution MonSisra. Pour chaque outil, plusieurs critères sont évalués et une note sur la sécurité de la solution est attribuée.

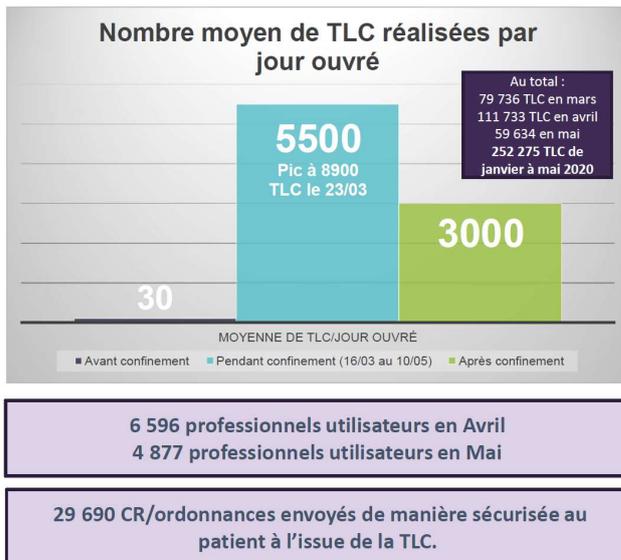
Avant la crise sanitaire début mars, l'assurance maladie comptabilisait moins de 10 000 téléconsultations par semaine et plus 486 000 ont été enregistrées dans la semaine du 23 au 29 mars.

1.4.3 Téléconsultations en région Auvergne-Rhône-Alpes

Dans un communiqué de presse conjoint du 2 avril 2020, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et le GCS SARA indiquaient que l'assouplissement des règles de téléconsultation depuis le 10 mars avait démultiplié les usages de la téléconsultation (moyenne quotidienne de 5 500 téléconsultations pendant la période de confinement).

Les établissements de santé de la région ont ainsi réalisé 4 500 téléconsultations au mois de mars, grâce au logiciel Monsisra proposée par le GCS SARA. Les établissements ont pu limiter les déplacements des patients ne présentant pas des symptômes graves et ne nécessitant pas d'hospitalisation, mais également effectuer le suivi classique de patients à leur domicile. Plus spécialement, le CHER a réalisé le suivi à domicile des patients COVID asymptomatiques en incluant dans le protocole une téléconsultation à 6 et 12 jours après la positivité du test.

¹⁶ Tableau de référencement des solutions disponible sur internet : <https://esante.gouv.fr/actualites/solutions-téléconsultation>



Top 10 des structures engagées (16/03 au 10/5)

Rang	Spécialité	TLC Cumul
1	Médecine Générale	2432
2	Endocrinologie et métabolisme	2263
3	Neurologie	2166
4	Anesthésie-réanimation	2082
5	Pédiatrie	2062
6	Oncologie option médicale	1891
7	Psychiatrie	1654
8	Sage-Femme	1578
9	Gynécologie-obstétrique	1183
10	Chirurgie orthopédique et traumatologie	1122

Top 10 des professions libérales engagées (16/03 au 10/5)

Rang	Spécialité	TLC Cumul
1	Médecine Générale	124195
2	Psychiatrie	10344
3	Sage-Femme	8727
4	Masseur-Kinésithérapeute	8593
5	Médecine du travail	3574
6	Pédiatrie	3176
7	Orthophoniste	2760
8	Dermatologie et vénéréologie	2461
9	Endocrinologie et métabolisme	2360
10	Infirmier	2334

Sur un plan qualitatif, le passage de 30 à 5 000 téléconsultations quotidiennes dès la mi-mars 2020 a entraîné des impacts organisationnels et techniques majeurs pour le GCS SARA qui a dû s'adapter très rapidement au changement de flux.

Dans un délai très court après l'assouplissement de la réglementation, des actions de communication, de formation, d'assistance et d'accompagnement ont dû être réalisées auprès des institutionnels et des utilisateurs. Par exemple, une équipe dédiée à la formation a été constituée pour proposer des « webinaires¹⁷ » aux utilisateurs. Plusieurs personnes ont été redéployées pour la création des comptes SISRA et l'accompagnement à la réalisation des téléconsultations, et proposer une assistance 7j/7 en mars et avril 2020.

Techniquement, il a fallu adapter le support pour permettre la réalisation de téléconsultations en simultané toujours plus nombreuses. L'application elle-même a connu dix versions successives afin d'optimiser les temps de chargement, d'améliorer l'ergonomie du produit et de corriger les anomalies de fonctionnement du programme.

2 Premières utilisations au Centre Hospitalier Emile Roux : des conventions de télémédecine en réponse aux besoins d'un hôpital de recours isolé dans son territoire

Le Centre Hospitalier Emile Roux (CHER) du Puy-en-Velay est un hôpital de recours. Il s'est engagé dans la pratique de télémédecine dès 2016 conformément à ce qui était écrit

¹⁷ Séminaires dont les participants communiquent à distance via internet

dans le projet d'établissement 2016-2021 : « La télémédecine ; outil incontournable aux évolutions de la prise en charge médicale et de soins ».

Dans le contexte de l'expérimentation, plusieurs projets médicaux utilisant la télémédecine ont été formalisés et ont fait l'objet de conventions signées avec l'ARS pour la réalisation de téléconsultations ou téléexpertises avec le CHU de Clermont-Ferrand et le CHU de Saint-Etienne. L'établissement est également inscrit au programme ETAPES pour la réalisation d'actes de télésurveillance avec le service de cardiologie. Mais c'est seulement depuis 1 an et afin d'assurer la permanence de soins dans le cadre de l'urgence que le CHER a fait appel à la société IMADIS, prestataire en téléradiologie.

2.1 La Haute-Loire est un département rural avec une population vieillissante, connaissant des difficultés d'attractivité médicale

2.1.1 La Haute-Loire est un département rural, diversement peuplé et vieillissant

La Haute-Loire est un département de la région Auvergne-Rhône Alpes, le moins peuplé juste avant le Cantal, représentant moins de 3% de la population régionale.

Au dernier recensement de 2017, le département comptait 227 283 habitants, pour une densité de 45,7 h/km², deux fois moins élevée que la moyenne nationale de 105,1¹⁸.

Le taux brut de natalité est en baisse sur la période 2012-2017 (9,6 naissances pour 1 000 habitants) et se situe pour la première fois en dessous de 10. Bien que le taux d'évolution de la population soit de 0,13 sur la période 2012-2017 pour 0,4 en France, porté par le solde migratoire, le taux d'évolution du solde naturel est négatif (-0,15 pour 0,33 en France). Les personnes âgées de plus de 65 ans représente plus d'un quart de la population (26,3%) pour une moyenne régionale de 19%. A l'horizon 2050, elles représenteront un tiers de la population. L'indice de vieillissement pour le département est de 104 personnes de 65 ans et plus pour 100 de moins de 20 ans, alors que l'indice national est de 80,47 en 2017. C'est donc un département vieillissant.

Sur le plan économique, il existe deux principaux bassins d'emplois autour du Puy-en-Velay et de Brioude, générant deux bassins de peuplement. En dehors de ces zones, le nord-est du département présente les zones de population les plus dynamiques, car il profite de la zone d'attractivité économique du sud de la Loire et de l'étalement urbain stéphanois. La Haute-Loire est donc dans l'ensemble un département rural, avec des zones très faiblement peuplées. Il compte seulement 9 communes entre 3 000 et 10 000 habitants, seul le chef-lieu du département avoisine les 20 000 habitants.

¹⁸ Source INSEE 2017

Le réseau routier est constitué pour l'essentiel de routes nationales et départementales qui rendent les temps de déplacement assez longs, surtout dans les zones montagneuses au nord et à l'ouest du département avec des cols à plus de 1 000 mètres.

2.1.2 Un état de santé correspondant aux tendances nationales

En Haute-Loire, le taux de mortalité sur la période 2007-2013 est de 856,5 pour 100 000 habitants (taux national de 801,1 et taux régional de 770,8), taux le plus élevé de la région derrière le département du Cantal. C'est le reflet non seulement du vieillissement de la population, mais également d'un taux de prévalence important des maladies chroniques. Fin 2014, le taux de personnes affiliées au régime général et ayant au moins une ALD était de 19,4 % en Haute-Loire pour un taux régional de 16,9%.

	Taux de mortalité (2007-2013)	
	Haute-Loire	France
Cancer	231,9	229,1
Maladies cardio-vasculaires	226	208,4

Le nombre d'Affection Longue Durée permet d'évaluer, en la sous-estimant, la prévalence de certaines maladies chroniques.

	ALD pour 100 000 habitants	
	Haute-Loire	Région
Diabète (incidence)	3632,7	3755,8
Maladies respiratoires (incidence)	670	560,5
Maladies psychiatriques (prévalence)	3580,7	2297

Source : Guide régional / Stratégie et parcours « Données de santé » - Décembre 2017

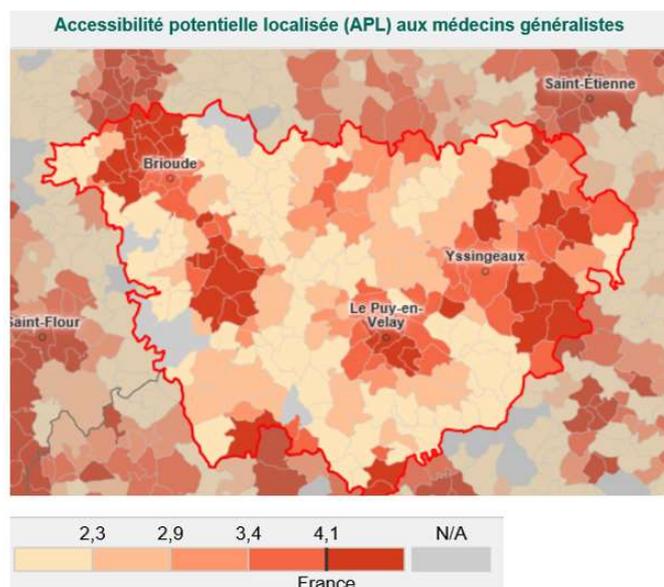
2.1.3 Si le taux de médecins généralistes est satisfaisant, les médecins spécialistes sont plus difficile d'accès

En 2018, on recensait 183 médecins généralistes libéraux en activité en Haute-Loire, soit 81 médecins pour 100 000 habitants (taux régional à 79). Cependant, l'accessibilité potentielle localisée (APL)¹⁹ est très contrastée suivant les zones. Elle est le plus souvent

¹⁹ APL : mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin, en général la commune (DREES)

située entre 0 et 3,4 visites par habitant et par an sur les territoires identifiés comme faiblement peuplés (nord et sud-ouest du département). La moyenne nationale est de 4,1 visites par habitant et par an.

