



Analyse comparée des environnements juridiques et techniques des systèmes sanitaires (médicaux) de la zone SUDOE et des situations locales des partenaires du projet RESATER-SUDOE dans le cadre du programme INTERREG IVB « SUDOE »

Rapport de phase 3 :

Compilation des données issues des plans d'actions locaux



Document version finale du 06/12/2010

DATE	VERSION	AUTEUR	FONCTION	ORGANISME	COURRIEL	COMMENTAIRES
30/07/2010	V0	Fabienne MARECHAL	INGENIEUR DE PROJETS	CATEL	fm.catel@telemedecine.org	Rédaction
13/09/2010	V1	Fabienne MARECHAL	INGENIEUR DE PROJETS	CATEL	fm.catel@telemedecine.org	Rédaction
15/09/2010	V1	Gérard COMYN	VICE-PRESIDENT CATEL, ANCIEN CHEF D'UNITE NTIC ET SANTE DE LA COMMISSION EUROPEENNE	CATEL		Validation référentiels nationaux (correspondant institutionnel)
16/09/2010	V2	Fabienne MARECHAL	INGENIEUR DE PROJETS	CATEL	fm.catel@telemedecine.org	Rédaction
16/09/2010	V3	Fabienne MARECHAL	INGENIEUR DE PROJETS	CATEL	fm.catel@telemedecine.org	Rédaction (maj. Fiche Action Figeac)
16/09/2010	V3	Jean-Baptiste LAVALT	DIRECTEUR DE PROJETS	CATEL	jbl.catel@telemedecine.org	Validation
17/09/2010	V3	Renaud Monbeig	INGENIEUR DE PROJETS	TAM	rm@tamtelesante.com	Validation
17/09/2010	V4	Fabienne MARECHAL	INGENIEUR DE PROJETS	CATEL	fm.catel@telemedecine.org	Rédaction
28/09/2010	V4	François BREUREC et Olivier REY	RESPONSABLES DU PROJET RESATER	Association du pays de Figeac / Pays de Couserans		Relecture, Corrections, Demandes complémentaires
04/10/2010	V5	Fabienne MARECHAL	INGENIEUR DE PROJETS	CATEL	fm.catel@telemedecine.org	Rédaction
04/10/2010	V5	Jean-Baptiste LAVALT	DIRECTEUR DE PROJETS	CATEL	jbl.catel@telemedecine.org	Validation
08/10/10	V5	François BREUREC et Olivier REY	RESPONSABLES DU PROJET RESATER	Association du pays de Figeac / Pays de Couserans	olivier.rey@pays-couserans.fr	Validation, Demandes complémentaires
08/10/10	V6	Fabienne	INGENIEUR DE	CATEL	fm.catel@telemedecine.org	Rédaction

DATE	VERSION	AUTEUR	FONCTION	ORGANISME	COURRIEL	COMMENTAIRES
11/10/10		MARECHAL	PROJETS			
09/11/10	V7	Sara FERNANDEZ	CHARGE DE PROJETS	FDS	fdseuropa@gmail.com	Validation, Demandes complémentaires
15/11/10	V7	Raquel LOSADA DURAN	CHARGE DE PROJETS	INTRAS	proyectos1@intras.es	Validation, Demandes complémentaires
15/11/10	V7	Olivier REY	RESPONSABLE DU PROJET RESATER	Pays de Couserans-EchoSanté	olivier.rey@pays-couserans.fr	Validation, Demandes complémentaires
18/11/10	V7	Fabienne MARECHAL	INGENIEUR DE PROJETS		fm.catel@telemedecine.org	Intégration des dernières corrections
01/12/10	V7	Sara FERNANDEZ		FDS	fdseuropa@gmail.com	Validation, Demandes complémentaires
01/12/10	V7	Severino GONZALEZ FLORES		FACC	severino@facc.info	Validation, Demandes complémentaires
02/12/10	V7	Mafalda JESUS		SILVES	Mafalda.Jesus@cm-silves.pt	Validation, Demandes complémentaires
06/12/10	V8, finale	Fabienne MARECHAL	INGENIEUR DE PROJETS	CATEL	fm.catel@telemedecine.org	Intégration des dernières corrections

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
I. INTRODUCTION	4
II. AXES STRATEGIQUES : REFERENTIELS NATIONAUX ET DIAGNOSTICS LOCAUX	5
II.1. Référentiels nationaux.....	5
II.1.1. En France.....	5
II.1.2. En Espagne.....	10
II.1.3. Au Portugal.....	19
II.1.4. Analyse comparée des référentiels nationaux : tableau synthétique des données.....	21
II.2. Diagnostics locaux	22
II.2.1. Pays de Couserans (France, Midi-Pyrénées) : favoriser le maintien à domicile pour une population vieillissante ...	22
II.2.2. Pays de Figeac (France, Midi-Pyrénées) : améliorer les relations entre médecine de ville et hôpital.....	22
II.2.3. FACC, Communauté de Communes des Asturies (Espagne, Asturies) : développer la télémedecine et le dépistage systématique de la rétinopathie diabétique	23
II.2.4. FDS (Pays de l'Aranda et de la Ribagorza, Aragon, Espagne) : remplacement de l'assistance phisique par une assistance virtuelle.....	24
II.2.5. INTRAS, Provinces de Valladolid, Zamora et Salamanque (Espagne, Castille et Léon) : favoriser le développement de la télépsychiatrie	25
II.2.6. Commune de Silves (Portugal, Algarve) : répondre aux besoins médicaux et médicaux-sociaux d'une population vieillissante	26
II.2.7. Analyse comparée des diagnostics locaux : tableau synthétique des données.....	27
III. PLANS D'ACTION LOCAUX : FAISABILITE ECONOMIQUE, JURIDIQUE ET ORGANISATIONNELLE.....	28
III.1. Pays de Couserans (France, Midi-Pyrénées) : Télémedecine en réseau pour les EHPAD (maisons de retraite).....	28
III.1.1. Faisabilité économique	28
III.1.2. Faisabilité juridique.....	29
III.1.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation.....	29
III.2. Pays de Figeac (France, Midi-Pyrénées) : Téléformations, Télexpertises et Dossier Médical Partagé	30
III.2.1. Faisabilité économique.....	30
III.2.2. Faisabilité juridique	30
III.2.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation	31
III.3. FACC (Espagne, Asturies) : Télédiagnostics appliqués à l'ophtalmologie et à la dermatologie	32
III.3.1. Faisabilité économique.....	32
III.3.2. Faisabilité juridique	32
III.3.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation	32
III.4. FDS (Espagne, Aragon) : Mise en place d'un service de téléconsultation au Centre de Santé du Service Aragonais de Santé	33
III.4.1. Faisabilité économique.....	33
III.4.2. Faisabilité juridique	33
III.4.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation	33
III.5. INTRAS (Espagne, Castille) : Santé mentale et télémedecine	34
III.5.1. Faisabilité économique.....	34
III.5.2. Faisabilité juridique	34
III.5.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation	34
III.6. Commune de SILVES (Portugal, Algarve) : Unité mobile équipée en télémedecine	35
III.6.1. Faisabilité économique.....	35
III.6.2. Faisabilité juridique	35
III.6.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation	35
III.7. Analyse comparée des Plans d'action : tableau synthétique des données	36
IV. VADEMECUM DES PLANS D' ACTIONS SANTE ET TELEMEDECINE DANS LA REGION SUDOE : ANALYSE COMPAREE RESATER ET OUTIL D'AIDE A LA DECISION GENERIQUE	39
V. ANALYSE CROISEE DES PLANS D' ACTION LOCAUX : SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS ET PLAN DE VALORISATION	40
V.1. Adéquation des référentiels nationaux, diagnostics locaux et plans d'action : tableau synthétique des données	40
V.2. Analyse des champs de coopération entre les partenaires du projet RESATER	42
VI. ANNEXES.....	45

I. INTRODUCTION

Le Pays de Couserans (Midi-Pyrénées, France), le Pays de Figeac (Midi-Pyrénées, France), FACC, Communauté de communes des Asturies (Espagne), FDS, actif sur le Pays de l'Aranda et celui de La Ribagorza (Aragon, Espagne), INTRAS, actif dans trois provinces de la région de Castille et Léon (Espagne) et la commune de Silves (Algarve, Portugal) sont partenaires du projet « RESATER-SUDOE », REseau de SAnté et TELémédecine en zones Rurales, dans le cadre du programme opérationnel de coopération territoriale 2007-2013 INTERREG IVB SUDOE.

RESATER a notamment pour objectif de fournir une analyse comparée des environnements juridiques et sanitaires (médicaux) de la zone SUDOE et des situations locales des partenaires du projet REseau de SAnté et TELémédecine en zones Rurales.

C'est pour mener à bien cette analyse que le réseau de compétences en télésanté, CATEL, et TAM télésanté ont été sollicités dans l'accompagnement du projet RESATER.

La première phase d'accompagnement a permis de réaliser une cartographie des compétences (voir l'Annexe 1) d'où se dégagent notamment une synthèse présentant les quatre actes de télémédecine pouvant être communs aux trois pays étudiés.

En phase 2, CATEL et TAM ont structuré un modèle commun de plans d'actions locaux (voir Annexe 2), ce qui a permis aux partenaires de construire leur plan. Une grille d'analyse incluant différents critères par projet, territoire et acteur a également été livrée afin de structurer les informations par zone territoriale étudiée et de faciliter la comparaison des données en vue de leur transférabilité à la zone SUDOE.

En phase 3, l'objectif est de compiler les données issues des plans d'actions locaux de chaque partenaire.

Cette dernière phase fait l'objet du présent livrable et vise à :

- Mettre en évidence **les axes stratégiques, les actions prioritaires, le mode d'animation, le plan de valorisation et de diffusion ;**
- **Structurer** ces recommandations et **établir une synthèse ;**
- Produire un **vadémécum** sur toute la zone SUDOE pour faciliter la mise en œuvre de plans d'action en matière de santé et de télémédecine.

II. AXES STRATEGIQUES : REFERENTIELS NATIONAUX ET DIAGNOSTICS LOCAUX

II.1. REFERENTIELS NATIONAUX

Les paragraphes qui suivent font état des références politiques, juridiques, déontologiques et éthiques nationales des trois pays de la zone SUDOE étudiée : France, Espagne et Portugal.

Il est à noter que l'importance de la dimension régionale en Espagne est nettement plus forte qu'en France et au Portugal.

Alors que la France et le Portugal se réfèrent en priorité au cadre national, les régions espagnoles se doivent de respecter les grandes lignes indiquées dans la stratégie et la réglementation nationale, tout en disposant d'une grande liberté dans la réalisation des services de télésanté, en fonction des plans d'actions mis en place par chaque Communauté Autonome.

II.1.1. En France

II.1.1.1. Les aspects politiques : référentiels nationaux et régionaux

II.1.1.1.a) Référentiels nationaux : les préconisations de Pierre Simon et les recommandations du rapport de la mission parlementaire télésanté du Député Pierre LASBORDES

En novembre 2008, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins a publié un rapport sur « La place de la télémedecine dans l'organisation des soins »¹, afin de décrire les enjeux d'un déploiement opérationnel de la télémedecine en France dans les prochaines années.

Ce rapport, dit Pierre Simon/Acker, définit également les **besoins prioritaires en télémedecine** que sont "les territoires isolés (îles, montagnes, zones rurales), les établissements pénitentiaires où la télémedecine améliorera la prise en charge médicale des détenus, les centres de référence en maladies rares et les urgences pré-hospitalières notamment pour optimiser la régulation médicale de la permanence des soins".