Si le nombre de médecins généralistes est encore satisfaisant, on dénombre 22 médecins de moins depuis 2006, soit -10,7 % des effectifs.



En 2018, 193 médecins spécialistes étaient inscrits à l'ordre des médecins de Haute-Loire. 123 avaient moins de 60 ans et 93 étaient salariés de structures hospitalières. Une vingtaine de spécialistes sont également regroupés au Centre de Consultations Médicales à Yssingeaux qui dépend de l'Hôpital Privé de la Loire implanté à Saint-Etienne (groupe Ramsay Générale de Santé). Depuis 2016, ce centre permet de recruter au plus près, de la patientèle relevant de spécialités médico-chirurgicales ciblées dans cette zone à la population dense et jeune (bassin intermédiaire de santé d'Yssingeaux).

2.1.4 L'offre du CHER et sa position dans le GHT Haute-Loire

Situé dans un bassin sanitaire de 150 000 habitants, le rayonnement du CHER va au-delà des frontières départementales. Son ancrage territorial est stratégiquement singulier à la jonction du brivadois et de l'Yssingelais et proche du nord de la Lozère et de l'Ardèche. Sur le même territoire de santé que le CHER, la Clinique Bon Secours offre une alternative à la prise en charge publique.

Le CHU de référence régionale est celui de Clermont-Ferrand car la Haute-Loire était rattachée à l'ancienne région Auvergne. Le CHER a développé des coopérations multiples avec ce CHU de par son ancienne appartenance à la même région et pour la gestion des

emplois médicaux, notamment les internes. Toutefois, les voies naturelles de circulation conduisent de nombreux patients du nord-est du département à se tourner vers le CHU de Saint-Etienne ou les hôpitaux et les cliniques privées du bassin stéphanois. Ces données géographiques ont une influence particulière en termes d'activité, d'organisation de l'offre de soins et de coordination des prises en charge.

Le centre hospitalier Emile Roux, établissement support du GHT Haute-Loire, est le seul établissement du GHT qui propose une offre complète en médecine, chirurgie et obstétrique. Il connaît depuis cinq ans une dynamique d'activité soutenue par le recrutement de jeunes médecins qui a permis de spécialiser les services de médecine et de chirurgie²⁰. L'effectif global fin 2019 est de 1 725 salariés dont 163 médecins.

	2017	2018	2019	Evolution 2017/2019
Séjours MCO	26 594	27 517	29 227	+9,9%
Séances ambulatoires	21 406	21 762	23 448	+9,53%
HAD	339	413	461	+35,98%
Dossiers externes	149 551	154 803	166 200	+11,13 %

Le CH de Brioude, au nord-ouest du département propose une offre en médecine et chirurgie, mais connaît une fuite d'activité due à des difficultés de recrutement de personnel et à la proximité de deux centres hospitaliers, celui d'Issoire situé à 20 minutes et le CHU de Clermont-Ferrand à 40 minutes.

Les 3 autres hôpitaux du GHT sont des établissements de proximité.

	CH Yssingeaux	CH Craponne sur Arzon	CH de Langeac
Distance du CHER	30 minutes	43 minutes	46 minutes
Lits médecine	25	21	25
Lits SSR	15		
Lits EHPAD / USLD	171	166	200

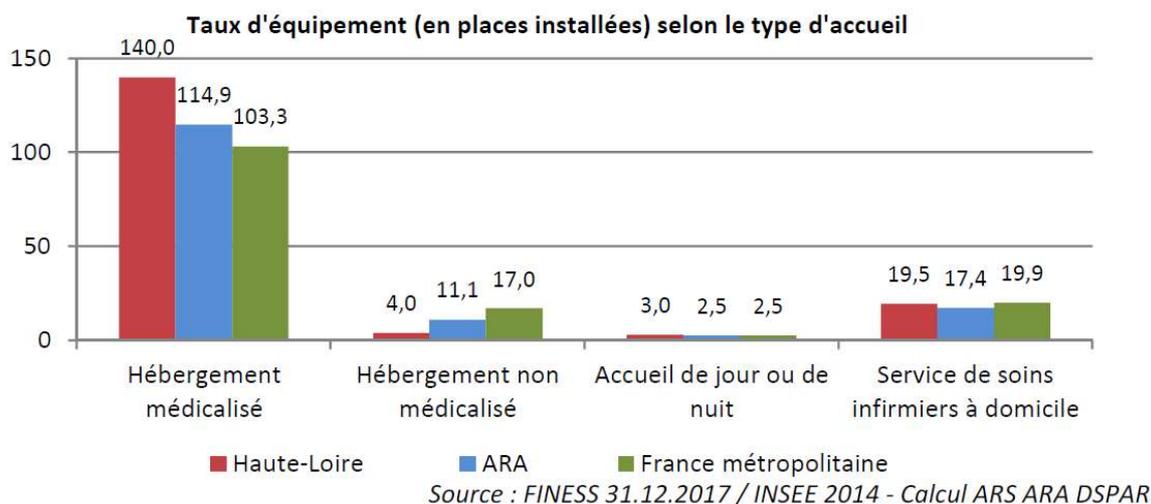
Toutefois, le taux de fuite est de 46% pour les séjours, dû à la proximité des hôpitaux de la Loire pour le nord-est du département et du CHU de Clermont-Ferrand pour le nord-ouest, zones denses en population exceptée celle du Puy-en-Velay.

²⁰ ANNEXE 2 : Capacités du CHER

2.1.5 Les EHPAD et les cabinets infirmiers du territoire

Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)

Le département de la Haute-Loire compte 49 EHPAD offrant 3 749 places. L'ensemble des EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur, même si certains occupent la fonction dans plusieurs établissements. Le taux d'équipement en hébergement médicalisé pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus, est de 140 pour le département de la Haute-Loire, de 114,9 pour la région et de 103,3 pour la France métropolitaine. Il est donc plutôt favorable à une prise en charge correcte des personnes âgées et pour faire face à l'augmentation prévisible des demandes induite par le vieillissement de la population.



38 EHPAD sont situées à plus de 15 minutes du service des urgences du CHER.

Les infirmiers

Fin 2019, 459 infirmiers exerçaient en Haute-Loire dont 60% a moins de 50 ans. C'est donc une population plutôt jeune qui connaît depuis 2010 une évolution dynamique comparable à l'évolution nationale (+41%).

Le taux d'équipement se situe à 20 infirmiers pour 10 000 habitants pour un taux national de 15 infirmiers. Cependant, le nombre d'actes par infirmier (6916) est inférieur de 20% à la moyenne nationale. En revanche, la part liée aux déplacements dans les honoraires est supérieure de 9% à la part observée au niveau national. Il existe donc un maillage important d'infirmiers mais qui doivent parcourir plus de distance pour délivrer leurs soins afin de garantir un niveau de revenu correct. Cette situation pourrait être optimisée par la pratique du télésoin.

Nombre total d'infirmiers et leur répartition par tranche d'âge au 31/12

Catégorie	Nombre		%	
	Haute-Loire	France	Haute-Loire	France
Moins de 40 ans	159	32 442	34,6	32,8
40 à 49 ans	158	31 975	34,4	32,3
50 à 54 ans	69	13 103	15,0	13,2
55 à 59 ans	53	13 687	11,5	13,8
60 ans et plus	20	7 718	4,4	7,8
Total	459	98 925	100,0	100,0

Source : FNPS - 2019

2.2 Un projet en adéquation avec les expérimentations nationales : la prise en charge de l'AVC

2.2.1 Partenariat et convention

La prise en charge de l'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique faisait déjà partie des priorités de la stratégie de déploiement de la télémédecine en 2011. Elle constitue une des orientations régionales du PRT 2012-2016 de la région Auvergne en adéquation avec le projet régional de santé. Augmenter le taux de thrombolyse chez les patients éligibles est un des objectifs. L'hôpital Emile Roux a pu mettre en place une organisation répondant à cette prise en charge à compter de juillet 2016 par convention avec le CHU de Clermont-Ferrand, coordonnateur du projet TELEMAAC (Télémédecine Auvergne Accidents Cérébraux), le GSC SIMPA qui porte la plateforme de télémédecine régionale, et l'ARS.

2.2.2 Objectifs et organisation

Le CHER accueille annuellement un peu plus de 400 patients pour un accident vasculaire cérébral dont un quart pour des AVC ischémiques.

Avant l'arrivée du dispositif TELEMAAC en 2016, il n'y a pas au CHER la possibilité d'obtenir un avis neurologique sur la tranche horaire 18h30-8h30 en semaine et du vendredi soir 18h30 jusqu'au lundi matin à 8h30. Les patients susceptibles de bénéficier d'un traitement par fibrinolyse sont évacués vers le CHU de Saint-Etienne.

En 2016, l'hôpital ne disposait pas non plus d'une unité neurovasculaire, le service de neurologie compte alors 14 lits d'hospitalisation et 4 lits de surveillance continue.

La convention vise 3 objectifs :

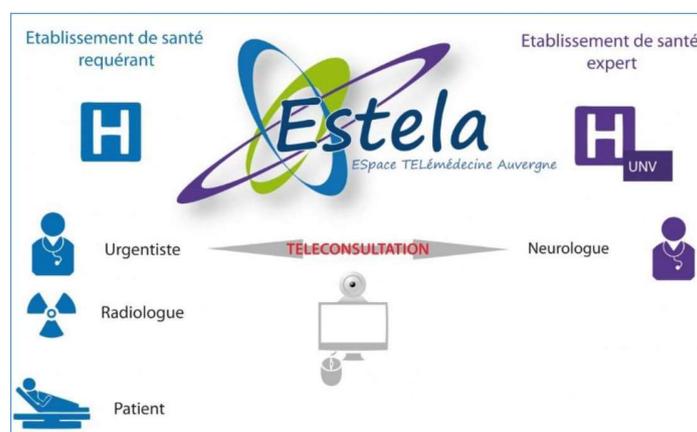
- Améliorer la prise en charge des patients victimes d'AVC admis dans le service d'urgence du CHER dans les toutes premières heures suivant l'apparition des symptômes par l'accès à un diagnostic neurologique 7 jours sur 7 et 24h/24h et par la possibilité d'un traitement rapide sans transfert vers l'UNV de recours à Clermont-Ferrand.
- Améliorer la connaissance de la pathologie vasculaire cérébrale (formation des urgentistes, implication des radiologues à la réalisation d'image cérébrales et vasculaires de qualité, formation des paramédicaux à la prise en charge de l'AVC)
- Expérimenter l'activité de télémedecine pour un développement ultérieur en région Auvergne en proposant un modèle d'organisation médicale.

La solution technique

Les praticiens du SAU disposent d'une station fixe COVALIA-COVOTEM™ installée dans un box dédié aux urgences. Cette activité s'appuie sur les plateformes TELEMAAC et ESTELA (Espace Télémédecine Auvergne). L'abonnement pour l'utilisation de la station COVOTEM est de 2 508 € par an.

En période d'astreinte (nuit et week-end), les médecins urgentistes du CHER peuvent solliciter l'avis du neurologue de garde au CHU de Clermont-Ferrand quant à la meilleure thérapeutique pour un patient victime d'accident vasculaire cérébral. Sur indication du neurologue, les urgentistes peuvent le cas échéant débiter le traitement intraveineux pour la fibrinolyse.

Les neurologues du CHER participent à la garde régionale qui garantit la pérennité du dispositif pour les hôpitaux auvergnats qui l'utilisent outre le Puy-en-Velay (Montluçon, Vichy, Aurillac, Saint-Flour, Thiers).



2.2.3 Bilan quantitatif et qualitatif

Ci-après le nombre de téléconsultations réalisées depuis la mise en place de la convention :

Année	2017	2018	2019	1 ^{er} semestre 2020
Nombre de séjours AVC ischémiques	90	111	122	39
Nombre de téléconsultations	26	23	29	15
Patients traités par fibrinolyse après téléconsultation	9	8	3	6

Les patients traités par fibrinolyse étaient surveillés dans le service de réanimation jusqu'à l'ouverture au CHER d'une unité neuro-vasculaire en 2018. 4 lits de soins intensifs au sein de cette unité permettent actuellement le suivi des patients traités par du personnel dédié et formé à la prise en charge des AVC. La présence d'un nombre de neurologues à temps plein sur l'hôpital a conditionné l'ouverture de cette unité. Son activité repose aussi sur la prise en charge par télé médecine des patients sur les périodes d'astreinte, cette pratique a été un préalable à l'ouverture.

2.3 Autres conventions de téléconsultations et téléexpertise en soins spécialisés

2.3.1 Convention de télé médecine en oncogénétique

Projet médical

La convention, signée en avril 2016, vise à améliorer la qualité des soins en développant la prévention des cancers sur le territoire. Des consultations en oncogénétique sont proposées avec un onco-généticien du Centre Jean Perrin, Centre de Lutte Contre le Cancer de l'ancienne région Auvergne.

Les patients sont adressés vers cette consultation en télé médecine par leur médecin qui juge utile de rechercher des éventuels facteurs génétiques susceptibles d'entraîner un cancer. La zone de recrutement est l'ensemble du département de Haute-Loire.

Organisation

Trois à quatre rendez-vous de téléconsultation sont organisés par mois par le service d'oncologie du CHER. Ils sont réalisés par le biais de la plateforme ESTELA. Il y a actuellement plus de 6 mois d'attente pour les rendez-vous.

Plusieurs familles ont pu ainsi bénéficier d'un dépistage précoce concernant les déterminants génétiques de certains cancers, comme ceux du sein et du rein.

2.3.2 Autres conventions de téléexpertise

D'autres conventions ont été signées en partenariat avec les CHU afin d'améliorer les délais et l'accès des patients à une prise en charge pluridisciplinaire :

- Convention de télé médecine en neurochirurgie avec le CHU de Clermont-Ferrand via la plateforme Estela (2016) : demande d'avis en neurochirurgie suivant deux degrés d'urgence décrits au projet médical
- Convention de télé médecine en pneumologie avec le CHU de Saint-Etienne (2016).

A ce jour, ces conventions n'ont pas donné lieu à des demandes de téléexpertise de la part des praticiens du CHER, d'autres canaux étant privilégiés (demande en interne ou auprès d'autres confrères d'établissements extérieurs).

2.4 Télésurveillance en cardiologie dans le cadre du programme ETAPES

Le programme ETAPES a permis de formaliser au sein du service de cardiologie du CHER une pratique déjà ancienne de télécardiologie pour les stimulateurs implantables. Elle permet de surveiller à distance et quotidiennement l'activité du stimulateur implanté chez le patient.

2.4.1 Partenariats et conventions

Des conventions ont été signées entre l'établissement et quatre laboratoires médicaux²¹ proposant un modèle de pacemaker (PM) muni d'un transmetteur pour communiquer automatiquement sans fil avec l'appareil implanté et transmettre les données à un serveur web sécurisé du laboratoire. Chaque pacemaker est adapté à une pathologie et il est implanté en fonction des troubles du rythme cardiaque du patient.

2.4.2 Objectif et organisation

Les patients porteurs de pacemaker nécessitent un suivi en consultation avec un cardiologue à 12 ou 18 mois après la pose. Auparavant, le cardiologue ne disposait d'aucune information concernant la vie du patient dans l'intervalle, sauf en cas de crise aiguë, parfois fatale, ou de symptômes alertant le patient. Depuis la mise en place de la télésurveillance, des données sont envoyées immédiatement au médecin en fonction d'alertes prédéfinies, par exemple une fibrillation ou l'usure de la batterie. Le médecin est alors averti par mail ou message que des données sont disponibles pour tel patient sur le site sécurisé ouvert par le laboratoire au praticien. S'il le juge nécessaire, le cardiologue

²¹ Les 4 laboratoires sont Biotronik, Boston Scientific, Medtronic et Abbot

recontacte le patient pour vérifier si le patient présente des symptômes et lui propose une consultation ou une hospitalisation le cas échéant.

L'objectif principal est d'anticiper la survenue d'un évènement grave en surveillant des tracés échographiques anormaux qui peuvent s'avérer asymptomatiques pour le patient.

Des études ont démontré que la télésurveillance débouche fréquemment sur la mise en place de traitements préventifs (anticoagulant, anti-arythmiques), qu'elle réduit le risque d'AVC et de décompensation cardiaque.

2.4.3 Bilan qualitatif et quantitatif

La télésurveillance a un impact bénéfique pour le patient à plusieurs titres. Bien sûr, elle permet d'anticiper une aggravation de son trouble cardiaque, mais elle lui apporte un sentiment accru de sécurité en lien avec la présence au domicile de l'appareil qui fait le lien quotidiennement avec le médecin. Elle évite aussi de « perdre de vue » des patients qui ne viennent plus en consultation de suivi. Aujourd'hui, la télésurveillance qui fonctionne avec le réseau GSM à minima est proposée presque systématiquement sauf pour les patients habitant dans des zones non couvertes. Même les patients les plus âgés s'adaptent à cette nouvelle technologie.

Le cardiologue du CHER, le D. de Tauriac, souligne « que la télésurveillance permet de garder des compétences en interne en effectuant le suivi et le traitement des alertes ». Il souhaiterait à l'avenir associer le personnel paramédical à cette activité après l'obtention d'un diplôme universitaire en rythmologie. En effet, la généralisation de la technique devient chronophage pour un seul médecin, l'assistance de l'IDE permettrait de faire un premier tri des données et vérifier l'état de santé du patient.

Depuis 2018, le programme ETAPES permet la facturation de cette pratique à l'assurance maladie et de rémunérer les différents intervenants : les professionnels de santé et le fournisseur de la solution de télésurveillance (son dispositif figurant sur la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie). Le médecin du CHER peut facturer par patient « télésurveillé » un forfait TSM de 65 € tous les 6 mois. Une seule visite par an en présentiel à l'hôpital est obligatoire.

	2018	2019	Au 31/07/2020
Forfaits TSM facturés	232	252	191
Recette	15 080 €	16 380 €	12 415 €

2.5 Assurer la permanence des soins en imagerie

Depuis juillet 2019, le CHER utilise les services de la société IMADIS afin d'assurer la permanence des soins de 18h30 à 8h lorsque l'un des radiologues de l'hôpital ne peut assurer l'astreinte de nuit.

Plus spécialement, les médecins du service des urgences font appel au télédiagnostic pour l'interprétation des actes d'imagerie (radiologie conventionnelle, scanner et IRM). Les radiologues envoient un compte rendu qui sera inséré dans le dossier patient informatisé. La pérennisation de la prestation justifie la mise en place prochaine d'une interface afin d'automatiser cette opération.

La téléradiologie permet de pallier l'insuffisance de médecins radiologues dans les établissements de santé tout en limitant les surcoûts par rapport à une astreinte des radiologues salariés ou par du personnel intérimaire.

2.5.1 Partenariat et convention

Le RESAH a conclu en 2018 un accord cadre « Plateforme de téléradiologie et réalisation de prestations intellectuelles »²² avec le groupement constitué des sociétés IMADIS qui intervient pour la prestation médicale et DEEPLINK MEDICAL qui fournit la plateforme de radiologie ITIS®. Le CHER a signé une convention de service d'achat centralisé avec le RESAH le 23 mai 2019 moyennant une contribution annuelle de 5 000 € par année d'exécution pour l'utilisation de la plateforme de radiologie

2.5.2 Objectif et organisation

L'objectif de cette prestation est d'assurer une permanence des soins par une astreinte radiologique en urgence la nuit en alternance avec les radiologues de l'hôpital (18h30 – 8h00). Un radiologue du CHER reste en astreinte opérationnelle pour la réalisation des échographies lorsque Imadis assure la permanence de nuit. Leur équipe de garde est constituée de 125 médecins radiologues situés sur deux sites à Lyon et Bordeaux.

Les médecins du CHER, utilisateurs de la plateforme, ont bénéficié d'une formation théorique et pratique sur site, ainsi que d'une formation en e-learning en téléradiologie pour un coût de 15 700 €. Cette formation était un préalable avant le début de la prestation.

Dans le cas où l'astreinte est assurée par la société Imadis sans présence de radiologue en salle d'imagerie, deux dispositifs ont été mis en place afin d'organiser la surveillance médicale du patient accueilli aux urgences lors de son examen en imagerie pendant la nuit,

²² Accord cadre n°2018-039 conclu par le RESAH

La facturation mensuelle des astreintes est réalisée sur la base :

- D'un forfait de 70 € par astreinte
- Des actes réalisés pendant la période (cotation CCAM)
- D'un forfait de 2,40 € par dossier traité pour l'utilisation de la plateforme.