En 2009, la Mission parlementaire Pierre Lasbordes² a sorti quinze recommandations pour un déploiement immédiat et invité le gouvernement à mettre en place un plan quinquennal éco-responsable. Les quinze recommandations sont les suivantes :

1. Concrétiser l'engagement pour la télésanté par un déploiement pluriannuel régional de projets pilotes
2. Réduire la fracture territoriale sur le plan médical et médico-social
3. Mettre en place des services de télésanté pour favoriser le maintien à domicile et accompagner la sortie d'hospitalisation ;
4. Offrir un meilleur usage de la permanence des soins notamment l'accès aux urgences
5. Mobiliser la télésanté au service des handicaps et des personnes âgées dépendantes
6. Ouvrir les établissements pénitentiaires à la télésanté

5454545_____

¹ La place de la télémedecine dans l'organisation des soins, Pierre Simon et Dominique Acker, Conseillers généraux des établissements de santé, DHOS, Ministère de la Santé et des sports, novembre 2008 -

http://www.portailtelesante.org/users_private/Articles/Rapport_final_Telemedecine-version_du_30_11_08PM.pdf

² Mission parlementaire Pierre LASBORDES, Député de l'Essonne - « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être » - 15 octobre 2009

7. Sécuriser et responsabiliser les acteurs par la mise en place d'un nouveau cadre juridique
8. Définir de nouveaux modes de rémunération maîtrisés
9. Labelliser les services et les produits et accréditer les prestataires
10. Former tous les professionnels de santé, les professionnels médico-sociaux et les aidants
11. Ouvrir un portail « grand public » d'information sanitaire, médicale et médico-sociale
12. Mettre en œuvre une politique industrielle incitative et innovante
13. Améliorer l'observance médicale et développer l'éducation thérapeutique des patients
14. Sélectionner les investissements productifs
15. Lancer un plan de communication national pour informer et générer l'intérêt et la confiance

II.1.1.1.b) Référentiel régional : le Réseau Télémédecine Régional Midi-Pyrénées (GIP-RTR Midi-Pyrénées)

Les objectifs du réseau

Dans la région Midi-Pyrénées, très étendue et avec des zones géographiques d'accès parfois difficile, le Réseau Télémédecine Régional constitue un enjeu fort pour le SROS en contribuant à la mise en complémentarité de l'offre de soins. La démarche du GIP Réseau Télémédecine Régional Midi-Pyrénées* (GIP RTR Midi-Pyrénées), qui conduit et coordonne pour le compte des établissements de santé publics et privés et des professionnels de santé libéraux les activités de télémédecine dans la région, s'inscrit dans une logique forte d'aménagement du territoire, et répond aux objectifs du SROS Midi-Pyrénées visant à garantir une qualité de soins améliorée et une proximité sauvegardée sur tout le territoire régional. Ce Groupement réunit 60 Etablissements de Santé publics et privés, deux réseaux de santé et l'association TMVES (Télémédecine Ville Etablissements de Santé), ainsi que d'autres acteurs de santé tels que l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Midi-Pyrénées, l'Université Paul Sabatier et l'Institut Européen de Télémédecine. A ce jour, 52 établissements sont d'ores et déjà équipés (représentant 69 sites hospitaliers et 126 configurations déployées), ainsi que 5 cabinets de médecine générale. L'extension de ce réseau se poursuit (hôpitaux locaux, maisons de santé pluridisciplinaires...). Afin d'assurer l'évolution et la convergence de la télémédecine vers la télésanté et l'eS@nté, le GIP RTR Midi-Pyrénées s'est pleinement impliqué dans la constitution du groupement de coopération momentanée (GCM) iConvergence DMP Midi-Pyrénées. Il en est le chef de file et assure à ce titre la gestion opérationnelle de la Plate-forme Régionale eS@nté et le rôle de porteur de projet pour la phase de pré-généralisation du DMP en région. En favorisant et en facilitant la mise en complémentarité des compétences médicales, la concertation pluridisciplinaire et le transfert du savoir-faire entre professionnels de santé, ce Réseau a pour finalité de concourir à assurer à tout patient l'accès à des soins de qualité en tout point du territoire régional.

Les missions et les services

La pratique de la télémédecine et l'eS@nté suppose de prendre en compte et d'assurer les activités suivantes qu'il convient de distinguer :

Les activités de support :

Il s'agit ici des missions organisationnelles et opérationnelles afférentes à la cellule de coordination du réseau ainsi qu'aux différents correspondants télémédecine locaux. La cellule de coordination du réseau, dont le rôle est pris en compte par le Service de Télémédecine du CHU de Toulouse, assure les activités de support requises en terme d'organisation, de coordination, de formation, de recherche/innovation et prospective pour le développement et la mise en œuvre opérationnelle des échanges télémédecine dénommés activités primaires.

Les activités primaires :

Il s'agit ici des échanges médicaux pluridisciplinaires (téléconsultations, téléstaffs/téléformations, éducation à la santé, télésurveillance...) conduits et « produits » via Télémédecine par le corps médical ainsi que l'ensemble des professionnels de santé de la région Midi-Pyrénées.

(Source : Extrait du Rapport Lasbordes - Mission parlementaire Pierre LASBORDES, Député de l'Essonne - « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être » - 15 octobre 2009)

II.1.1.2. Les aspects déontologiques

L'application de douze articles du code de déontologie a dans un premier temps conduit le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) à définir en juillet 2005, six critères indispensables à son exercice, qui doivent être mentionnés dans un contrat d'exercice de la télé médecine :

1. Nécessité de la télé médecine dictée par l'état de santé du patient ;
2. Impératifs de qualité (des moyens techniques, des communications, des téléexperts) ;
3. Consentement éclairé du patient ;
4. Respect du secret professionnel ;
5. Définition des responsabilités (contrat de télé médecine entre le(s) téléconsulté(s) ou téléexpert(s) et le médecin au contact du patient) ;
6. Valorisation des actes de télé médecine selon une nomenclature restant à définir.

(Source : Les préconisations du CNOM concernant la télé médecine, Xavier DEAU et Jacques LUCAS, Vice-président chargé des SIS, Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) - Janvier 2009)

La position de doctrine du CNOM est que « tout acte de télé médecine est un acte médical à part entière et qu'il ne peut être réalisé que sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin » (Rapport du Dr Jacques Lucas, décembre 2007). Cet acte doit respecter la déontologie médicale qui demeure la même que dans une pratique traditionnelle sans télé médecine.

II.1.1.3. Les aspects éthiques (droits des patients) : le Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS)

Dans son document daté du 12 octobre 2009 sur « Les conditions du développement de la télésanté », le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) expose sept recommandations prioritaires qu'il souhaite voir mises en œuvre suite à l'adoption de l'article 78 de l'article de loi du 21 juillet 2009. Il expose ainsi :

- 1 L'évolution des prises en charge et les contraintes dans l'organisation du système de santé réclament le développement de la télésanté. Deux considérations principales y amènent :
 - 1.1 L'évolution des prises en charge de plus en plus complexe découlant du nombre croissant des maladies chroniques ;
 - 1.2 Des situations de crise nées d'une défaillance dans l'offre de soins courante.
- 2 Une série de freins doit être levée pour permettre le développement de la télésanté :
 - 2.1 Des incertitudes juridiques notables ;
 - 2.2 Les financements actuels restent trop modestes ;
 - 2.3 Le niveau technologique [...] est inégal et mal préparé dans certains domaines ;
 - 2.4 Les craintes des usagers ;
 - 2.5 Des évaluations médico-économiques ;
 - 2.6 L'absence d'une autorité pilotant la télésanté dans les territoires.
- 3 Des leviers doivent être actionnés prioritairement dans le respect de l'intérêt général et des droits fondamentaux :
 - 3.1 L'acte de télé médecine doit avoir un caractère subsidiaire ;
 - 3.2 Le consentement du patient à l'acte de télésanté doit être express ;
 - 3.3 Des recommandations pour la pratique doivent être élaborées dans le cadre d'un consensus ;
 - 3.4 Les professionnels de santé doivent être formés à la télé médecine ;
 - 3.5 La télésanté doit faire l'objet d'évaluations ;
 - 3.6 La vente de prestations de santé doit être interdite ;
 - 3.7 La gouvernance des politiques relatives à l'informatisation des systèmes de santé doit être profondément réformée.

(Source : Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) - « Les conditions du développement de la télésanté » - 12 Octobre 2009)

II.1.1.4. Les aspects juridiques et économiques

La **télémédecine** est reconnue en France par les lois de 2004 (Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie articles 32 et 33) et 2009 (LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 78) et **inscrite dans le Code de la Santé publique** (Livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires, télémédecine et autres services de santé, Chapitre VI : Télémédecine).

Le projet de **décret sur la télémédecine, d'application de la loi du 21 juillet 2009** (cf. Partie III.1) définit notamment les quatre actes qui la constituent (parution des décrets prévue en septembre 2010) :

- **La téléconsultation** : Elle « a pour objet de permettre à un patient de consulter un professionnel médical. Un professionnel de santé peut être présent aux côtés du patient. Le cas échéant, il peut assister le professionnel de santé médical au cours de la téléconsultation » ;
- **La télé-expertise** : C'est un « acte d'expertise médicale réalisé sur la base des informations médicales nécessaires à la prise en charge d'un patient qui a pour objet de permettre au professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières » ;
- **La télésurveillance médicale** : « Acte de surveillance ou de suivi continu ou non continu, (elle) a pour objet de permettre au professionnel médical d'interpréter et le cas échéant de prendre des décisions relatives à la prise en charge du patient, sur la base des indicateurs cliniques ou biologiques qui sont transmis. L'enregistrement et la transmission des indicateurs peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. L'interprétation par le professionnel médical peut être réalisée en direct ou différée dans le temps » ;
- **La téléassistance médicale** : Elle « a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte médical ».

(Source : Le Quotidien du Médecin - 09/11/09)

Actes de télémédecine				
Dénomination de l'acte	Personnes présentes sur le lieu d'exercice		Moment de la réalisation de l'activité	Activité réalisée
	Sur place	A distance		
Téléconsultation	Patient et professionnel de santé	Professionnel médical	En direct	Consultation d'un professionnel médical
Télé-expertise	Professionnel médical	Professionnel médical	En direct, par visioconférence	Avis d'expert pour diagnostic ou traitement thérapeutique
Télésurveillance médicale	Patient et éventuellement professionnel de santé	Professionnel médical	Eventuellement en différé	Interprétation données cliniques, radiologiques ou biologiques
Téléassistance médicale	Patient et professionnel de santé	Professionnel médical	En direct	Aide d'expert pour l'accomplissement de l'acte médical

Fig.1. Définition des actes médicaux qui relèvent de la télémédecine en France (Source : Laurence NIVET, chef du bureau « réseaux, complémentarités et recomposition des activités de soins » au sein de la DHOS (Ministère de la santé) - GRF CATEL/ CNEH du 8/12/2009 Quotidien du Médecin - 09/11/09)

Le décret sera décomposé en plusieurs chapitres, précisant ainsi :

- Les Champs de la télésanté reconnus ;
- Les Contraintes aux opérateurs ;
- La Tarification.

De plus, trois grandes problématiques juridiques doivent être respectées :

- **La loi Informatique et Libertés** (obligation d'information et de consentement éclairé du patient et démarche CNIL notamment) ;
- **Le (respect du) secret médical ;**

L'architecture contractuelle (parties contractantes, rôles et responsabilités, propriété intellectuelle).

II.1.1.5. Les aspects industriels : la Fédération des Industries Electriques, Electroniques et de Communication (FIEEC)

Selon la Fédération des Industries Electriques, Electroniques et de Communication (FIEEC), « la télésanté et la télémedecine peuvent améliorer la prise en charge des patients, ainsi que l'efficacité des investissements de santé. Elles contribuent à développer une offre de soins à plus de personnes, dans de meilleures conditions de confort pour elles (maintien à domicile), et à moindres frais. Une journée d'hôpital coûte en moyenne 263 euros contre 169 euros pour une journée d'hospitalisation à domicile (HAD) (source IRDES). Pour de nombreuses pathologies, l'écart est beaucoup plus important ».

La FIEEC souligne le retard important accumulé par la France depuis 15 ans dans le secteur de la eSanté et donne comme exemple l'écart entre la France et l'Allemagne en termes de marché des dispositifs médicaux (de l'ordre de 1 à 1,6.).

Pour les industriels français, "la télésanté représente un marché du futur à très fort potentiel". Mais ils identifient deux points bloquants :

- l'interopérabilité des systèmes, actuellement insuffisante. Le non respect de standards internationaux dans certaines mises en oeuvre, et l'absence de coordination stratégique en la matière posent problème, ralentissent l'investissement des acteurs et complexifient le déploiement des solutions.
- l'acceptabilité des nouvelles pratiques à la fois par les patients et par le corps médical et paramédical. Pour cela, un cadre juridique opérationnel manque. Le décret de la loi HPST, qui permettra de définir les actes de télémedecine ainsi que leurs conditions de mise en oeuvre et de prise en charge financière est vivement attendu.

(Source : Rapport au gouvernement, Une stratégie industrielle pour les marchés du futur, élaboré sous la présidence de Pierre Gattaz, Président de la FIECC, Juin 2008- FIEEC - <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000376/0000.pdf>.)

II.1.2. En Espagne

II.1.2.1. Les aspects politiques : les plans stratégiques nationaux et régionaux

II.1.2.1.a) Référentiel national : le Plan Avanza et le plan de qualité pour le système national de santé

La stratégie eSanté du gouvernement espagnol repose sur le ministère de l'Industrie, du Tourisme et du Commerce et le ministère de la Santé à travers deux plans :

- Le « Plan Avanza »³ (2006-2010 et 2011-2015) ;
- Le Plan de qualité pour le système national de santé (2006-2010)⁴.

Le plan « Avanza », plus largement dédié au développement de la société numérique, s'est attaché entre 2006 et 2010 à équiper toutes les régions espagnoles en réseaux de communication à large bande, afin de relier les zones sanitaires entre elles.