2.5.3 Bilan de la prestation

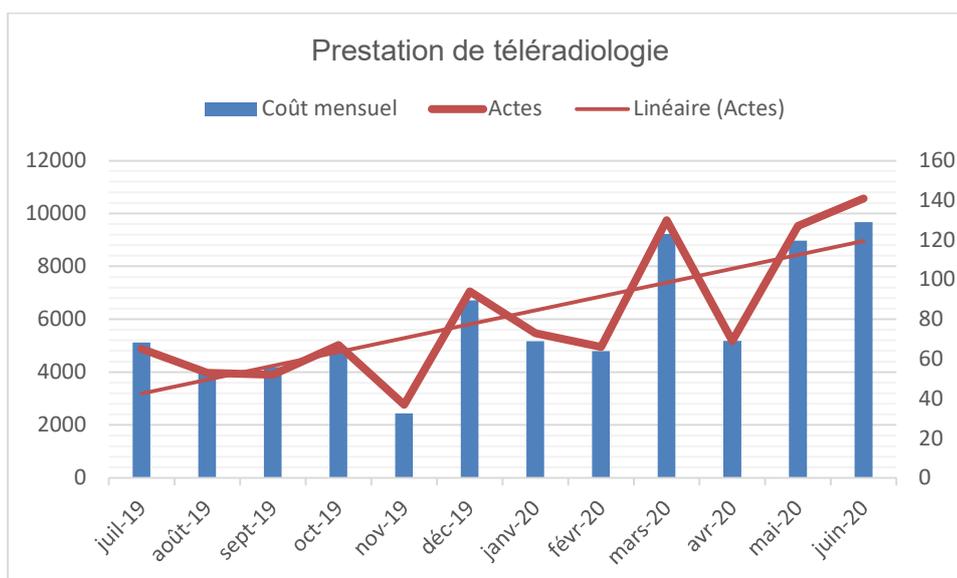
Depuis la mise en place au 1er juillet 2019 et jusqu'au 30 juin 2020, la société a pris le relais de la permanence de nuit 155 fois sur 366 nuits, soit plus d'une nuit sur trois. La prestation donne entière satisfaction pour les utilisateurs sur un plan qualitatif et sur le délai d'exécution. Les radiologues de la société Imadis sont attentifs aux demandes, conseillent sur les examens à réaliser et délivrent un compte rendu dans les 15 minutes après la réalisation de l'acte d'imagerie.

Le nombre d'astreintes, ainsi que le nombre d'actes facturés réalisés par Imadis sont en hausse sensible (+56 % pour les astreintes et +64 % pour les actes entre le premier et le deuxième semestre). De plus, il n'existe plus de freins à la demande d'examens pendant l'astreinte, liés par exemple à la crainte de surcharger le radiologue du CHER en astreinte ou de le déranger trop souvent dans la nuit.

Pour la première année d'utilisation, le surcoût pour le CHER se décompose ainsi :

	1 ^{er} semestre	2 ^{ème} semestre
Adhésion RESAH (par an)	5 000 €	
Formation initiale (au démarrage)	15 700 €	
Surcoût prestation Imadis par rapport à une astreinte en interne	7 749 €	12 097 €
Abonnement plateforme de téléradiologie (408 € / mois)	2 448 €	2 448 €
TOTAL	45 442 €	

Sur la base de l'activité du premier semestre 2020, le simple surcoût lié à la prestation passerait de 19 846 € à 24 194 € pour l'année entière.



Il est indéniable que le prestataire a pris aujourd’hui sa place dans l’organisation des soins comme le démontre la progression des dossiers traités. Toutefois, l’enjeu pour l’établissement est de maîtriser la demande des examens auprès de la société en astreinte, l’offre suscitant la demande.

Ces cinq dernières années, le CHER s’est engagé dans la télémédecine par différentes modalités. L’apport en qualité de soins est sensible, le TELAMAAC a même été un préalable à l’ouverture de l’unité neuro-vasculaire en 2019.

La téléradiologie a permis la continuité du service public pour pallier le manque de médecins radiologues volontaires pour les astreintes de nuit. Concernant un corps en tension comme celui des radiologues, l’exercice groupé via une plateforme de radiologie risque de devenir une pratique courante, les médecins laissant le soin aux établissements d’investir dans les équipements lourds. Cela leur permet de choisir leur temps de travail et de concilier activité salariée et activité libérale.

La stratégie MaSanté2022 oriente à présent les professionnels de santé à développer leur stratégie digitale afin de participer à la transformation du système de santé. Le développement des maladies chroniques, effet conjugué du vieillissement de la population et des progrès thérapeutiques, oriente l’organisation du système de santé autour des parcours de soins centrés sur le patient. Le décroisement entre les acteurs du parcours et leur nécessaire coopération s’imposent, alors que le manque de ressources médicales rend le temps médical précieux qui doit être optimisé.

C’est également dans le contexte de la mise en place des premiers projets médicaux et de soins partagés, élaborés par chaque Groupement Hospitalier de Territoire, que la télémédecine doit s’inscrire dans l’organisation de soins gradués au sein du territoire.

3 Une télémédecine plus mobile grâce au logiciel MonSisra. Quelles opportunités et quels nouveaux usages pour le CHER ?

A n'en pas douter, au regard de l'avancée de la télémédecine dans le secteur ambulatoire pour les pays qui l'ont inscrite dans le parcours de soins depuis plusieurs années, cette pratique offre désormais des perspectives prometteuses pour les professionnels de santé de ville. Les établissements de santé ne doivent pas rester en marge et doivent se positionner comme offreur de soins spécialisés intégré dans un réseau hôpital, médico-social et ville. Ils doivent rester proactif afin de préserver leur part de marchés face à la concurrence.

3.1 Le déploiement du logiciel MonSisra

3.1.1 L'installation réussie de la Messagerie Sécurisée de Santé dans la Haute-Loire, un préalable à la réalisation d'actes de télémédecine en mobilité

Mon Sisra est l'application développée par le GCS SARA qui regroupe une messagerie sécurisée de santé (MSS) et un portail d'accès aux services régionaux e-santé. Moteur dans les actions e-santé, le GHT 43 finance depuis 2018 0,5 ETP de technicien informatique pour déployer la messagerie sécurisée de santé MonSisra dans l'ensemble du département de la Haute-Loire, pour tous les professionnels de santé qui en font la demande. Cette messagerie sécurisée a vocation à être déployée dans l'ensemble de la région Auvergne-Rhône Alpes.

C'est un préalable à l'utilisation de l'outil de télémédecine associé.

Tous les médecins du CHER disposent aujourd'hui de la messagerie qui est à présent déployée vers d'autres utilisateurs comme les IDE.

Au 31 juillet 2020, le taux d'équipement des médecins libéraux du département (généralistes et spécialistes) est de 90,3% et de 85,7% pour les infirmiers libéraux (2^{ème} position régionale dans les deux cas, et 6^{ème} et 7^{ème} position nationale). 65% des EHPAD disposent également d'une adresse de messagerie sécurisée.

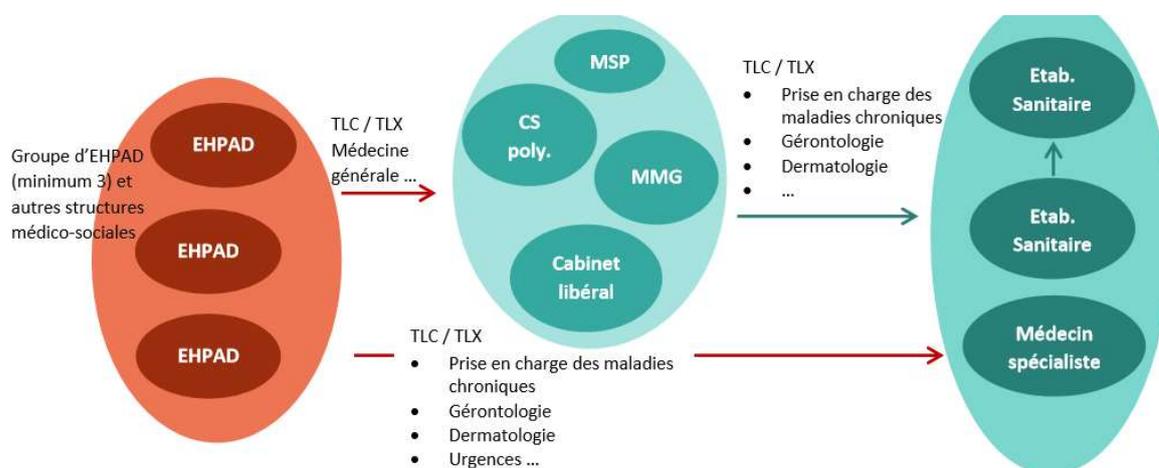
Une véritable coordination et coopération peut donc s'opérer rapidement entre les professionnels de santé de la Haute-Loire en toute sécurité pour l'échange des informations médicales. L'investissement du CHER a réellement contribué à cette possibilité comme le prouvent les positions régionales et nationales en taux d'équipement.

3.1.2 Le GCS SARA accompagne les projets soutenus par l'ARS Auvergne-Rhône Alpes pour le déploiement de la téléconsultation et de la téléexpertise en région

Le Projet Régional de Santé 2018-2023 arrêté par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, afin de sécuriser les parcours de soins, décline deux objectifs opérationnels pour lesquels la télémédecine est un recours à considérer :

- Développer l'accès aux consultations de recours ou d'expertise sur les maladies chroniques, pour les professionnels de santé du médico-social et de ville ;
- Faciliter et améliorer la prise en charge des personnes âgées en structures en développant des dispositifs à distance prenant appui sur les nouvelles technologies.

De façon opérationnelle, l'appel à projet « Expérimentation Télémédecine » lancé en avril 2019 par l'ARS l'Auvergne-Rhône-Alpes vise à accompagner le déploiement d'organisations territoriales de consultations de recours ou d'expertise entre les EHPAD, des professionnels de santé médicaux et/ou des établissements sanitaires comme le décrit le schéma ci-après ²³ :



70 projets ont été présentés, 23 ont été retenus dont celui présenté par le CHER qui a obtenu un financement FIR de 100 000 €.

²³ Appel à Projets « Télémédecine » - ARS Auvergne-Rhône-Alpes

3.2 Le projet territorial de télémédecine porté par le CHER

3.2.1 Un projet inscrit dans la stratégie digitale du CHER

La télémédecine est déjà une pratique médicale inscrite dans le projet d'établissement, comme nous l'avons vu, et à laquelle le CHER a eu recours afin d'améliorer la qualité des prises en charge et d'assurer la permanence des soins la nuit en radiologie, spécialité en tension.