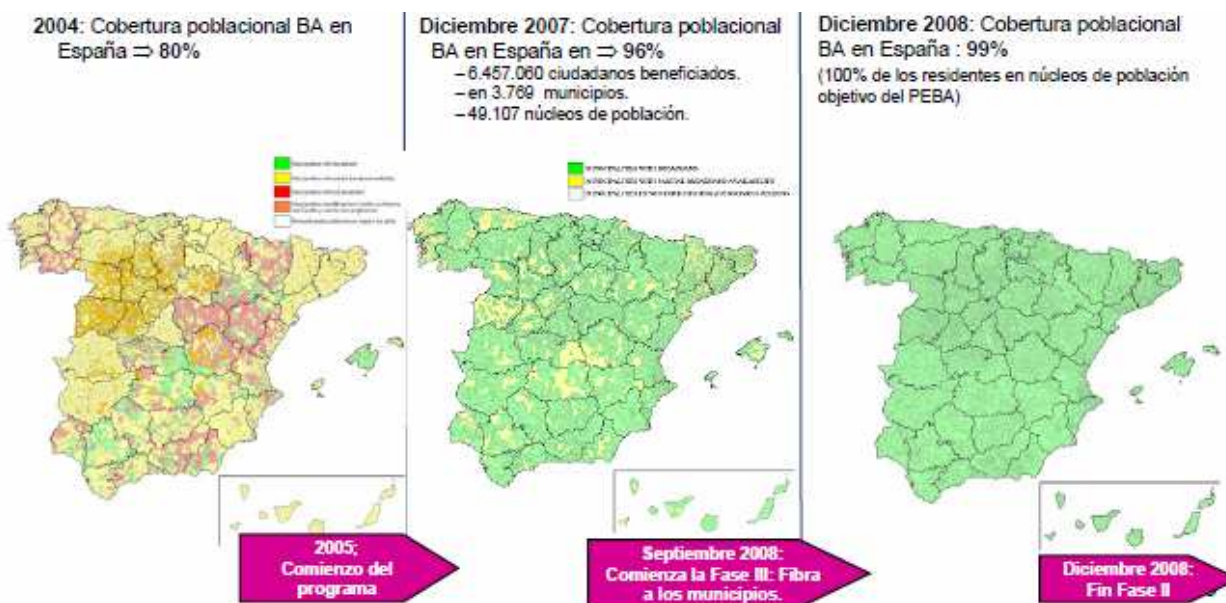


Fig. 2 Couverture espagnole en réseaux de communication à large bande, fin 2008

Source : La société de l'information en Espagne, 16 décembre 2009, Plan Avanza 2

10454545

³ Plan Avanza, e-Sanidad -

<http://www.planavanza.es/LineasEstrategicas/AreasDeActuacion/EjeContenidosYServicios/ServicioDigitales/Sanidad/Paginas/eSanidadPROY1.aspx#anclaAcciones>

⁴ Plan de calidad para el sistema nacional de salud -

<http://www.msc.es/en/novedades/docs/PlanCalidadSNS.pdf>

En s'appuyant sur l'équipement en télécommunications du territoire, le plan d'action « eSanté » s'est attaché à développer une série de mesures visant à améliorer le processus de soins et donc la fourniture de services sanitaires tels que :

- L'introduction de prescriptions électroniques, en coordination entre l'Administration centrale espagnole et les Communautés Autonomes ;
- Le développement de la santé en ligne à travers le développement des dossiers médicaux électroniques et la mise en réseau des centres de santé, qui ont permis de favoriser des services orientés utilisateur :
 - la prise de rendez-vous en ligne ;
 - la consultation à distance des dossiers médicaux ;
 - le télédiagnostic ;
 - la télémedecine.

Le gouvernement espagnol a reconduit le plan « Avanza » pour la période 2011-2015 le 16 juillet 2010.⁵ Parmi les dix objectifs du « Plan Avanza 2 », l'Espagne vise toujours le développement des TIC dans la santé et le bien-être social.

Le « Plan de calidad para el Sistema nacional de Salud » vise notamment à utiliser les technologies de l'information pour améliorer les soins. La **stratégie numéro 11 du plan est consacrée à la « Stratégie de la santé en ligne »**. Cinq objectifs sont attachés à cette stratégie :

1. Assurer une identification univoque des citoyens à travers le système national de santé (SNS) de la carte de santé et de la base de données de la population protégée, et en générant un code d'identification personnel unique pour tout le système;
2. Promouvoir les dossiers médicaux électroniques et de permettre l'échange d'information clinique entre les différents professionnels, appareils et accessoires fonctionnels et régions autonomes ;
3. Promouvoir les prescriptions électroniques pour l'expansion dans le SNS.
4. Offrir au sein du SNS de nouveaux services de communication entre les citoyens et les professionnels : prise de rendez-vous en ligne, télémedecine et téléformation.
5. Assurer l'accès de n'importe où dans le système, l'interopérabilité et l'exploitation correcte des informations.

L'objectif n°4 vise à réaliser les trois actions suivantes :

- Développer l'utilisation d'Internet pour faciliter la relation administrative entre les citoyens et le système de santé ;
- Promouvoir des systèmes de diagnostic à distance (images radiologiques ou autres - Dermatologie - ECG, etc.) dans tous les lieux où cela peut résoudre les problèmes des patients ou des professionnels de santé ;
- Promouvoir des mécanismes de téléformation pour les professionnels de santé.

II.1.2.1.b) Référentiel régional : le Plan régional d'assistance psychiatrique de la région Castille et Léon

La région de Castille et Léon a mis en place un **Plan régional de santé mentale et d'assistance psychiatrique** (*Estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León*) qui fixe des lignes stratégiques, vise des objectifs et planifie des activités relatifs au développement de services de télémedecine et de systèmes d'information mutualisés sur les données psychiatriques. Les **stratégies n° 3 et 5** sont spécifiquement dédiées à la télémedecine et aux systèmes d'information de santé.

11454545

⁵ Voir le communiqué de presse du 16/07/10 - Plan Avanza 2 :

http://www.planavanza.es/Noticias/Paginas/Estrategia2011_2015dAvanza2.aspx

- Stratégie n° 3 : Assistance psychiatrique : améliorer l'accessibilité et développer des programmes spécifiques

« Le développement de la télémedecine, et plus concrètement de la télépsychiatrie, peut constituer une [...] opportunité d'améliorer l'accès de la population à des services spécialisés, notamment dans les zones rurales [...] et faciliter l'échange d'informations et d'expériences entre professionnels ».

- Objectif 5. Augmenter l'accessibilité aux moyens de Santé mentale et d'assistance psychiatrique
 - **Activité 4. Mise en marche d'un programme de télépsychiatrie spécifiquement destiné à des personnes vivant dans des villes isolées et visant à améliorer l'échange d'expériences entre professionnels**

- Stratégie n° 5 : Activités transversales : favoriser la gestion de la connaissance et améliorer la qualité

«Le développement d'un système [d'information] intégré assurera des standards de qualité, garants de la validité et la fiabilité des données indexées. Un tel système doit se focaliser sur une intégration souple et efficace de données sur les caractéristiques des usagers des dispositifs d'assistance et sur leurs besoins, afin de faciliter l'évaluation des services ».

- Objectif 11. Favoriser les systèmes d'information et de recherche
 - **Activité 1 : Développement et amélioration du Système d'information sur la Santé mentale et l'Assistance psychiatrique, qui sera unique, général et durable, avec une garantie de confidentialité de l'information recueillie, qui facilitera la diffusion de l'information auprès des professionnels et des usagers qui alimenteront le système et qui comprendra un système de dossiers des patients souffrant de maladies mentales graves et prolongées**

(Source : «Estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León», Junta de Castilla y León, 2003)

II.1.2.1.c) Référentiel régional : le Plan stratégique de la région de l'Aragon

Plus largement, la Communauté autonome d'Aragon a lancé en 2006 un **plan stratégique de développement de la télémedecine et de l'usage des TIC en santé (Plan de Sistemas de Información y Telemedicina 2006/2011⁶)**. Porté par le Département de la Santé et de la Consommation du gouvernement aragonais (Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón), ce plan vise :

- l'automatisation et l'intégration de l'ensemble du processus de soins de santé depuis le diagnostic jusqu'au traitement médical et chirurgical. Cela devrait permettre la transmission d'images et de données biomédicales en temps réel entre tous les soins de santé ;
- dans les zones isolées, à équiper les médecins d'un matériel de communication portatif, afin de garantir les mêmes connexions avec les centres de santé ou les hôpitaux ;
- l'informatisation des dossiers médicaux et l'utilisation d'ordonnances électroniques.

La Directive du 22 septembre 2008 du Département de la Santé du Gouvernement de l'Aragon régit le **Système d'Information et d'Evaluation des Services d'Assistance de premiers recours du Système de Santé de l'Aragon**, ses centres de santé et ses unités cliniques⁷.

En annexes se trouvent les variables, indicateurs et systèmes d'exploitation capables de réguler le dit système, ainsi que les applications informatiques sur lesquelles s'appuie le système d'information de santé aragonais

1. Bases de données

12454545

⁶ Plan de Sistemas de Información y Telemedicina de Aragón - Source : <http://www.aragoninvestiga.org/La-telemedicina-sera-una-realidad-en-todo-Aragon-en-2011/>

⁷ BOA 9 de octubre de 2008

2. Cartographie des Services du Département de Santé
3. Logiciel de gestion OMI-AP
4. Système de référence pour choisir librement des spécialistes
5. Applications dans la Gestion des Connaissances
6. Gestionnaire de Patients
7. Télémédecine (Health Optimum)
8. Paiement électronique
9. Application pour la gestion des rendez-vous et des circuits d'assistance aux soins de premiers recours
10. Information économique : SERPA
11. Information sur les Ressources Humaines : SIRGHA
12. « Adjusted Clinical Groups (ACG) » : modèle d'analyse sur la complexité de la population prise en charge et l'adéquation avec la consommation
13. Système d'information de la facturation et des règlements
14. Système d'information des moyens et activités
15. Système d'information des moyens et activité du Programme de santé Bucodental

Concernant les services sanitaires, le territoire aragonais est divisé en 8 secteurs. Depuis 2009, les services implantés par secteur sont:

1. Barbastro :
 - Téléconseil
 - Télédérivation
 - Téléradiologie
 - Télélaboratoire
2. Zaragoza I, II y III :
 - Téléconseil
 - Téléradiologie
 - Télélaboratoire
3. Alcañiz y Calatayud :
 - Téléconseil
 - Télédérivation
 - Télélaboratoire
4. Huesca :
 - Téléconseil
 - Télélaboratoire
5. Teruel :
 - Télélaboratoire

Un neuvième service sanitaire vient d'entamer sa phase initiale : le service TELE-ICTUS.

Les spécialités dispensées en Aragon sont réparties, par secteur, de la façon suivante :

1. Barbastro :
 - Dermatologie
 - Ophtalmologie
 - Hématologie
 - Radiologie
 - Laboratoire
2. Zaragoza I, II y III :
 - Ophtalmologie
 - Radiologie
 - Laboratoire
3. Alcañiz :
 - Neurologie
 - Ophtalmologie
 - Laboratoire
 - Cardiologie
 - Endocrinologie

- Rhumatologie
- Médecine interne
- 4. Huesca y Calatayud :
 - Ophtalmologie
 - Laboratoire
- 5. Teruel :
 - Laboratoire⁸

II.1.2.1.d) Référentiel régional : les priorités sanitaires des Asturies

L'autorité régionale de la Communauté Autonome des Asturies chargée de la Santé et des services sanitaires, le « Consejería de Salud y Servicios Sanitarios », a défini deux grandes priorités sanitaires :

- Développer des services incluant les disciplines médicales prioritaires définies dans les PCAI (Programas Clave de Atención Interdisciplinar), dans le cadre des Orientations stratégiques de qualité des Asturies en 2003 (Estrategias de Calidad para Asturias) ;
- **Mettre en place des services basés sur les TIC afin de lancer des programmes de télémedecine en ophtalmologie, dermatologie et autres maladies chroniques**, avec comme objectifs d'éviter les déplacements inutiles des citoyens et de permettre un diagnostic et un traitement plus rapides de ces maladies.

En complémentarité, quatre axes d'action sont à prendre en compte dans les directives stratégiques des contrats de gestion du Service de Santé de la Communauté des Asturies :

- Axe 2 : Mettre en place des services sanitaires axés sur les besoins des citoyens pour proposer des services plus souples, plus respectueux et plus participatifs ;
- Axe 3 : Mettre au point un mode organisationnel intégré afin de dépasser les problèmes de coordination entre les différents niveaux d'intervention ;
- Axe 4 : Favoriser les processus d'amélioration de l'efficacité et d'utilisation adéquate des ressources afin d'assurer la viabilité du système ;
- Axe 6 : Mettre en place un mode organisationnel d'avenir en favorisant la recherche, la formation, l'innovation et l'utilisation des technologies de l'information et de communication.