En portant ce projet de télémédecine avec des acteurs du territoire, l'établissement souhaite se positionner dans la continuité de son action en faveur du déploiement de la messagerie sécurisée et des outils numériques associés.

Le directeur de l'établissement indique que « l'hôpital a vocation à diffuser les nouvelles technologies, à les promouvoir et à organiser les compétences pour leur utilisation ».

La conduite de ce projet m'a été confiée lors du stage, épaulée par une cheffe de projet. Le projet présenté regroupe différents professionnels de santé de la Haute-Loire ayant la volonté de recourir à la télémédecine dans l'exercice de leur profession :

- 10 structures médico-sociales
- 2 maisons de santé professionnelles
- 3 cabinets de soins infirmiers
- 2 pharmacies
- Le SDIS de Haute-Loire
- 4 services du CHER : le service de dermatologie, le service d'hospitalisation à domicile, l'équipe mobile territoriale de soins palliatifs et le service de régulation des urgences.

D'une durée d'un an, le projet fait l'objet d'une remontée trimestrielle d'indicateurs significatifs de sa maturité : acteurs inclus, nombre de personnes formées, équipements installés, téléconsultations et téléexpertises réalisées.

3.2.2 Les attentes des acteurs vis-à-vis du CHER

Les premières rencontres avec les établissements et les professionnels de santé ont permis de cerner leurs attentes par rapport à la télémédecine avec les services du CHER.

Le recours facilité à des consultations spécialisées pour des patients isolés géographiquement ou pour les résidents des EHPAD est le premier besoin évoqué.

Le délai d'attente pour un RDV en consultation qui se double d'un déplacement difficile (état de santé, âge, temps de transport ou absence de moyen de transport) est une des raisons

de renoncement aux soins spécialisés. C'est spécialement le cas dans le département de la Haute-Loire étant donné son profil géographique, son peuplement et la faiblesse de la population des médecins spécialistes.

Les EHPAD et les cabinets infirmiers souhaitent ensuite s'approprier la pratique pour entrer plus facilement en contact avec les médecins traitants des résidents et des patients. Il s'agit pour eux d'améliorer le suivi par le médecin généraliste qui n'a pas toujours le temps de faire les visites au domicile.

Enfin, la télémédecine va permettre de faciliter les échanges entre professionnels de santé afin de mieux coordonner le parcours de santé dans le cas du suivi des maladies chroniques ou des plaies par exemple.

Les équipes des EHPAD ont souvent évoqué le besoin de consultations de psychiatrie, mais cette spécialité n'est pas représentée au CHER. C'est le centre hospitalier Sainte-Marie du Puy-en-Velay qui est le principal acteur dans cette spécialité en Haute-Loire. Il a été associé au projet du CHER, alors que son propre projet présenté à l'ARS n'a pas été retenu.

L'outil MonSisra, disponible depuis une tablette, leur semble un atout par rapport aux projets précédents de télémédecine qui nécessitaient le déplacement des patients dans une salle dédiée. La consultation peut donc avoir lieu au plus près du patient s'il ne peut pas être mobilisé, ou difficilement, et évite des organisations lourdes et stressantes. En effet, la dépendance des résidents d'EHPAD s'aggrave de plus en plus car ils arrivent du domicile de plus en plus tard suite à la politique du maintien à domicile.

La gratuité du logiciel est un élément facilitant car l'implication dans le projet ne demande pas un effort financier de la part des acteurs.

Les rencontres ont par ailleurs permis de vérifier les aspects techniques requis pour la faisabilité du projet : équipement informatique (tablettes ou PC), caméra, couverture numérique (WIFI existant ou à créer, abonnement avec clé 4G). Des financements de matériel sont prévus par structure, les achats seront réalisés par le CHER. Le paramétrage des messageries MonSisra a été effectué par le technicien informatique du GHT (création des comptes et des adresses de messagerie pour les intervenants), ainsi que la formation pour l'utilisation de l'outil de télémédecine.

3.2.3 Les projets médicaux proposés par les services du CHER

A. Service de dermatologie

Le service de dermatologie du CHER fonctionne avec deux praticiens et une médecin assistante spécialiste partagée avec le CHU de Clermont-Ferrand. Il a assuré 5 925 consultations en 2019 (+56% en 3 ans) et les délais de rendez-vous sont à six mois. Le docteur Favre a proposé de réserver une plage de 4 consultations par semaine, sur une matinée, pour les résidents d'EHPAD. Les pathologies concernées ciblent les plaies, les lésions tumorales et les éruptions cutanées. Elle conditionne le projet à la présence d'une infirmière à ses côtés afin d'établir le compte rendu de la consultation.

Les premiers tests effectués pour deux patients de l'EHPAD de Saugues partenaire au projet ont été concluants sur le plan technique et médical. Ces téléconsultations ont permis d'envisager une suite dans le traitement des deux patients tout en évitant un transport de deux heures aller et retour pour la consultation initiale. Les premières consultations doivent débiter en routine à compter du 17 septembre.

B. Service d'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le service HAD du CHER est implanté sur l'ensemble du département que l'on peut diviser en 3 zones, chacune sous l'influence de différents hôpitaux. Les temps de trajets sont chronophages, pouvant atteindre plus d'une heure suivant les lieux d'intervention, en raison du réseau routier et des conditions météorologiques en hiver.

Un médecin sénior est responsable du service et un médecin coordinateur est présent à mi-temps. Outre la cadre de santé, sept infirmières interviennent au domicile des patients pour les installations et le suivi. Une astreinte infirmière et une astreinte médicale sont opérationnelles la nuit et les WE. Le service connaît un développement rapide ces dernières années, soutenu par un maillage important d'infirmiers libéraux dans le département (+35% de séjours entre 2017 et 2019).

L'usage du module de téléconsultation viendra compléter les échanges par téléphone avec les IDE au domicile du patient afin d'éviter certains déplacements car il permettra une meilleure évaluation de l'état de santé du patient. Une tablette a été mise à disposition pour l'infirmière et le médecin d'astreinte. La fonction vision sera de plus apprécié car elle facilitera l'organisation des réunions pluridisciplinaires entre médecins et infirmiers libéraux.

C. Equipe Mobile Territoriale de Soins Palliatifs (ETMSP)

Cette équipe est l'extension au territoire de la Haute-Loire de la mission d'expertise en soins palliatifs portée par l'équipe mobile de soins palliatifs du CHER. Composée d'un médecin, de deux infirmières et d'une psychologue, elle a été créée en 2019 et elle est appelée à intervenir dans les établissements médico-sociaux et en appui sur les lits identifiés soins palliatifs (LISP) du département. L'équipe souhaite par ailleurs coopérer avec le service

d'Hospitalisation à Domicile du CHER afin de continuer la prise en soins des patients à domicile.

L'EMTSP pourrait développer l'usage de la télémédecine pour des patients à domicile comme pour des patients en structure, en alternance avec des visites sur place ou pour suivre les patients très éloignés du Puy-en-Velay (exemple des patients en chimiothérapie). La télémédecine permettra également de faciliter les échanges entre professionnels de santé.

D. Service de régulation des urgences

L'hospitalisation des personnes âgées par le service des urgences la nuit est à éviter. Le recours aux services des urgences de la part des EHPAD est variable suivant la présence ou non d'une infirmière de nuit et du taux d'encadrement des résidents à ce moment. La présence ou non d'un médecin coordonnateur dans la structure impacte également le recours au centre 15.

Néanmoins, il est envisagé de mettre en place une organisation utilisant la télémédecine afin que le médecin régulateur puisse effectuer un premier examen visuel du résident avec la transmission en simultané de données médicales obtenues via des objets connectés (stéthoscope, ECG, oxymètre...). Une dizaine de médecins régulateurs, susceptibles de répondre aux appels sont potentiellement concernés par cette nouvelle pratique.

Au 15 juin 2020, les indicateurs renseignés auprès de l'ARS faisaient état de 16 réunions techniques avec les acteurs inclus au projet et de 33 personnes formées à l'utilisation de l'outil de téléconsultation. La crise sanitaire a fortement impacté le déroulement du projet qui a été stoppé entre début mars et mi-juin 2020 du fait du confinement. La dynamique impulsée par le chef de projet a pris toute son importance afin de motiver l'implication de tous les acteurs, surtout à l'approche de la période estivale.

Pour chacun de ses projets, des procédures et des modes opératoires ont été élaborés à destination des requérants²⁴ et des requis²⁵ afin de décrire l'organisation de la téléconsultation et de permettre la facturation de l'acte le cas échéant. Ces premières expériences permettront de tester des organisations, d'identifier les points de blocage et les axes d'amélioration pour réussir un projet de télémédecine.

Il est évident que d'autres spécialités pourraient avoir recours à la télémédecine (oncologie, pneumologie, médecine interne, endocrinologie, douleur, suivi de grossesses, suivi post-opératoire des chirurgies...). Les appels téléphoniques réalisés pendant la crise du COVID en témoignent. Les médecins interrogés à ce sujet n'en excluent pas l'usage mais

²⁴ Acteur requérant : acteur faisant appel à la télémédecine

²⁵ Acteur requis : acteur apportant une réponse en télémédecine

perçoivent le cap à passer en termes d'organisation et de formation à l'utilisation des outils. Un accompagnement actif dans la mise en place s'avère indispensable dès le départ.

3.3 La télémédecine est une opportunité pour l'activité médicale du GHT

La réflexion entamée grâce au projet territorial de télémédecine va permettre de capitaliser sur les enseignements et de poursuivre le déploiement au service des établissements du GHT. La mobilisation de la télémédecine permettra d'améliorer l'accès à des avis spécialisés.

3.3.1 Des filières qui ont recours à la télémédecine

Les établissements du GHT 43 partagent déjà une culture partenariale forte au moment de la création du GHT puisque depuis 2013 un projet de territoire existe sous l'impulsion de la Communauté Hospitalière de Territoire. Composé de 5 établissements sanitaires parties, le GHT réunit aussi 5 membres associés et 30 membres partenaires issus du secteur sanitaire et médico-social présents sur le département.

L'article R3132-3 du CSP précise que le projet médical et de soins partagé comprend notamment « l'organisation par filières d'une offre de soins graduée », ainsi que « les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et le cas échéant leur réalisation par télémédecine ».

Le PMSP du GHT 43 a été présenté aux instances de juin 2017 et comporte 12 filières et 8 axes transversaux. Plusieurs filières ont retenu la télémédecine dans l'élaboration de leur plan d'action :

- Filière situations aiguës : appui à la décision pour fluidifier les urgences psychiatriques sur le territoire
- Filière handicap : favoriser l'accès aux soins en structures
- Filière SSR : développer les téléconsultations
- Axes transversaux : intégration de la télémédecine dans les interventions en structures médico-sociales des équipes pour la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, ainsi que des IDE plaies et cicatrisations ; télémédecine dans les parcours d'Education thérapeutique du patient.

La télémédecine est donc une pratique déjà présente à l'esprit des professionnels de santé inscrits dans les filières, pertinente notamment par le fait qu'elle permet d'abolir les distances et de développer la collaboration entre les acteurs du territoire. L'expérimentation dans le cadre du projet territorial de télémédecine a permis de poser les premiers jalons et

de mettre en place ou de consolider les pré-requis techniques et organisationnels de certains acteurs présents dans ces filières tels que le service HAD et l'équipe mobile territoriale de soins palliatifs. Il faut donc continuer à accompagner les équipes au-delà de l'expérimentation afin de diffuser en interne et auprès des membres du GHT l'usage de la télémédecine.

3.3.2 La télémédecine, un appui aux consultations avancées

Souvent citées dans les plans d'actions des filières, les consultations avancées sont un moyen de renforcer l'accès aux soins spécialisés dans des zones dépourvues de ressources en spécialistes ou faiblement dotées. Depuis 2013, le CHER a engagé ses médecins à consacrer du temps à ces consultations qui nécessitent des déplacements parfois éloignés, jusqu'à 2 heures de route aller et retour. A ce jour, chaque hôpital de proximité du GHT a organisé par convention des consultations avancées médicales et chirurgicales avec l'établissement support.

L'hôpital de proximité d'Yssingeaux a proposé les premières consultations avancées du territoire en mettant à disposition des praticiens du CHER des locaux, du matériel et des équipements. Quatorze spécialités sont représentées actuellement avec une fréquence de réalisation de 1 fois par semaine à 1 fois par mois, ce qui représente environ 1300 consultations par an. Si certaines consultations nécessitent un examen clinique rendant indispensable la présence physique du patient, d'autres consultations intervenant dans le cadre d'un suivi pourraient être réalisées par téléconsultation. C'est le cas par exemple des spécialités d'endocrinologie, de prise en charge de la douleur, de la chirurgie bariatrique ou d'anesthésie.

Une offre de consultations par télémédecine peut contribuer au recrutement d'une nouvelle patientèle plus jeune, moins disponible pour les rendez-vous médicaux tout en offrant une prise en charge de qualité. Elle doit s'accompagner d'une communication auprès des médecins généralistes du secteur sur l'offre de soins disponibles à l'hôpital du Puy-en-Velay, notamment suite aux recrutements de jeunes médecins et chirurgiens.

3.3.3 Elargir le champ de développement de la télémédecine qui doit être plus légère et mobile

Le modèle de télémédecine que souhaite développer l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes sur les territoires de la région est aujourd'hui une télémédecine plus légère, axée principalement sur la réalisation de téléconsultations et de téléexpertises au profit de patients et résidents en structure ou au domicile dans des territoires isolés. Elle s'appuie sur le logiciel SISRA

disposant d'un moyen de vidéo-transmission et d'outils de coordination entre professionnels qui sont accessibles aussi bien par ordinateur ou sur des supports mobiles tels que les tablettes ou les téléphones portables.

Les usages de la télémédecine existant jusqu'alors au CHER concernent la prise en charge de situations aiguës ou l'apport d'une expertise spécialisée depuis les CHU qui auront toujours raison d'exister car elles améliorent sans aucun doute la qualité des soins en l'absence de médecins spécialistes sur place au profit des patients du territoire.

Il s'agit à présent de déployer l'expertise des médecins du CHER vers son territoire et de s'inscrire dans les parcours de soins.

La disponibilité et la vulgarisation des nouvelles technologies ne dispensent pas de la présence de ressources humaines médicales et paramédicales, ainsi que de la construction de projets médicaux.

Ce sont les enjeux que doivent saisir les décideurs de la santé pour travailler avec les médecins afin de structurer le système de santé autour des parcours et de mieux prendre en charge les patients atteints de maladies chroniques tout en optimisant le temps médical.

Les médecins rencontrés, s'ils sont favorables à intégrer la pratique de la télémédecine, ont encore du mal à imaginer les usages et la façon dont ils peuvent l'intégrer dans leur organisation actuelle. Certes, le logiciel MonSisra est déployé dans l'établissement, tous les médecins disposent de la messagerie sécurisée mais très peu l'utilisent. Ils méconnaissent donc les fonctionnalités associées via le portail dont l'outil de téléconsultation.

De même, dans les autres établissements partenaires du GHT, les effectifs des équipes soignantes souvent réduits ne permettent pas de consacrer du temps à la formation d'utilisateurs pour accompagner les patients et les résidents. Or, la diffusion de la télémédecine et l'appropriation des outils nécessitent un usage régulier de la part des personnels.

3.3.4 Développement de la télésurveillance à domicile des patients atteints de maladies chroniques

La télésurveillance est sans doute une part de la télémédecine qui va se développer et se généraliser dans un proche avenir. Les investissements des laboratoires et des industriels sont très importants en matière de dispositifs connectés, spécialement dans le suivi des maladies chroniques. L'hôpital qui dispose de spécialistes doit soutenir les équipes afin de

leur permettre d'intégrer ces technologies dans leur prise en charge, notamment en libérant du temps paramédical.

L'exemple de la télécardiologie exercée avec succès au CHER peut être répliqué en endocrinologie ou en néphrologie, domaines explorés par les prestataires de technologies connectées. Une solution pour la télésurveillance du diabète, en collaboration avec le laboratoire Abbott et dans le cadre du programme ETAPES, sera d'ailleurs prochainement déployée au CHER.

L'enjeu est de conserver un avantage concurrentiel et de développer des compétences modernes de soins. Une des missions du service public est bien l'adaptabilité afin de soigner avec les moyens d'aujourd'hui qui font appel à des technologies numériques et qui s'éloignent peu à peu de la clinique traditionnelle.

3.4 Freins et leviers identifiés

3.4.1 L'accès inégal à une couverture numérique satisfaisante

L'Etat a lancé en 2013 le plan « France Très Haut Débit » afin de garantir à tous un accès internet performant à l'horizon 2022. Le très haut débit permet d'échanger un grand nombre de données dans un temps court (voix, images), ce qui est nécessaire avec le développement des services numériques dont la télémédecine. Un accès est très haut débit lorsque qu'il est supérieur à 30 Mégabits par seconde.

Malgré ce plan, le département de la Haute-Loire compte encore de nombreuses zones blanches même si des efforts conséquents pour la couverture numérique ont été réalisés ces dernières années.

Couverture internet du département Haute-Loire

Vitesse internet	Nombre de bâtiments	%
Plus de 500 Mb/s	11 747	10,9 %
Entre 100 Mb/s et 500 Mb/s	1	0 %
Entre 30 Mb/s et 100 Mb/s	7 200	6,6 %
Entre 8 Mb/s et 30 Mb/s	19 503	18,1 %
Entre 3 Mb/s et 8 Mb/s	8 762	8,1 %
Moins de 3 Mb/s	3 840	3,5 %
Inconnu	56 603	52,5 %

Données Ariase

Pour pouvoir réaliser des transmissions vidéo de qualité, un débit minimum de 8 Mb/s est nécessaire. Des coupures trop fréquentes ne permettent pas de réaliser des consultations de qualité et vont surtout décourager les acteurs à poursuivre l'expérience, autant les professionnels de santé que les patients. Il faut refuser de pratiquer la télémédecine si la technologie incertaine peut augmenter le risque d'erreur médicale.

C'est pour cela que, toujours dans le cadre de sa stratégie digitale, le CHER a choisi de renouveler l'ensemble de son réseau interne par un câblage fibre optique FTTO²⁶ dont le déploiement sera achevé fin 2020 dans l'ensemble de l'établissement. Chaque bureau, chaque salle d'examen et de soins seront reliés directement à la fibre. Cet investissement conséquent pour le CHER permettra de disposer d'un réseau fiable et de mettre en place les nouvelles technologies numériques au service de la santé en facilitant la circulation des données.

3.4.2 La disponibilité du corps médical

La motivation et l'implication du corps médical est le levier essentiel à la réussite de tout projet de télémédecine. Si une majorité de médecins sont prêts à téléconsulter, l'aspect technique et organisationnel doit être facilité comme vu supra.

Le médecin devra consacrer du temps à l'apprentissage des outils, or le temps est aujourd'hui précieux et rare. Il faut que le médecin soit convaincu du bien-fondé et des avantages pour le patient pour lui proposer la téléconsultation. Le médecin n'a pas toujours réfléchi aux usages qu'il pourrait en faire et les premières expériences réussies de la part de confrères sont des sources d'inspiration. L'existence de médecins « passeurs de frontières » est un véritable atout comme le souligne M. Hayot et R. Ologeanu-Tadde²⁷. Ce sont des médecins qui créent les liens nécessaires entre le monde médical et le monde la technologie et qui sont des vecteurs d'accompagnement du changement.

De même, la téléexpertise existe informellement au quotidien. L'hyperspécialisation de la médecine et l'arrivée des smartphones ont multiplié les échanges de messages ou de photos entre confrères pour des avis avant de décider d'un diagnostic ou d'un traitement, bien souvent sans aucun cadre sécurisé et sans production de compte-rendu. Pour des raisons de simplicité et de facilité, les outils sécurisés nécessaires pour des échanges de données de santé et mis à valo ne sont pas utilisés. Cette activité reste aujourd'hui peu recensée et valorisée. C'est un des rôles du dirigeant hospitalier de sensibiliser les médecins au cadre juridique de la téléexpertise et de valoriser au mieux cette pratique pour l'établissement hospitalier.

Inclure la pratique de la télémédecine dans la formation initiale des futurs médecins sera un levier puissant pour son déploiement à grande échelle. Il existe déjà un diplôme interuniversitaire (DIU) en télémédecine éligible au DPC proposé par l'université de

²⁶ FTTO : Fiber To The Office

²⁷ « Former à la télémédecine : un défi à tous les niveaux », 2017. *ADSP*, n°101, p.33

Bordeaux en collaboration avec les universités de Besançon, Caen, Lille, Montpellier et Nantes. L'action des Unions Régionales des Professionnels de Santé soutient aussi le développement de la télémédecine en sensibilisant les universités et les organismes de formation. De plus, l'attrait des nouvelles générations pour la facilité et le numérique fera le lien naturellement avec cette nouvelle pratique.