Selon les recommandations du programme interdisciplinaire PCAI axé sur le diabète, le dépistage systématique de la rétinopathie diabétique à toutes les personnes atteintes de diabète doit être rationalisé, en tenant compte des éléments suivants :

- les patients diabétiques de type 1, âgés de 15 ans ou plus et dépistés depuis 5 ans au moins, doivent être reçus en consultation chaque année ;
- les diabétiques de type 2 doivent être dépistés lors de la première consultation. L'intervalle pour le suivi dépendra du degré de la rétinopathie détectée. La consultation devra se faire une fois par an ou tous les deux ans chez les diabétiques sans affection ou ayant une affection rétinienne minime.

(Source : "Telemedicina en el área sanitaria I, documento inicio de proyecto (DIP)", Federación Asturiana de Consejos (FACC), Laura Muñoz Fernández, Décembre 2009)

II.1.2.2. Les aspects déontologiques

L'article 22.1 du Code d'Ethique et de Déontologie médical espagnol⁹ indique qu'il n'est pas éthique de recourir à la médecine exclusivement par lettre, téléphone, radio, presse ou Internet.

14454545

⁸ Proyecto Health Optimum

⁹ Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España -

Cet article concerne le chapitre dédié à la qualité de l'attention médicale.

Par cette déclaration, l'Organisation espagnole du Collège des médecins (Organización Médica Colegial de España) réaffirme l'importance de la relation médecin/patient de visu et met en garde contre l'abus de la télémédecine.

L'Organisation recommande ainsi aux médecins espagnols de **ne pas substituer la télémédecine à la médecine classique**.

http://comisiondeontologica.cgcom.es/pfn/accion.php?PHPSESSID=26f6de93bc08856544d6a4cc0336d7b0&dir=.%2FC%F3digo%20de%20%C9tica%20y%20Dentolog%EDa%20M%E9dica%20%281999%29&cal=Co digo_0.pdf&accion=descargar

II.1.2.3. Les aspects éthiques

En termes d'éthique, le **Conseil général des médecins espagnol**, le **CGOM** (Consejo General de Colegios de Médicos de España) s'en remet¹⁰ aux **principes d'éthique adoptés¹¹** par le **Comité permanent des médecins européens (CPME)** et dont le CGOM est membre.

Le CPME préconise que les principes éthiques appliqués en médecine classique le soient également en télémedecine.

Ainsi, les principes d'éthiques en télémedecine reconnus en Espagne sont les suivants :

Autorisation, compétence

Les médecins pratiquant la télémedecine doivent être autorisés à pratiquer la médecine dans le pays ou l'Etat dans lequel ils sont établis. Quand un médecin pratique la télémedecine directement avec le patient, il doit être autorisé à pratiquer la médecine là où le patient réside, ou la prestation doit être internationalement reconnue.

Relation médecin/patient

Le médecin et le patient engagés dans une consultation de télémedecine doivent pouvoir s'identifier mutuellement de manière sûre.

Responsabilité du médecin

Le médecin qui pratique la télémedecine est responsable de ses interventions.

Qualité, sécurité et protection

Le médecin qui pratique la télémedecine est responsable de la qualité de ses services. Il ne peut faire usage de la télémedecine sans vérifier que l'équipement nécessaire possède la qualité suffisante et fonctionne correctement. Le médecin doit évaluer attentivement les données qu'il reçoit ; il est le seul à pouvoir donner son opinion sur la qualité et la quantité des données reçues. Le médecin doit s'assurer, lorsqu'il pratique des interventions à distance, de la présence d'un personnel aux côtés du patient, en quantité suffisante et convenablement formé.

Historique du patient

Tous les médecins qui pratiquent la télémedecine doivent tenir un dossier sur le patient et tous les cas doivent s'appuyer sur des documents appropriés. La manière dont le patient est identifié devra être enregistrée, de même que la quantité et la qualité des renseignements et autres informations reçus. Les conclusions, les recommandations et les services télémedicaux effectués devront être consignés sur des documents appropriés.

Ethique, consentement du patient et secret médical

Les normes habituelles de confidentialité et de sécurité s'appliquent également aux documents utilisés en télémedecine. L'archivage et la transmission des données ne peuvent être pratiqués que lorsque la confidentialité et la sécurité peuvent être garanties. Les données du patient ne peuvent être communiquées à un autre professionnel de la santé qu'après consentement du patient.

16454545

¹⁰ Adoption des lignes directrices sur la télémedecine du CPME par le Conseil national de l'Ordre des médecins espagnol, CGOM - http://www.cgcom.org/noticias/2002/03/02_03_20_medicos_europa

¹¹ The practice of telemedicine in Europe : analysis, problems and CPME recommendations (CPME 2002/027 Final EN) - La pratique de la télémedecine en Europe : analyse, problèmes et recommandations du CPME (CPME 2002/027 Final FR/en) - http://cpme.dyndns.org:591/adopted/CPME_AD_Brd_160302_7_FR_en.pdf

II.1.2.4. Les aspects juridiques et économiques

Définitions¹²

L'Institut de recherche sur la Santé, Carlos III (Instituto de Salud Carlos III) est la structure référente du ministère de la santé espagnol sur tous les champs de recherche liés à la eSanté.

L'Institut Carlos III définit la eSanté comme suit :

« e-Salud » (=santé en ligne, = santé en réseau, = santé électronique) : Infrastructures et applications sanitaires utilisant des technologies de réseaux numériques de communication de données multimedia, principalement Internet.

Deux autres termes sont à prendre en compte pour comprendre l'acceptation de la définition de la eSanté en Espagne :

« **Telemática sanitaria** » : mise en application des technologies télématiques dans le domaine de la santé, la télémédecine étant un sous-ensemble de la télématique sanitaire.

« **Telemedicina** » : fourniture de services médicaux à distance grâce aux moyens de communications électroniques.

Le schéma suivant donne une représentation graphique des champs d'intervention nuancés de la télémédecine et de la télésanté (telemática sanitaria), tels que définis par l'Institut Carlos III :

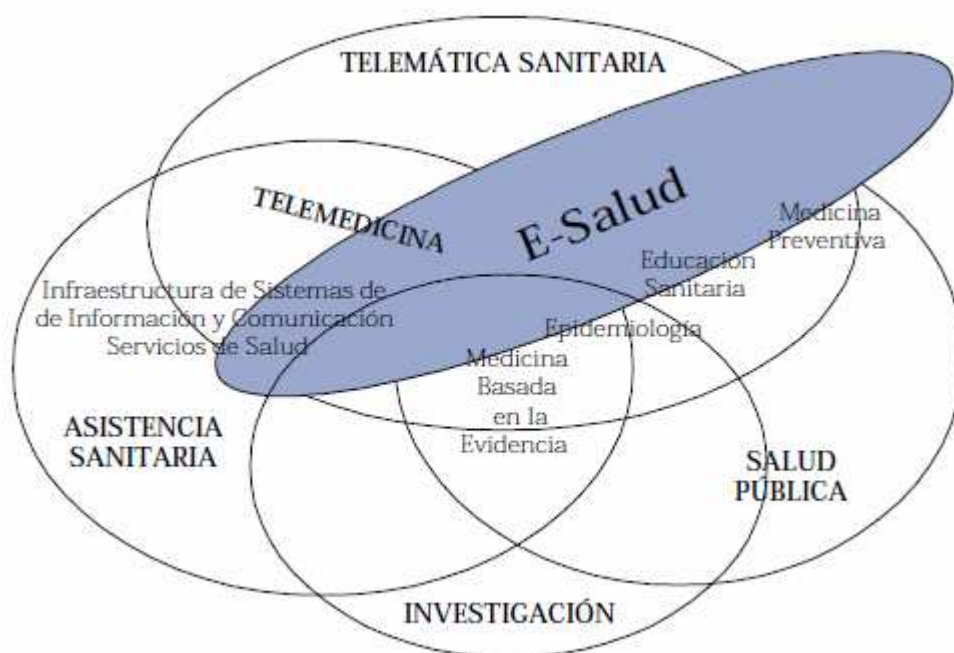


Fig. 3 Schéma conceptuel de la eSanté réalisé par l'Institut Carlos III, afin de mettre en évidence l'interaction de la télémédecine et de la « télématique sanitaire ».

17454545

¹² El marco de desarrollo de la e-Salud en España, José Luis Monteagudo Peña, Area de investigación en telemedicina y sociedad de la información, Instituto Carlos III, 2001 - http://bvs.isciii.es/mono/pdf/UCIS_01E.pdf

Aspects réglementaires

La loi de 2003¹³ sur la cohésion et la qualité du système national de santé publique encadre l'utilisation des TIC en matière de réseau de communication de santé (article 54), et consacre un article (article 57) à la carte de santé individuelle.

La loi de 2006¹⁴ sur l'usage des médicaments régit les prescriptions électroniques, en utilisant la vente directe en ligne et en prévoyant la mise en place d'un cadre réglementaire ultérieur, à travers le réseau du système national de santé.

La législation espagnole existe par ailleurs en matière de protection des données (1999)¹⁵, de télécommunications (2003), mais aucune réglementation n'a encore vu le jour dans les domaines de la signature électronique, de la télémédecine et de la fourniture de services eSanté. Aucune définition nationale officielle des champs de la télémédecine n'est donc donnée.

Les autorités référentes en matière de eSanté sont l'Autorité Espagnole de Protection des Données (AEPD), le Ministère de l'Industrie, du Tourisme et du Commerce, le Ministère de l'Intérieur, le Ministère de l'Administration et le Ministère de la Santé.

Les autorités nationales travaillent en complémentarité avec les 17 Communautés Autonomes, afin de permettre un développement régional complet des services de télésanté.

II.1.2.5. Les aspects industriels

Le programme « Santé en ligne » du Plan Qualité 2006-2010 a permis d'investir massivement dans les infrastructures de télécommunications sur tout le territoire espagnol. Ainsi, plus de 6 000 centres de santé ont été équipés de plus de 60 000 ordinateurs¹⁶. Le ministère de l'Industrie a par ailleurs largement investi dans l'équipement et le câblage de centres médicaux dédiés à la télémédecine.

Profitant de cette impulsion politique, plusieurs grandes entreprises espagnoles sont présentes sur le marché de la eSanté, dans le développement et la fourniture de services divers : Telefónica, INDRA, Telvent.

Quelques PME locales spécialisées dans le développement de logiciels et de services informatiques sont présentes dans l'équipement des systèmes hospitaliers ou des réseaux de santé locaux ou régionaux.

Plusieurs entreprises multi-nationales sont également présentes dans des actions de R&D, telles que : General Electric, Vodafone, IBM, Philips Medical System, Carbueros Medica, HP...

(Source : Extrait du Rapport "eHealth strategy and implementation activities in Spain, Report in the framework of the eHealth ERA project", José Luis Monteagudo, Oscar Moreno, ISCIII, 2007)

18454545

¹³ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud - http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l16-2003.html#c1s3

¹⁴ Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios - http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l29-2006.t1.html

¹⁵ Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal - <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LOPD19992.pdf>

¹⁶ Etat des lieux 2010 du Plan Qualité, Programme Santé en ligne - http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/informe0610/Esp_SanidadEnLinea.html

II.1.3. Au Portugal

II.1.3.1. Les aspects politiques : le plan national pour la Société de l'information et la eSanté

Le Plan d'action du Portugal pour la Société de l'information inclut la eSanté dans ses priorités. L'objectif principal est de mettre les TIC au service du citoyen afin que celui-ci soit placé au cœur du système de santé et que la qualité des services fournis s'en trouvent améliorés, ainsi que l'efficacité du système et que les coûts soient réduits.

Le Plan d'action santé pour le développement de la Société de l'information vise trois grands objectifs :

- Fournir des services de meilleure qualité aux usagers ;
- Réduire les coûts du système national de santé en augmentant son efficacité ;
- Garantir une meilleure stratégie d'efficacité et de gestion.

Ces objectifs sont déclinés en trois lignes d'action pour la eSanté :

- **Amélioration des systèmes d'information de santé** : encourager le secteur industriel à mettre en place des outils (infrastructure, logiciels et services) qui garantissent un réseau de communication interopérable entre tous les services de santé ;
- **Services de santé en ligne** : améliorer la communication entre médecins et patients à travers des applications basées sur Internet et les services de téléphonie mobile, afin de suivre les patients atteints de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, obésité, dépendances à la drogue...) et d'apporter un soutien aux familles.

Trois grandes priorités ont été fixées concernant les services en ligne :

- Priorité 1 : offrir de nouveaux modes de communication aux patients
- Priorité 2 : développer un système intégré de gestion des réseaux d'information des hôpitaux
- Priorité 3 : mettre en place le dossier de santé électronique dans les institutions de santé.
- **Carte d'utilisateur du SNS** : améliorer la carte d'utilisateur du Système National de Santé (SNS) en l'enrichissant de données patient.

(Source : Rapport de la Commission européenne, « Study on the legal Framework for Interoperable eHealth in Europe - National profile Portugal », Commission européenne, DG Société de l'Information, Septembre 2008)

II.1.3.2. Les aspects déontologiques

Le Conseil national de l'Ordre des médecins au Portugal conseille aux professionnels de santé de ne pas faire usage de la télémedecine tant que des règles déontologiques claires n'ont pas vu le jour.

Néanmoins, en attendant ces règles nationales, le Conseil préconise les principes suivants :

- **Respecter les lignes directrices du Comité permanent des médecins européens (CPME)** ;
- Faire usage de la télémedecine **uniquement lorsque le médecin ne peut se trouver physiquement auprès du patient** ;
- Lorsque le patient fait le choix de la télémedecine, cette pratique doit être réalisée par **son médecin traitant** ;
- La **confidentialité des données** doit être respectée ;
- La pratique de la télémedecine ne doit se faire que par des **médecins reconnus par la profession**.

(Source : Rapport de la Commission européenne, « Study on the legal Framework for Interoperable eHealth in Europe - Final Report », Commission européenne, DG Société de l'Information, Septembre 2009)

II.1.3.3. Les aspects éthiques

Le droit aux soins de santé est défini par l'article 64 de la Constitution portugaise. Les droits plus spécifiques du patient dépendent de la Loi fondamentale de Santé (Lei de Bases da Saúde, Lei n° 48/90 du 24 août), du décret sur les Statuts des Hôpitaux (Decreto-Lei n° 48 357 du 27 avril 1968) et de la Charte sur les droits et devoirs du patient (Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes).

Les droits du patient en matière éthique couvrent tous les champs habituels : devoir du patient à coopérer, droit à une attention de qualité, droit au libre choix, droits relatifs à l'information sur l'état de santé du patient, droit au consentement, droits relatifs au dossier patient, droit à la protection de la vie privée.

Là encore, aucune allusion n'est faite à la télémédecine.

(Source : Rapport de la Commission européenne, « Study on the legal Framework for Interoperable eHealth in Europe - Final Report », Commission européenne, DG Société de l'Information, Septembre 2009)

II.1.3.4. Les aspects juridiques et économiques

Il n'existe pas de cadre réglementaire spécifique sur la eSanté au Portugal. Toutes les actions menées en télésanté et télémédecine se font en référence au Plan national sur la Santé. Les aspects réglementaires concernés sont limités à la protection des données, à la publicité et à la fourniture de médicaments en ligne.

Depuis 2007, le Portugal dispose d'un décret (n°711/2007 et RCM n°96 de Juillet 2007) autorisant toutes les instances de santé à lancer des appels d'offre pour s'équiper de systèmes informatiques permettant la mise en place de systèmes intégrés de prescriptions électroniques, de facturation et de gestion.

Face au vide réglementaire actuel, les acteurs de la télémédecine (professionnels de la santé, industriels, représentants d'usagers...), regroupés au sein de l'ADT (Associação para o Desenvolvimento da Telemedicina), oeuvrent pour le développement de la télémédecine au Portugal.

Le développement de la eSanté au Portugal se situe dans la moyenne européenne (UE27). L'équipement à large bande est toutefois légèrement inférieur au Portugal que dans le reste de l'UE27.

Concernant l'utilisation des applications de eSanté, les usages concernent essentiellement la recherche d'informations médicales et le stockage des données patient. La transmission des données patient est cependant moins courante et le Portugal fait partie des pays les moins en avance sur le sujet.

Depuis 2007 toutefois, le gouvernement a lancé un plan d'action sur la ePrescription afin de généraliser le système sur tout le territoire.

(Source : Rapport de la Commission européenne, « Study on the legal Framework for Interoperable eHealth in Europe - National profile Portugal », Commission européenne, DG Société de l'Information, Septembre 2008).

II.1.4. Analyse comparée des référentiels nationaux : tableau synthétique des données

	Aspects politiques : référentiels	Aspects déontologiques : règles de l'Ordre des médecins	Aspects éthiques : base réglementaire	Aspects juridiques : loi et textes d'application	Aspects industriels
France	- Rapport 2008 Pierre Simon/Acker de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins - Recommandations 2009 de la Mission parlementaire Pierre Lasbordes	Règles déontologiques actées par le CNOM	Recommandations du Collectif interassociatif sur la Santé	Article spécifique sur la télémedecine dans la loi HPST - Décret d'application en attente de parution	Manque d'interopérabilité des systèmes / Engagement fort des groupements d'industriels (notamment de la FIEEC)
Espagne	- Plan Avanza 2006-2010 et 2011-2015 - Plan de qualité pour le système national de santé 2006-2010	Article 22.1 du Code d'Ethique et de Déontologie médical espagnol	Absence de recommandations nationales, mais approbation des recommandations du Comité permanent des médecins européens (CPME)	Pas de cadre réglementaire spécifique sur la eSanté	Programme national d'investissement dans les réseaux de télécommunications et l'équipement informatique des centres de santé
Portugal	Plan d'action national pour la Société de l'information et lignes d'action pour la eSanté	Absence de règles déontologiques nationales	Absence de recommandation nationale	Pas de cadre réglementaire spécifique sur la eSanté	Equipement à large bande plus faible que dans le reste de l'UE 27
Points communs	Lancement d'un plan stratégique national dans chaque pays	Règles nationales en France et en Espagne	Absence de reconnaissance nationale en Espagne et au Portugal	Pas de cadre réglementaire spécifique en Espagne et au Portugal Absence de conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière des actes de télémedecine	Absence à priori d'interopérabilité des systèmes
Divergences notables	Dimension régionale forte en Espagne	Défiance de l'Ordre national des médecins portugais sur l'usage de la télémedecine	Position des usagers en France	Loi spécifique en France	Equipement à large bande plus faible au Portugal qu'en France et en Espagne

II.2. DIAGNOSTICS LOCAUX

II.2.1. Pays de Couserans (France, Midi-Pyrénées) : favoriser le maintien à domicile pour une population vieillissante

Le Pays montagnard du Couserans est caractérisé par une faible densité de population (18hab/km²), population vieillissante (30% de + de 65 ans, soit près du double de la moyenne nationale, sur une population de 30 354 habitants en 2006). Le Syndicat de Pays œuvre à améliorer l'attractivité de cette vallée des Pyrénées.

Or, la démographie médicale est en baisse car les jeunes diplômés ne souhaitent pas s'installer dans des zones où l'exercice de la médecine est rendue difficile par l'isolement, les gardes répétées, les déplacements importants, les carences d'équipements en NTIC...

Les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont répartis dans les vallées et sont très consommateurs de déplacements pour les consultations. Ils sont en outre difficilement accessibles en période hivernale.

Le centre hospitalier du Pays de Couserans (CHAC : Centre Hospitalier Ariège Couserans) est adhérent du Réseau régional de télémedecine de Midi-Pyrénées et bénéficie d'une liaison de télé-radiologie avec le centre hospitalier universitaire de Toulouse.

Depuis 2003, le Pays de Couserans dispose d'un **Réseau territorial de santé (réseau ville-hôpital), ÉchoSanté**, destiné à gérer l'organisation et la coordination du maintien à domicile, anticiper et gérer des sorties d'hospitalisation, et développer et faciliter les formations interprofessionnelles des libéraux et hospitaliers.

En 2007, ÉchoSanté a ouvert un service d'Hospitalisation A Domicile (HAD) pour les personnes atteintes de maladies aiguës ou chroniques diagnostiquées, évolutives et/ou instables, nécessitant des soins complexes, réalisés à domicile ou en EHPAD.

Le réseau souhaite désormais expérimenter une **plateforme de télémedecine permettant à la fois de mieux communiquer avec les professionnels du réseau et d'améliorer la qualité des services rendus à la population (aménagement du territoire, accès à des services de qualité).**

(Sources : Pays de Couserans et Réseau ÉchoSanté)

II.2.2. Pays de Figeac (France, Midi-Pyrénées) : améliorer les relations entre médecine de ville et hôpital

Créé en 2004, « l'Association pour le Développement du Pays de Figeac » a pour objet de faire émerger, construire et contribuer à la mise en œuvre de stratégies de développement durable, d'intérêt collectif et contribuant à la dynamique du territoire.

Créée en 2007, « l'Association Coordination Territoriale Santé Globale » est composée de professionnels de santé, exerçant sur le territoire du Pays de Figeac. Regroupant praticiens publics et privés, elle a pour objet de garantir la recherche de partenariat avec l'ensemble des acteurs du territoire afin d'optimiser les offres de service et d'équipements de santé, existants sur le territoire.

Le Pays de Figeac rassemble 38 239 personnes sur 3 communautés de communes, 6 cantons et 69 communes, dans les départements du Lot et de l'Aveyron en région Midi Pyrénées. La surface du pays est de 881 km² soit une densité de 43 habitants au km². Le territoire connaît un regain démographique qui s'accompagne parallèlement d'un vieillissement marqué de sa population et plus particulièrement des professionnels de santé. Problème central à prendre en compte, d'ici 4 ans, 16 des 43 médecins généralistes du territoire (soit 40% d'entre eux) auront cessé leur activité et laisseront des zones dépourvues de professionnels.

Sur ces constats, l'Association pour le Développement du Pays de Figeac et l'Association Coordination Territoriale Santé Globale, ont engagé une réflexion sur le devenir du système de santé local et plus précisément sur l'adéquation des services actuels à l'évolution du contexte local. Définis dans un projet territorial de santé globale, plusieurs actions sont actuellement expérimentées sur le territoire afin de répondre aux **deux problématiques clés** qui concernent les **relations entre médecine de ville et hôpital et l'environnement médicosocial des personnes âgées**.

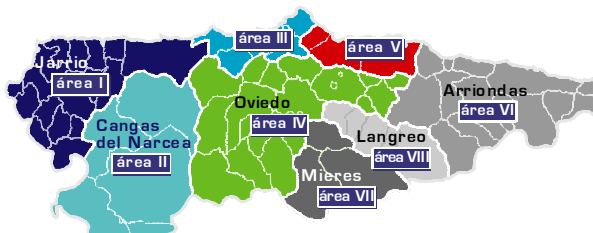
Afin de continuer la dynamique de concertation et de coopération engagée sur son territoire, le Pays de Figeac souhaite expérimenter dans le cadre du projet RESATER :

- **Un système informatisé et mutualisé d'échange d'informations** : Dossier Médical Personnel (DMP) ; Médimail ...
- **Des solutions de télésanté en maisons de retraites** : téléexpertises ; téléstaffs ; téléformations...

(Source : Association pour le développement du Pays de Figeac)

II.2.3. FACC, Communauté de Communes des Asturies (Espagne, Asturies) : développer la télémédecine et le dépistage systématique de la rétinopathie diabétique

La cartographie sanitaire des Asturies comprend huit zones sanitaires. Le projet de la Fédération asturienne de municipalités (FACC) s'inscrit dans la zone I de Jarrio. Cette zone a une population de 48 936 habitants. Elle est organisée autour de l'hôpital de Jarrio, qui comprend 110 lits.



Plusieurs projets sont en cours de réalisation au sein de la Communauté de Communes : le projet EDESIS (Stratégie pour le développement de systèmes d'information médicale), avec deux sous projets, SIAI (Integrated Healthcare Information System) et Image numérique. Dans ce projet général, le système d'informatisation des données médicales de l'hôpital de Jarrio est basé sur le logiciel SELENE (Siemens). Les images sont stockées numériquement sur un PACS. Les centres de soins de santé primaires sont informatisés sur le logiciel OMIAP (société Stacks). Ces logiciels sont interopérables afin de faciliter les flux d'information entre les systèmes. L'identification des patients est basée sur SIPRES (Système d'information de la population et des ressources de la santé). L'hôpital dispose également de la plateforme de télémédecine Helios (SoftwareAG) et du logiciel d'imagerie SIS.

À l'heure actuelle, les patients souffrant de diabète se rendent à leur centre de soins primaires, qui les envoie passer une consultation au Service d'ophtalmologie de l'hôpital de Jarrio pour un examen du fond de l'œil, tous les un à deux ans (le cas échéant), afin de détecter d'éventuelles complications liées à leur pathologie chronique (rétinopathie diabétique).

En matière dermatologique, le processus est le même : le patient se rend à son centre de soins, primaires, qui le renvoie au Service dermatologique de l'hôpital de Jarrio.

L'objectif du projet soutenu par FACC est d'éviter aux patients de se déplacer pour une contre visite à l'hôpital en utilisant un système de téléconsultation.