Toutefois, la télémédecine repose la question du temps médical et ne résout pas le manque de spécialistes, particulièrement aigu dans des territoires ruraux comme la Haute-Loire. Les médecins spécialistes hospitaliers n'ont pas de difficulté à remplir les plages de consultations. Tant que le patient se déplace, ils ne voient pas l'intérêt d'aller vers le patient. La télémédecine fonctionne d'autant mieux si les ressources sont suffisantes car elle devient alors une pratique qui s'inscrit dans une offre concurrentielle.

3.4.3 Des outils techniques insuffisamment intégrés

Dans le cadre des travaux menés pour le projet territorial de télémédecine, l'utilisation du logiciel SISRA et de l'outil de téléconsultation a mis en évidence des difficultés d'utilisation du module malgré la rédaction de plusieurs modes opératoires. Cet outil constitue en fait un outil autonome, supplémentaire pour les utilisateurs. Il offre très peu de passerelles avec les autres logiciels métiers installés à l'hôpital et notamment le dossier patient informatisé. Les secrétaires médicales sont obligées d'effectuer des doubles saisies pour planifier le rendez-vous de consultation dans l'agenda et des copies de fichiers afin d'insérer le compte rendu dans le dossier patient.

Le changement du DPI en 2021 au CHER ira dans le sens d'une intégration plus développée des outils SISRA. Le DPI retenu Easily est un produit régional développé par les Hospices Civils de Lyon, qui est implanté ou en cours d'implantation dans beaucoup d'établissements des GHT de la région Auvergne-Rhône-Alpes. C'est pour cela que le GRADeS SARA s'attache à faire évoluer ses outils avec ce DPI en particulier.

Cet aspect montre tout l'intérêt d'un développement commun de solutions afin de mettre à disposition des usagers des outils efficaces, simple d'utilisation et communicants. De plus, l'interconnexion de différentes fonctions dans le même système d'information est gage de qualité et d'efficacité.

Les travaux ont permis également de constater que la messagerie sécurisée de santé, même si elle est déployée chez les professionnels de santé, est très peu ou pas utilisée. En effet, pour utiliser le module de téléconsultation, l'accès passe par la MSS pour sécuriser l'échange des données. Or il a été nécessaire de créer à nouveau des codes d'accès pour

les messageries et de paramétrer les comptes afin de mettre à jour l'annuaire des professionnels accessibles par téléconsultation.

La présence du technicien informatique au CHER, ainsi que celle d'une secrétaire médicale dans le projet, permet de franchir ces difficultés et d'aider les acteurs à l'appropriation des modes opératoires mis en place. Ils sont indispensables lors de la mise en place de tout projet de télémédecine pour débiter avec les opérateurs et résoudre les premiers écueils inhérents à tout changement d'organisation. Il s'agit d'assurer le « service après-vente ».

3.4.4 L'arrivée du télésoin

Introduit par l'article 53 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019, « le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences ».

La télémédecine et le télésoin sont regroupés désormais sous l'appellation « télésanté ». Le télésoin peut regrouper des actes comme les bilans médicamenteux, l'éducation thérapeutique des patients ou la télé-orthophonie. Le télésoin va être un véritable accélérateur de l'usage de la vidéo-transmission car les hôpitaux emploient beaucoup de personnels paramédicaux, mais ils sont également de plus en plus en relation avec les professionnels de santé en structures ou en ville.

Cela pousse en parallèle le développement de logiciels de coordination, qui est un axe de travail du GCS SARA et qui propose des outils complémentaires à la téléconsultation comme Via Trajectoire²⁸ ou Mes Patients²⁹, accessibles aussi par le portail Sisra.

Les infirmières cliniciennes des programmes d'éducation thérapeutique du patient au CHER ont fait part de leur intérêt pour le télésoin car il évite un déplacement du patient lors des bilans d'étape ou de certaines consultations de suivi inclus au programme. Il contribue ainsi à la réussite du programme, certains patients oubliant les rendez-vous ou ne pouvant pas se déplacer facilement jusqu'à l'hôpital. Par exemple, dans le programme d'éducation thérapeutique après chirurgie bariatrique, le premier entretien après chirurgie entre l'infirmière et le patient peut tout à fait être réalisé par vidéo-transmission.

De même, les équipes mobiles paramédicales comme l'équipe « Plaies et cicatrisation » pourront intervenir auprès des infirmiers libéraux ou dans les établissements de la Haute-

²⁸ Via Trajectoire : outil de suivi des orientations pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap

²⁹ MesPatients : système d'information pour les professionnels de santé au service des parcours coordonnés

Loire sans se déplacer. La notion d'établissement « support » et de projet médical et de soins partagé prennent une fois encore tout leur sens à travers ces deux exemples.

Conclusion

Le CHER a participé avec succès au programme d'expérimentation en télémédecine comme de nombreux autres hôpitaux de taille similaire dans la région (Moulins, Aurillac, Vichy) sous l'impulsion d'équipes médicales motivées et soucieuses d'améliorer la qualité et la continuité des soins apportés aux patients. Le TELEMAAC mis en place dans l'ancienne région Auvergne en témoigne. Toutefois, ces organisations présentent des points de fragilité comme la disponibilité de ressources médicales qualifiées et impliquées. Le départ d'un ou deux médecins, neurologue ou urgentiste, peut remettre en cause l'existence d'un tel projet.

Force est de constater qu'après dix années de phase expérimentale et la fin de la contractualisation pour engager un projet, le déploiement de la télémédecine est encore balbutiant. Des logiciels adaptés aux nouvelles solutions de mobilité comme les tablettes et les téléphones portables, de plus gratuits pour les utilisateurs, vont sûrement permettre d'élargir la pratique à d'autres spécialités et à d'autres usages. L'hôpital de demain, qu'il soit de référence, de recours ou de proximité doit s'adapter à l'utilisation de ces nouvelles technologies pour rester attractif et coordonner les parcours des patients au sein du territoire. En effet, l'hôpital construit aujourd'hui sa stratégie avec ses partenaires au sein du GHT et partage avec eux un projet médical et soins.

Le projet territorial de télémédecine a permis d'envisager des mises en réseaux de différents acteurs du système de santé via la télémédecine. Tous les partenaires ont accueilli le projet avec enthousiasme et se sont impliqués à motiver leurs équipes, même si certains ont regretté le manque d'offre pour des téléconsultations en soins spécialisés comme la cardiologie, la gériatrie ou la psychiatrie, le CHER ne disposant pas en propre de temps médical à mettre à disposition.

De fait, il existe aujourd'hui un renoncement aux soins dans ces disciplines faute d'accès aux médecins spécialistes, pour les résidents d'établissements médico-sociaux notamment.

Toutefois, parce que la télémédecine touche la réorganisation de l'acte médical et de l'acte de soin, un accompagnement au changement s'avère indispensable pour les professionnels de santé mais aussi pour les patients. Le manager hospitalier doit soutenir la dynamique des projets en communiquant dans les différentes instances hospitalières sur l'évolution des projets et les succès. Il doit aussi favoriser la synergie des multiples intervenants autour des professionnels de santé (techniciens informatiques, concepteurs d'objets connectés, gestionnaires de projet). La télémédecine doit s'inscrire dans les pratiques quotidiennes, y recourir doit devenir naturel pour qu'elle s'inscrive durablement dans les organisations de soins.

De plus, de nouvelles perspectives sont offertes avec le télésoin qui par le fait de la crise sanitaire a été autorisé sans négociation préalable pour les auxiliaires médicaux et les pharmaciens. La constitution des équipes mobiles en milieu hospitalier, auxquelles participent différentes catégories de professionnels de santé, et les programmes d'éducation thérapeutique des patients sont un vivier des futurs utilisateurs de cette pratique.

C'est pour cela que de plus en plus d'établissements de santé font le choix de nommer des référents « e-santé » ou des « correspondants télémédecine », spécialement chargés de développer cette nouvelle pratique. De plus, l'accélération du déploiement du très haut débit sur le territoire national et la progression du numérique dans la vie quotidienne (télétravail, formalités administratives, commerce en ligne, enseignement à distance) contribueront à « l'alphabétisation numérique », indispensable pour l'adhésion de l'utilisateur aux pratiques de télémédecine.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- Ministère de la Santé et des Sports. Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Journal officiel n°245 du 21 octobre 2010, texte n°13.
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Instruction n° SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé.
- Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Journal officiel n°172 du 26 juillet 2019, texte n°3.
- Décret n°2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au COVID-19. Journal officiel n°59 du 10 mars 2020, texte n°8.
- Décret n°2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n°2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus. Journal officiel n°69 du 20 mars 2020, texte n°16.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, dossier d'information « Feuille de route stratégique du numérique en santé ». Disponible sur internet <https://esante.gouv.fr/MaSante2022/feuille-de-route>
- Directeur Général de l'ARS d'Auvergne. Arrêté du 6 avril 2012 relatif au Projet Régional de Télémédecine Auvergne 2012–2016
- ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Projet Régional de Santé 2018 – 2023. Disponible sur internet : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/le-prs-auvergne-rhone-alpes-2018-2028>

Ouvrages :

- SIMON P., 2015, *Télémédecine, enjeux et pratiques*, Edition Le Coudrier, Brignais, 190p

Articles :

- SALLES N., 2017, « La télémédecine, un outil pour la qualité et l'accès aux soins en EHPAD », *ADSP*, n°101, pp.19-21
- SERIN M., 2017, « La télémédecine, un outil pour la coopération entre acteurs et le renforcement du système ambulatoire », *ADSP*, n°101, pp. 26-29

- HAYOT M., OLOGEANU-TADDEL R., 2017, « Former à la télémédecine : un défi à tous les niveaux », *ADSP*, n°101, pp. 32-34
- JOURDAIN P., MAINPIN C., 2017, « Les GHT, une opportunité pour développer les pratiques de télémédecine », *ADSP*, n°101, pp. 37-39
- DELMAS N., 2020, « Etat des lieux. Télémédecine, an I », *Gestions Hospitalières*, n°593.

Rapports :

- SIMON P., ACKER D., novembre 2008, La place de la télémédecine dans l'organisation des soins.
- ASIP, juillet 2019, Synthèse de l'étude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine.
- IRDES, SAFON M.O., juillet 2019, La e-santé : télésanté, santé numérique ou santé connectée
- Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020, Ateliers citoyens du numérique en santé, rapport phase 1.