(Source : "Telemedicina en el área sanitaria I, documento inicio de proyecto (DIP)", Federación Asturiana de Consejos (FACC), Laura Muñoz Fernández, Décembre 2009)

II.2.4. FDS (Pays de l'Aranda et de la Ribagorza, Aragon, Espagne) : remplacement de l'assistance phisique par une assistance virtuelle

Le projet de la « Fundación para el Desarrollo Social » (FDS) est développé en collaboration avec le Service aragonais de Santé et est mis en œuvre dans deux résidences pour personnes âgées, situées dans deux des huit secteurs sanitaires de l'Aragon :

La Résidence « Valle del Esera » à Campo (Huesca)

Cette résidence dépend du secteur sanitaire de Barbastro, qui se situe dans le NordEst de l'Aragon, entre la France et la Catalogne, et présente les caractéristiques suivantes :

- Superficie : 8 000 km²
- Habitants : 110 000
- Densité : 13,75 Hab' / km²
- Taux de personnes âgées de plus de 65 ans : 28 %

Le secteur dispose d'un hôpital de 160 lits et de 15 centres de santé.

Les services de télé médecine déjà implantés sont les suivants :

- Téléconseil
- Télédérivation
- Téléradiologie
- Télélaboratoire

Et les spécialités sont les suivantes :

- Dermatologie
- Ophtalmologie
- Hémathologie
- Radiologie
- Laboratoire

Dans la commune de Campo, où se situe la Résidence, il n'y a aucun Centre de Santé et les soins de santé se font depuis la commune de Graus. Le projet a pour objectif de remplacer les soins physiques en soins à distance à travers l'accès à distance au dossier patient et la téléconsultation. Le projet permettra ainsi des déplacements, à la fois des patients et des professionnels ce qui implique un investissement horaire et économique et conditionne la qualité des soins de santé.

La Résidence "Comarca del Aranda", Illueca (Zaragoza)

Cette résidence dépend du secteur sanitaire de Calatayud, qui se situe dans le SudOuest de l'Aragon, et présente les caractéristiques suivantes :

- Superficie : 4 065 km²
- Habitants : 52 706
- Densité : 8,8 Hab' / km²
- Taux de personnes âgées de plus de 65 ans : 24,7 %

Le secteur dispose d'un hôpital de 122 lits et de 10 centres de santé.

Les services de télé médecine déjà implantés sont les suivants :

- Téléconseil
- Télédérivation
- Télélaboratoire

Et les spécialités sont les suivantes :

- Ophtalmologie
- Laboratoire

Illueca dispose d'un Centre de Santé, qui réduit le temps passé et les déplacements, mais la qualité des soins de santé est médiocre.

Il faut souligner que les moyens utilisés dans le projet RESATER sont mutualisés avec ceux utilisés dans le Service de Santé aragonais, ce qui assurera une validité des résultats bien au delà du projet et servira de base à une relation durable entre le Service aragonais et les Résidences de personnes âgées.

(Source : FDS)

II.2.5. INTRAS, Provinces de Valladolid, Zamora et Salamanque (Espagne, Castille et Léon) : favoriser le développement de la télépsychiatrie

La région de Castille et Léon comporte un fort pourcentage de personnes âgées. Au sein de cette région, les provinces de Zamora, Valladolid, Salamanque et Avila ont une population totale de 1 956 665 habitants. Parmi cette population, 2 432 personnes souffrent d'un handicap, 33% provenant d'une maladie mentale et 1 115 personnes d'une maladie mentale grave et prolongée.

La majeure partie des services psychiatriques sont concentrés autour du noyau Zamora-Toro. Une majorité de la population souffrant de troubles mentaux éprouve une grande difficulté à se déplacer en raison des distances au sein de ce territoire et des moyens de transports disponibles.

Pour pallier ce problème, INTRAS a prévu de mettre en place au sein du projet RESATER des programmes de suivi à distance des patients souffrant de troubles mentaux :

- TeleGRADIOR, qui permet aux usagers ne pouvant se déplacer d'avoir accès à un programme de réadaptation neuropsychologique grâce aux moyens de télécommunications
- Psicoed, programme de psychoéducation des familles de malades atteints d'Alzheimer, via Internet ;
- Tele atención telefónica (centre d'appel).

(Source : Données fournies par INTRAS)

II.2.6. Commune de Silvès (Portugal, Algarve) : répondre aux besoins médicaux et médicaux-sociaux d'une population vieillissante

La municipalité de Silves se caractérise par les éléments suivants :

- Une municipalité étendue qui comprend une **zone de l'Alentejo jusqu'à la côte algarve**.
- De **fortes asymétries internes** et des potentialités patrimoniales (historiques et de paysage)

De ce fait résultent les problèmes ressentis surtout au niveau de la saisonnalité et de la désertification.

En 2001, la municipalité présentait un taux de **vieillissement significativement élevé** (174% sur une base 100), quand nous la comparons avec l'Algarve (128%) ou avec le Portugal (102%), montrant ainsi une **claire dominance de la population ayant plus de 65 ans** face à la population ayant 15 ans ou moins. Ce vieillissement est d'autant plus préoccupant si nous considérons que le taux de natalité de la municipalité présente des valeurs plus bas que celui de la mortalité. Ce fait a contribué à une **croissance naturelle négative et au progressif vieillissement** de la structure de l'âge. Néanmoins, une augmentation de la quantité de la population s'est vérifiée pendant la dernière décennie due au solde migratoire, qui a été suffisant pour compenser la différence entre les taux de natalité et de mortalité.

Compte tenue des projections concernant la population, la récente évolution nationale de la mortalité et les données des prévalences par rapport aux maladies chroniques, il faut espérer une tendance à l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques et incapacitantes dans les années qui viennent. Cette donnée-ci pointe **le besoin de réorienter le rôle des dispositifs de santé et sociaux de façon à pouvoir garantir une couverture efficace des besoins du nouveau profil épidémiologique**. La population de 65 ans ou plus, ayant des pathologies chroniques, étant grande consommatrice de soins et composant la majorité **des usagers de l'EECI de Silves, le Centre d'Appels doit :**

- Informer et orienter l'utilisateur et/ou la famille ;
- Diminuer les hospitalisations ;
- Diminuer l'usage des services d'urgence ;
- Promouvoir l'auto-soin à domicile ;
- Renforcer l'intervention de l'EECI ;
- Faciliter l'accès aux soins.

(Source : Données et analyse transmises par la municipalité de Silvès, Algarve)

II.2.7. Analyse comparée des diagnostics locaux : tableau synthétique des données

Ci-dessous sont ordonnés les territoires étudiés et les critères qui qualifient leurs diagnostics santé.

Remarque :

Il apparaît plus pertinent en termes d'approche comparative de nommer les zones territoriales, plutôt que les partenaires du projet RESATER. Dans le cas des partenaires français, du partenaire espagnol asturien et du partenaire portugais, il n'y a pas de différence entre territoire et nom du porteur de projet, puisque ce sont les territoires en question qui sont partenaires. Pour les deux autres partenaires espagnols, les porteurs ne sont pas des entités représentant les territoires, mais des fondations, de recherche pour l'un (INTRAS) et de développement social pour l'autre (FDS).

Il est à noter que pour les six territoires le contexte est à la fois rural, montagneux et vieillissant.

	Type de territoire	Démographie	Problématique médicale
Pays de Couserans	Rural, montagnard (1 700 km2)	30 354 habitants : + de 30% de la population âgée	Désertification médicale et perte de services de proximité pour les personnes âgées
Pays de Figeac	Rural, montagnard (881 km2)	38 239 habitants	Désertification médicale et perte de services de proximité pour les personnes âgées
Communauté de Communes des Asturies, Zone sanitaire de Jario	Rural, montagnard (1 642 km2 pour la zone sanitaire étudiée)	48 936 habitants	Concentration des consultations pour le suivi du diabète sur l'hôpital de Jario
Pays de l'Aranda et de la Ribagorza	Rural, montagnard (560 km2 pour l'Aranda et 2 380 km2 pour la Ribagorza)	Aranda : 7 627 habitants / 84 % de la population concentrée sur une partie du Pays Ribagorza : 12 000 habitants	Absence de services médicaux et médicaux - sociaux de proximité pour la partie de la population vieillissante
Province de Zamora (Zamora, Puebla de Sanabria, Toro)	Rural, montagnard (31 005 km2)	195.665 habitantes / 1,2% de la population souffrant d'un handicap, dont 33% souffrant d'un handicap mental	Concentration des services psychiatriques autour de deux communes (Zamora-Toro)
Commune de Silves	Rural, montagnard (679 km2)	34 909 habitants / 23 % de la population âgée	Absence de services médicaux et médicaux - sociaux accessibles aux personnes âgées
Points communs	Rural, montagnard	Population vieillissante	Absence de services de proximité
Divergences notoires	Superficie du territoire puis nombre, taille et distance par rapport aux entités urbaines fortes	Nombre d'habitants (densité) et répartition	Aucune outre les spécialités médicales identifiées comme prioritaires

III. PLANS D'ACTION LOCAUX : FAISABILITE ECONOMIQUE, JURIDIQUE ET ORGANISATIONNELLE

Ci-dessous sont étudiées les faisabilités économiques, juridiques et organisationnelles des 6 plans d'actions locaux proposés par les partenaires RESATER. L'objectif est de mettre en évidence la qualité du service rendu en termes de coût, de délais et d'efficacité de la prise en charge médicale.

III.1. PAYS DE COUSERANS (FRANCE, MIDI-PYRENEES) : TELEMEDECINE EN RESEAU POUR LES EHPAD (MAISONS DE RETRAITE)

Le réseau territorial ÉchoSanté du Pays de Couserans souhaite expérimenter un outil de télémedecine/télécommunication entre sept Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) afin :

- D'optimiser la prise en charge des patients par un travail en réseau pluridisciplinaire, renforcé par l'utilisation des NTIC, pour éviter les déplacements,
- De connecter les EHPAD pilotes au réseau régional sécurisé de télémedecine haut débit (transmettre, héberger et partager les données) ;
- De mettre en place un centre de services Visioconférence au sein des EHPAD, bénéficiant aux professionnels de la zone, qui servira pour :
 - La réalisation de téléexpertise en matière de psychogériatrie, de gériatrie, de suivi de plaies et cicatrisation et pour le suivi des patients du service HAD,
 - Le développement d'un volet formation des professionnels de santé et d'un volet éducation thérapeutique des patients et de leurs entourages,
- De mettre en place un service de téléassistance via des valises de télémedecine, pour améliorer la gestion des urgences et la programmation des hospitalisations, en relation avec les urgences et le SAMU 09, De réaliser de la téléconsultation, en fonction de l'évolution des textes juridiques,
- De tester les services et les faire évoluer par retour utilisateur « ÉchoSanté ».

III.1.1. Faisabilité économique

L'équipement SDSL étant trop onéreux dans un premier temps, l'équipement simple en ADSL est jugé satisfaisant.

Les EHPAD devront supporter de nouveaux coûts :

- équipement en infrastructures de télécommunications : entre 4 000 et 15 000€ selon la qualité (formation et maintenance 3 ans comprises) ;
- connexion aux applications de télémedecine GIP RTR et équipement : abonnement entre 800€ et 2 500€/an selon la qualité.

Moyens techniques à mettre en œuvre :

- Connexion haut débit sécurisée dans les EHPAD (7 participants : Massat, Ercé, Castillon, Prat, La Bastide de Sérou, Sainte-Croix-Volvestre, St-Girons) : équipement 300€x6 + abonnement 775€x6 + 2500€x1
- Equipement de visio-conférence formation et maintenance 3 ans comprise (différents actes de télémedecine, formation) :
 - 1 unité par EHPAD (dans une salle non obligatoirement exclusive) : 5 400€x6
 - 1 unité haute performance au siège ÉchoSanté (dans une salle non obligatoirement exclusive) : 14 700€x1
 - 1 unité au bureau de psycho-gériatrie du CHAC : 8 700€x1
- Equipement de valise d'urgence communicante GSM / haut-débit (SAMU/SMUR) : logiciel et appareillage médical dans les EHPAD test (3 unités) : 8 250€x3
- Accès au serveur d'hébergement des données de santé GIP RTR

Soit un coût total de 85 000€ d'équipement et 7 000€ d'abonnement internet santé sécurisé pour l'expérimentation (hors moyens humains).

Pour minimiser les dépenses, il la mutualisation à terme de ces équipements sera évaluée avec les professionnels de la zone concernée.

Les coûts d'équipements et de fonctionnement de la télémedecine sont à calculer et mettre en regard des déplacements non déclenchés par le système de télémedecine mis en place (transferts/redéploiement).

III.1.2. Faisabilité juridique

Les aspects juridiques à prendre en compte concernent :

- La sécurisation de la transmission, de l'hébergement et de l'accès aux données ;
- La signature de protocoles entre les parties pour s'assurer de la bonne communication des systèmes (valises de télémedecine et visioconférence) ;
- Le consentement du patient.

L'action mise en place devra se conformer aux conclusions du Conseil d'éthique et de déontologie de l'Agence des Systèmes d'Information de Santé (ASIP).

III.1.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation

Le bon déroulement de l'action dépendra du respect des éléments organisationnels suivants :

- Adaptation de l'interface du logiciel GIP RTR (visioconférence et valise)
- Connexion des EHPAD et installation des équipements
- Formation d'un référent dans les EHPAD
- Assistance à distance
- Gestion des plannings
- Valises à demeure dans les EHPAD
- Mise en place d'un groupe de suivi
- Mise en place d'un système de statistiques

Compétences et moyens humains associés :

- Chargée de mission RESATER ½ temps (qualificative) pour suivre la totalité de l'expérimentation,
- Logisticien affecté au suivi de l'installation des équipements, et la première assistance in situ et à distance des personnels référents EHPAD (il formera la chargée de mission à l'utilisation du matériel qui prendra le relais), (environ 15 jours)
- Informaticien. (environ 30 jours)

III.2. PAYS DE FIGEAC (FRANCE, MIDI-PYRENEES) : TELEFORMATIONS, TELEEXPERTISES ET DOSSIER MEDICAL PARTAGE

Le Pays de Figeac souhaite mettre en place des services de télésanté pour favoriser l'attractivité du territoire et optimiser la prise en charge du patient et vise deux actions clés, complémentaires :

- **Equiper les Etablissements d'Hébergements pour Personnes Agées (EHPAD) d'un système de vidéoconférence**, bénéficiant à l'ensemble des professionnels de la commune, afin de développer la téléformation et la téléexpertise,
- **Développer la mise en œuvre et l'utilisation du Dossier Médical Personnel (DMP)**, service conçu pour faciliter les échanges et le partage d'informations entre acteurs de santé régionaux.

III.2.1. Faisabilité économique

Les aspects économiques à prendre en compte sont les suivants :

- Coût d'un coordinateur du réseau de santé, chargé de la mise en place et du suivi du projet de développement de la télémédecine sur le territoire de Figeac,
- Coût d'investissement en équipement de vidéoconférence pour les 7 EHPAD concernés (21 000 euros) ; coût d'abonnement (5 600 euros) ; coût de la solution logicielle,
- Economie de temps de déplacement,
- Economie de temps de travail.

En termes d'équipement, il faudra :

- Equiper les établissements de santé en système de vidéoconférence. Plan d'implantation : 1 unité par EHPAD (Lacapelle Marival, Latronquière, Cajarc, Bagnac sur Célé, Capdenac, Montredon) ; 1 unité à la Clinique Font-Redonde, et 1 unité (solution logicielle) chez les médecins participant au projet (coordinateur d'EHPAD + médecins de l'association coordination territoriale santé globale) 1 unité au bureau du Pays de Figeac,
- Equiper les établissements de santé ainsi que les professionnels libéraux en solution logicielle permettant l'accès à la plateforme régionale développée par le Groupement d'Intérêt Public Réseau de Télémédecine et eS@nté Midi-Pyrénées,
- Disposer d'une bonne couverture Internet sur tout le territoire pour pouvoir consulter et alimenter la plateforme / connexion ADSL.

III.2.2. Faisabilité juridique

Les aspects juridiques à prendre en compte sont les suivants :

- Mise en place des conditions nécessaires au respect du secret médical, relatives aux droits d'accès au Dossier Médical Personnel,
- Mise en place des conditions nécessaires au respect du secret médical, relatives au stockage et à la sécurisation des données,
- Respecter le code déontologique de la CNIL, relatif aux droits informatiques et libertés.

Les aspects éthiques concernent :

- L'Adhésion du patient,
- L'Echange d'informations médicales entre professionnels de santé,
- Le rapport singulier entre malade et médecin,
- le Risque de déshumanisation du patient en informatisant son dossier médical,
- la Conformité aux conclusions du Conseil d'éthique et de déontologie de l'Agence des Systèmes d'Information de Santé (ASIP).

III.2.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation

Le bon déroulement de l'action dépendra du respect des éléments organisationnels suivants :

- Adhésion des professionnels au projet ;
- Adhésion des patients au projet ;
- Présence d'un acteur sur le terrain pour communiquer, rendre compréhensible et visible le projet ;
- Installation d'équipements ;
- Formation des utilisateurs.

III.3. FACC (ESPAGNE, ASTURIES) : TELEDIAGNOSTICS APPLIQUES A L'OPHTALMOLOGIE ET A LA DERMATOLOGIE

La *Federación Asturiana de Consejos*, FACC (Association regroupant les 78 communes des Asturies) souhaite mettre en place des **services de télédiagnostics** afin d'incorporer les TIC :

- au dépistage de trois maladies ophtalmologiques : la **rétinopathie diabétique**, le glaucome et la dégénérescence maculaire ;
- au suivi de patients atteints de symptômes dermatologiques au sein des services de dermatologie de leur hôpital de référence.

III.3.1. Faisabilité économique

Les aspects économiques et financiers à prendre en compte sont :

- les coûts de développement,
- les coûts d'équipement,
- les coûts de mise en œuvre,
- les coûts de suivi de projet,
- le temps de déplacement économisé (tant pour les professionnels de santé que pour les patients) et les économies de transport.

III.3.2. Faisabilité juridique

Pour mener à bien le projet, FACC devra :

- S'assurer de la conformité des actions avec le cadre légal actuel en termes de confidentialité des données, sécurisation des données et responsabilité du service rendu,
- Définir un guide d'intervention en situation d'urgence,
- Prendre en compte les aspects légaux et éthiques existants sur l'impact des TIC sur l'autonomie, la bien traitance et la maltraitance,
- Prendre en compte les études sur l'impact des services à distance sur la relation interpersonnelle et les risques de déshumanisation.

III.3.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation

En termes d'organisation, la faisabilité de la mise en place des services de télédiagnostics dépend du respect des étapes suivantes :

- Le fournisseur de matériel de télédiagnostic formera l'équipe infirmière chargée des aspects techniques du service qui sera réalisé. Dans tous les centres participants, une équipe infirmière référente veillera au respect ces procédures,
- L'agenda des personnes dédiées au télédiagnostic de la rétinopathie devra prendre en compte cette nouvelle pratique et intégré dans le Centre participant,
- Une plateforme intégrée des différents services de santé sera développée afin de définir des caractéristiques communes d'usage, de flexibilité et de faisabilité,
- Une interface pertinente sera choisie pour que les professionnels accèdent aux services mis en place,
- La qualité de connexion à Internet devra être vérifiée pour s'assurer du bon déroulement du service proposé.

Les actions suivantes devront être réalisées pour disposer de moyens humains suffisants :

- Détection de professionnels compétents dans le suivi médical à distance, qui participeront à l'élaboration d'un modèle de bonnes pratiques de suivi à distance,
- Former et motiver les professionnels à partir d'un modèle de suivi médical à distance,
- Disposer d'un nombre pertinent de professionnels qui pratiqueront les suivis à distance,
- Produire une analyse des caractéristiques des professionnels qui s'adaptent le mieux à une pratique de suivi à distance.

III.4. FDS (ESPAGNE, ARAGONE) : MISE EN PLACE D'UN SERVICE DE TELECONSULTATION AU CENTRE DE SANTE DU SERVICE ARAGONAIS DE SANTE

La Fondation pour le Développement social (FDS) propose d'équiper les résidences pour personnes âgées « Comarca del Aranda », située dans la commune d'Ilueca (Zaragoza), et "Valle del Ésera" à Campo (Huesca) de services de télésanté permettant :

- aux professionnels de santé du Centre de Santé aragonais d'avoir accès au système d'information de santé central du Centre lorsqu'ils se rendent à la résidence (afin de faciliter la consultation des dossiers et émettre des ordonnances),
- la téléconsultation par visioconférence des médecins se trouvant au Centre de Santé, pour les résidents de la Comarca del Aranda et de Valle del Esera,
- la télétransmission des données des patients nécessaires pour le suivi de leurs pathologies (pression artérielle, taux de sucre...).

III.4.1. Faisabilité économique

Les aspects économiques à considérer sont :

- le coût des moyens et matériaux techniques ;
- le coût du personnel impliqué ;
- le gain de temps de déplacement et de travail ;
- l'évaluation de l'amélioration de la satisfaction des utilisateurs du service.

III.4.2. Faisabilité juridique

Les aspects juridiques à considérer sont :

- Le respect au code déontologique et du secret médical ;
- La sécurité des données à transmettre ;
- Les différents niveaux d'accès à l'information, en fonction de l'échelle médicale professionnelle.

D'un point de vue éthique, le porteur du projet, FDS, informera les patients sur la mise en place de l'action et demandera leur accord pour participer. Un consentement du patient sera signé avant toute implication dans le projet.

III.4.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation

FDS formera le personnel de la résidence, ainsi que celui du Centre de Santé déjà motivé par les enjeux du projet en termes d'organisation de leur travail.

Les patients déjà sensibilisés accueillent positivement l'action qui leur permettra d'économiser des coûts de déplacement et des temps d'attente.

Les ressources humaines impliquées sont :

- De la part de FDS : le personnel de la résidence et le personnel administratif du siège ;
- De la part du Centre de Santé d'Aragon : le personnel sanitaire du Centre de Santé de Ilueca, ainsi que le coordinateur du projet.

III.5. INTRAS (ESPAGNE, CASTILLE) : SANTE MENTALE ET TELEMEDICINE

La Fondation INTRAS souhaite mettre en place en Castille et Léon un réseau d'acteurs locaux de Télésoins en Santé mentale et psychiatrique. L'expérimentation se fera à Zamora, Toro et à Puebla de Sanabria.

III.5.1. Faisabilité économique

Les aspects économiques et financiers à prendre en compte sont :

- les coûts de développement,
- les coûts d'équipement,
- les coûts de mise en œuvre,
- les coûts de suivi de projet,
- le temps de déplacement économisé (tant pour les professionnels de santé que pour les patients) et les économies de transport grâce à la plateforme mise en place.

III.5.2. Faisabilité juridique

Pour mener à bien le projet, INTRAS devra :

- S'assurer de la conformité des actions avec le cadre légal actuel en termes de confidentialité des données, sécurisation des données et responsabilité du service rendu,
- Définir un guide d'intervention en situation d'urgence,
- Prendre en compte les aspects légaux et éthiques existants sur l'impact des TIC sur l'autonomie, la bien traitance et la maltraitance,
- Prendre en compte les études sur l'impact des services à distance sur la relation interpersonnelle et les risques de déshumanisation.

III.5.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation

D'un point de vue organisationnel, l'équipe d'INTRAS devra :

- Compter sur la motivation et l'intérêt des professionnels et des usagers sur la mise en place d'un service de suivi à distance,
- Prendre en compte la flexibilité du travail afin de favoriser l'accès aux patients situés dans les zones rurales,
- Disposer de l'appui de quelques professionnels clés dans les centres de santé des zones rurales pour encourager l'initiative,
- Propager l'action mise en place dans des services psychiatriques disposant de technologies diverses et de professionnels variés, ainsi que dans des zones géographiques multiples,
- Mettre au point des protocoles d'action pour faciliter la coordination intra et inter institutionnelle.

Les actions suivantes devront être réalisées pour disposer de moyens humains suffisants :

- Détection de professionnels compétents dans le suivi médical à distance, qui participeront à l'élaboration d'un modèle de bonnes pratiques de suivi à distance,
- Former et motiver les professionnels à partir d'un modèle de suivi médical à distance,
- Disposer d'un nombre pertinent de professionnels qui pratiqueront les suivis à distance,
- Produire une analyse des caractéristiques des professionnels qui s'adaptent le mieux à une pratique de suivi à distance.

III.6. COMMUNE DE SILVES (PORTUGAL, ALGARVE) : UNITE MOBILE EQUIPEE EN TELEMEDECINE

La municipalité de Silves souhaite mettre en place un centre d'appels incluant ses équipes mobiles de soins intégrés pour répondre aux besoins d'une population vieillissante atteinte de pathologies chroniques.

III.6.1. Faisabilité économique

Le matériel nécessaire à la mise en œuvre du projet est le suivant :

- Equipement au Centre de Santé : acquisition d'un ordinateur et d'une imprimante, d'un logiciel nécessaire pour que le personnel du Centre qui se déplace puisse accéder au programme informatique des services primaires et à leur Intranet et installation du logiciel nécessaire pour effectuer des vidéoconférences,
- Equipement pour les membres de l'équipe mobile : ordinateurs portables avec webcam et système de navigation dans leurs véhicules, téléphones mobiles.

Une ligne ADSL haut débit est requise.

III.6.2. Faisabilité juridique

Les aspects juridiques et éthiques à prendre en compte sont les suivants :

- Obtenir le consentement éclairé de l'utilisateur,
- Garantir un niveau de droit d'accès l'accès à l'information sur la plate-forme d'appel,
- Garantir des cessions de connexion avec mots de passe, selon le profil du professionnel,
- Garantir un accès web limité (plate-forme Web https),
- Protection de l'épanouissement physique, mental et moral des usagers,
- Respect du patient ;
- Confidentialité des appels.