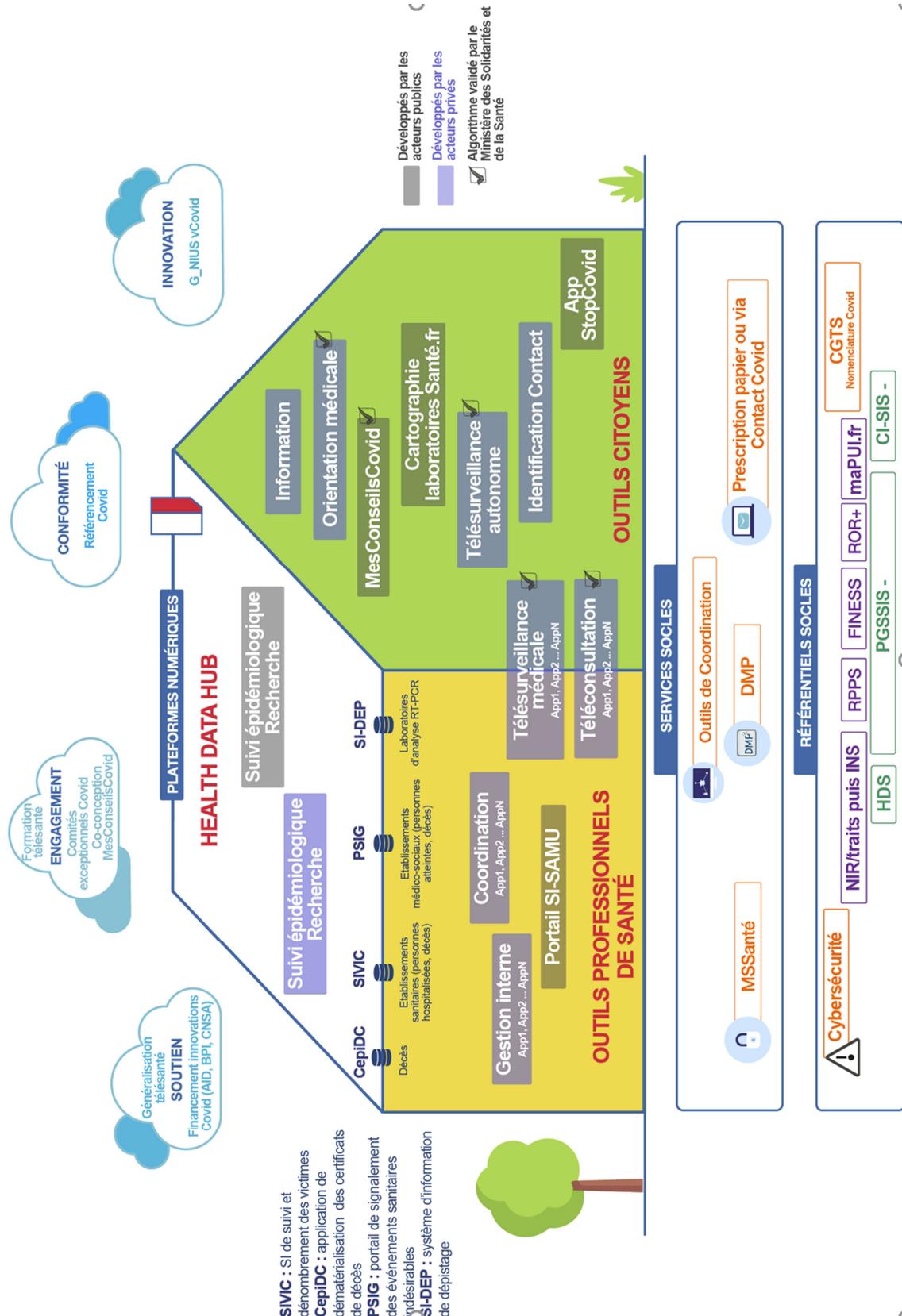
Liste des annexes

Annexe 1 : La maison e-santé, illustration de la feuille de route du numérique en santé

Annexe 2 : Capacités du CHER

Annexe 3 : L'application MonSisra

Annexe 1 – La maison e-santé



Annexe 2 : Capacité du CHER



CAPACITE du CHER

01/03/2020

DISCIPLINES	Lits installés	
	Lits installés	Places installées
Pôle MEDECINE - URGENCES		
NEPHROLOGIE	14	
UNV	7	
SI UNV	4	
NEUROLOGIE	7	
MEDECINE (HDJ)		20
CHIMIOThERAPIE (HDJ)		20
HEMODYALYSE (HDJ)		16
ONCOLOGIE	9	
PNEUMOLOGIE	11	
MEDECINE INTERNE	13	
ENDOCRINOLOGIE	16	
HOPITAL DE SEMAINE (HDS) DE MEDECINE	16	
CARDIOLOGIE	20	
MEDECINE POLYVALENTE	12	
USIC	6	
SSR GERIATRIQUE	22	
CMPR (LOCOMOTEUR ET SYSTEME NERVEUX)	25	
MEDECINE GERIATRIQUE	32	
USP (Unité de Soins Palliatifs)	8	
UHCD	8	
TOTAL POLE MEDECINE - URGENCES	230	56
Pôle CHIRURGIE		
REANIMATION	8	
SC DE REANIMATION	4	
CHIRURGIE AMBULATOIRE		18
FEDERATION DIGESTIVE	22	
FEDERATION DIGESTIVE HDS	10	
CHIRURGIE ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE ET GYNECOLOGIE 2	23	
CHIRURGIE ORTHOPEDIE ET TRAUMATOLOGIE ET GYNECOLOGIE2 HDS	10	
CHIRURGIE DE SPECIALITES	22	
CHIRURGIE DE SPECIALITES HDS	10	
TOTAL CHIRURGIE	109	18
Pôle FEMME - ENFANT		
PEDIATRIE	15	
NEONATOLOGIE - LITS KANGOUROU	6	
OBSTETRIQUE	21	
TOTAL POLE FEMME- ENFANT	42	0
Pôle GERONTOLOGIE		
USLD	41	
COURT SEJOUR GERONTOLOGIE MCO (HDJ)		1
SSR GERONTOLOGIE (HDJ)		9
UHR	14	
EHPAD	45	
TOTAL POLE GERONTOLOGIE	100	10
TOTAL LITS ET PLACES	481	84
TOTAL ETABLISSEMENT (CHER)		565

Dont 4 LISP en MCO

Ce document n'intègre pas les fermetures saisonnières de lits

Annexe 3 - L'application MonSisra



Une messagerie MSSanté performante

Entre utilisateurs de messageries MSSanté (MonSisra ou autres)

- ✓ Consultez en 1 clic les courriers de vos confrères et intégrez-les facilement dans votre logiciel métier
- ✓ Adressez-leur des courriers et des photos, ou utilisez l'imprimante MonSisra pour envoyer les contenus de votre choix



Un outil de télémedecine gratuit et complet



- ✓ Echangez par messagerie instantanée entre professionnels
- ✓ Réalisez des demandes d'expertise ou rendez des avis
- ✓ Réalisez des téléconsultations par visioconférence

Un point d'accès unique aux applications de e-santé

Accédez simplement aux autres services e-santé déployés dans la région, en toute sécurité et sans codes d'accès à ressaisir :

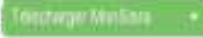
ViaTrajectoire, Téléimagerie, ROR, MesPatients,...



PROCEDURE D'INSTALLATION



Sur votre poste de travail

- 1 Connectez-vous sur  MonSisra.fr et cliquez sur  puis sélectionnez votre système d'exploitation.
- 2 Exécutez l'application et déroulez l'installation comme indiqué ci-dessous :
Vous possédez une carte CPS ?
 - Cliquez sur «J'ai une carte de la famille CPS», insérez votre carte et saisissez le code PIN
 - Choisissez un mot de passe, il vous sera demandé à chaque lancement de MonSisra**OU**
Vous avez reçu des identifiants d'accès ?
 - Cliquez sur «J'ai obtenu mes identifiants de connexion» puis saisissez vos identifiants
 - Saisissez ensuite le code à usage unique que vous allez recevoir par email ou SMS
- 3 Si vous souhaitez faciliter l'import de vos documents dans votre logiciel métier cliquez sur **OUI** et suivez les conseils personnalisés selon votre logiciel.

C'est terminé ! MonSisra vous alertera lorsque vous recevrez un nouveau document.



En mobilité

- 1 Retrouvez vos identifiants sur www.sante-ra.fr/identifiants ou créez gratuitement votre compte sur www.sante-ra.fr/inscription
- 2 Téléchargez MonSisra sur votre mobile ou votre tablette
 
- 3 Ouvrez MonSisra puis saisissez vos identifiants
- 4 Saisissez le code à usage unique que vous allez recevoir par email ou SMS



Besoin d'aide ? Contactez-nous sur contact.sante-ra.fr



BOUTONNET

Myriam

Octobre 2020

DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2019-2020

Télémédecine : quelles opportunités pour un centre hospitalier de recours ? L'exemple du centre hospitalier du Puy-en-Velay.

Résumé :

La crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID au cours du printemps 2020 a mis en lumière la télémédecine, plus particulièrement la téléconsultation, dans un contexte de difficulté d'accès aux soins lors du confinement.

Excepté ce récent développement, la télémédecine, définie en droit français depuis seulement une dizaine d'année par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires, reste une pratique encore confidentielle, à la fois dans les établissements de santé et en médecine de ville. En effet, les projets de télémédecine sont restés très encadrés jusqu'en 2018, année où la téléconsultation et la téléexpertise sont entrés dans le droit commun des actes remboursés par l'Assurance Maladie.

Le plan MaSanté2022 ambitionne la pratique des actes médicaux et des actes de soins à distance du patient à une grande échelle. Il introduit la notion de télésanté regroupant la télémédecine et le télésoin. Les priorités sont d'initier de nouvelles organisations en santé, d'améliorer l'accès aux soins et d'accélérer le virage numérique au service des patients et des professionnels de santé.

Dans ce contexte et dans son territoire, quelles opportunités offre la télémédecine à un centre hospitalier de recours ? Le CHER a déjà recours à la télémédecine depuis 2016. Le projet territorial de télémédecine dans lequel il est engagé à titre expérimental pour un an avec divers acteurs de santé du département de la Haute-Loire permet d'envisager de nouvelles collaborations. Une conduite d'accompagnement au changement est cependant indispensable, ainsi que la disponibilité suffisante des professionnels de santé, en nombre et en temps.

Mots clés :

Agence du Numérique en Santé - Télésanté - Télémédecine – Télésoin – Téléradiologie
– Télécardiologie - Stratégie digitale – Accès aux soins

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.