III.6.3. Faisabilité organisationnelle et mode d'animation

D'un point de vue organisationnel, il faudra veiller à :

- La composition des professionnels et des pilotes d'usagers (et de leurs familles),
- La formation des ressources humaines,
- L'élaboration de protocoles d'intervention (algorithmes, modèles d'enregistrement),
- La préparation de dépliant et de brochures pour informer, former et communiquer,
- L'affectation du matériel manquant,
- La formation des usagers du système,
- Maintenir la motivation des équipes impliquées.

En termes de ressources humaines, deux types d'équipes seront affectées :

- **Equipe de coordination**, composée de médecins, infirmières et de professionnels médico-sociaux et de représentants de la Section de la protection sociale de la Municipalité de Silves. Elle est chargée de former les ressources humaines et de superviser les activités de l'équipe.

Concernant la planification et la supervision des soins, elle intervient notamment sur :

- l'évaluation et la préparation des données statistiques,
- la gestion des ressources humaines et matérielles,
- l'élaboration d'un rapport mensuel des activités.
- **Equipe mobile de soins**, composée de quatre infirmières et d'une Directrice des soins.

Cette équipe est chargée de :

- l'assistance aux utilisateurs selon le protocole défini,
- la gestion des appels avec un historique,
- pratiquer des Soins à domicile.

III.7. ANALYSE COMPAREE DES PLANS D'ACTION : TABLEAU SYNTHETIQUE DES DONNEES

	Nom de l'action	Actes de télémédecine concernés	Pathologie(s) visée(s)	Expériences locales en TIC & Santé (3 niveaux : Débutant, Avancé, Confirmé)	Faisabilité économique	Faisabilité juridique	Faisabilité organisationnelle et mode d'animation
Pays de Couserans (Syndicat mixte du pays Couserans)	Mise en place d'un réseau de télésanté entre sept établissements pour personnes âgées	Téléexpertise Téléassistance (Téléconsultation)	Multipathologies chroniques (personnes âgées)	Avancé	Coût de l'équipement chiffré (55 000 euros pour les 8 sites)	Respect des règles nationales de sécurisation des données et du respect du consentement du patient	Mise à disposition d'un coordinateur qui sera en lien avec un référent télémédecine dans chaque EHPAD
Pays de Figeac (Association pour le développement du Pays de Figeac)	Mise en place d'un pôle de télésanté dédié aux personnes âgées et mise en place d'un DMP	Téléconsultation Téléexpertise, DMP	Multipathologies chroniques (personnes âgées)	Débutant	Coût de l'équipement chiffré (26 600 euros pour les 7 EHPAD)	Respect des règles nationales de sécurisation des données et du respect du consentement du patient	Mise à disposition d'un coordinateur du réseau de santé, chargé de la mise en place et du suivi du projet de développement de la télémédecine sur le territoire de Figeac
Communauté de Communes des Asturies (FACC)	Mise en place de services de télédiagnostics en dermatologie et en ophtalmologie	Téléconsultation	Diabète	Avancé	Non chiffrée	Respect des règles nationales de sécurisation des données et du respect du consentement du patient	Mise en place d'un modèle de suivi médical à distance et formation de professionnels impliqués dans les enjeux de la télémédecine

Pays de l'Aranda et de la Ribagorza (FDS)	Mise en place d'un service de téléconsultation dans deux Résidences pour personnes âgées	Téléconsultation	Multipathologies chroniques (personnes âgées)	Avancé	Coût de l'équipement chiffré pour les deux Résidences : 27 702 €	Respect des règles nationales de sécurisation des données et du respect du consentement du patient	Formation du personnel des Résidences ainsi que celui du Centre de Santé. Mutualisation des équipements utilisés dans le projet RESATER et le Service de Santé aragonais pour assurer une relation durable entre ce Service et les Résidences.
Provinces de Valladolid, Zamora et Salamanque (INTRAS)	Mise en place d'un réseau d'acteurs locaux de Télésoins en Santé mentale et psychiatrique	Téléconsultation Téléexpertise	Psychiatrie	Confirmé	Non chiffrée	Respect des règles nationales de sécurisation des données et du respect du consentement du patient	Mise au point de protocoles d'action pour faciliter la coordination intra et inter institutionnelle
Commune de Silves	Mise en place d'un centre d'appels incluant des équipes mobiles de soins intégrés	Télésurveillance médicale	Multipathologies chroniques (personnes âgées)	Débutant	Non chiffrée	Respect des règles nationales de sécurisation des données et du respect du consentement du patient	Mise en place d'une équipe de coordination
Points communs		Cinq des six partenaires mettent en place des services qui se reportent à la téléconsultation/téléexpertise	Le Pays de Couserans, le Pays de Figeac, FDS et la Commune de Silves s'intéressent aux multipathologies (des personnes âgées notamment)	Expériences déjà réussies dans la mise en place de services de télémedecine ou/et de systèmes d'information de santé pour 4 des partenaires	Absence de chiffrage global du coût de l'action	Vigilance sur la prise en compte la réglementation existante en matière de sécurisation des données et du respect du consentement du patient	Prise en compte par tous les partenaires de la notion de référent, d'animation d'acteurs et de mise en place de protocoles d'action reproductibles

Divergences notoires		Seul le partenaire portugais, la Commune de Silvès, met en place un service qui se reporte à la télésurveillance médicale et le partenaire Pays de Figeac met en corrélation les services de télémedecine mis en place avec le DMP	INTRAS et FACC sont les seuls partenaires qui s'intéressent à une pathologie spécifique	Le Pays de Figeac et la Commune de Silvès sont les deux partenaires qui débutent dans la mise en place de services de télémedecine	Absence totale de chiffrage pour les partenaires espagnols et portugais		
----------------------	--	--	---	--	---	--	--

IV. VADEMECUM DES PLANS D' ACTIONS SANTE ET TELEMEDECINE DANS LA REGION SUDOE : ANALYSE COMPAREE RESATER ET OUTIL D'AIDE A LA DECISION GENERIQUE

La grille d'analyse fournie en pièce jointe, en format Excel (« RESATER-Grille_analyse_COMPILEE_DONNEES_270410 »), offre une vue transversale des régions et des différents plans d'actions impliqués dans RESATER et met en évidence la transnationalité des projets. Elle a été établie afin d'aider les partenaires à structurer leurs plans d'action.

Elle inclue des indicateurs d'efficacité en termes de :

- gain de temps
 - Critères inclus dans la Grille d'analyse des projets : Nombre d'utilisations effectuées (par jour, par semaine, par mois, par an), Impact (santé publique et continuité d'accès aux soins, développement économique, aménagement du territoire, développement durable, tous/autre)
- d'accès aux services pour les régions rurales
 - Critères inclus dans la Grille d'analyse des territoires : Accessibilité (Temps moyen d'accès des urgences en minutes), Réseaux disponibles, Nombre de systèmes de visioconférence
 - Critères inclus dans la Grille d'analyse des projets : Stade d'avancement (recherche / idée / prototype / expérimentation / évaluation / passage à l'acte / en application / retours d'expériences)
- d'autonomie (en palliant la pénurie de professionnels de santé en zone rurale)
 - Critères inclus dans la Grille d'analyse des territoires : Nombre de médecins généralistes, Dont plus de 55 ans, Nombre d'infirmiers libéraux, Nombre de kinésithérapeutes, Etablissements de soins (statut, nombre de lits), Nombre d'établissements pour personnes âgées (Nombre de lits), Spécialités médicales présentes (réseaux), Spécialités médicales déficitaires, Pathologies prévalentes, Fuite des patients, Capacité d'innovation
 - Critères inclus dans la Grille d'analyse des projets : Impact (santé publique et continuité d'accès aux soins, développement économique, aménagement du territoire, développement durable, tous/autre)

Appliquée ici aux six partenaires du projet RESATER, cette grille d'analyse a été conçue comme un outil d'aide à la décision, pour mener à bien des projets pilotes **santé et télémédecine dans la région SUDOE**.

V. ANALYSE CROISEE DES PLANS D'ACTION LOCAUX : SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS ET PLAN DE VALORISATION

V.1. ADEQUATION DES REFERENTIELS NATIONAUX, DIAGNOSTICS LOCAUX ET PLANS D'ACTION : TABLEAU SYNTHETIQUE DES DONNEES

Le tableau ci-dessous souligne l'adéquation de la réponse fournie par les Plans d'action des partenaires du projet RESATER aux objectifs des référentiels nationaux et régionaux, et aux besoins exprimés dans les diagnostics locaux de chaque territoire.

	Référentiel national / Référentiel régional	Diagnostic local	Plan d'action	Réalisable en France, Espagne, Portugal
Pays de Couserans (Syndicat mixte du pays Couserans)	Recommandations Rapport Lasbordes - R. n° 5 : « Mobiliser la télésanté au service des handicaps et des personnes âgées dépendantes »	Désertification médicale et perte de services de proximité pour les personnes âgées	Mise en place d'un réseau de télésanté entre sept établissements pour personnes âgées	OUI
Pays de Figeac (Association pour le développement du Pays de Figeac)	Recommandations Rapport Lasbordes - R. n° 5 : « Mobiliser la télésanté au service des handicaps et des personnes âgées dépendantes »	Désertification médicale et perte de services de proximité pour les personnes âgées	Mise en place d'un pôle de télésanté dédié aux personnes âgées et mise en place d'un DMP	OUI
Communauté de Communes des Asturies (FACC)	Priorité sanitaire de la CA des Asturies - « Mettre en place des services basés sur les TIC afin de lancer des programmes de télémédecine en ophtalmologie, dermatologie et autres maladies chroniques, avec comme objectifs d'éviter les déplacements inutiles des citoyens et de permettre un diagnostic et un traitement plus rapides de ces maladies »	Concentration des consultations pour le suivi du diabète sur l'hôpital de Jario	Mise en place de services de télédiagnostics en dermatologie et en ophtalmologie	OUI

Pays de l'Aranda et de la Ribagorza (FDS)	Plan stratégique de développement de la télémédecine et de l'usage des TIC en santé de l'Aragon - « Dans les zones isolées, équiper les médecins d'un matériel de communication portable, afin de garantir les mêmes connexions avec les centres de santé ou les hôpitaux »	Besoin de déplacements des patients et des professionnels qui es y professionnelles que nécessitent des investissements en temps et en argent et conditionnent la qualité des soins	Remplacement de l'assistance physique par une assistance virtuelle à travers l'accès à distance au dossier patient et la mise en place d'un système de téléconsultation	OUI
Provinces de Valladolid, Zamora et Salamanque (INTRAS)	Plan régional de santé mentale et d'assistance psychiatrique en Castille et Léon - Stratégie 3 - Activité 4. « Mise en marche d'un programme de télépsychiatrie spécifiquement destiné à des personnes vivant dans des villes isolées et visant à améliorer l'échange d'expériences entre professionnels »	Concentration des services psychiatriques autour de deux communes (Zamora-Toro- La Puebla de Sanabria)	Mise en place d'une plateforme de télépsychiatrie	OUI
Commune de Silves	Action nationale "Services de santé en ligne" : « améliorer la communication entre médecins et patients à travers des applications basées sur Internet et les services de téléphonie mobile, afin de suivre les patients atteints de maladies chroniques et d'apporter un soutien aux familles »	Absence de services médicaux et médicaux-sociaux accessibles aux personnes âgées	Mise en place d'un centre d'appels incluant des équipes mobiles de soins intégrés	OUI

V.2. ANALYSE DES CHAMPS DE COOPERATION ENTRE LES PARTENAIRES DU PROJET RESATER

Ci-dessous sont livrées les conclusions et recommandations détaillées d'une analyse croisée des points communs et divergences des partenaires du projet RESATER. L'objectif est d'identifier les champs de coopération entre chaque acteur, sur la base de cadres nationaux, de retours d'expériences et de besoins communs.

Respect des référentiels nationaux

En comparant les plans d'action dégagés par les six partenaires, il apparaît que tous sont en conformité avec les référentiels nationaux et les stratégies locales concernés. Il est à noter que si la France et le Portugal sont en phase direct avec les préconisations nationales, les trois régions espagnoles (Aragon, Castille et Léon et Asturies) se rapprochent davantage des plans d'action établis par leur Communauté autonome respective.

La zone SUDOE étudiée exprime là un **point de divergence, toutefois non contraignant pour une mutualisation des projets de télésanté** : la France et le Portugal sont comparables en termes de priorisation des référentiels, tandis que l'Espagne dispose d'un champ de manœuvre plus souple quant au respect des directives nationales. Cet aspect est décisif pour les porteurs de projets qui souhaitent mener des actions dans ces zones : **le levier d'action se trouve davantage au niveau régional en Espagne.**

Perception nationale de la télémedecine

La France est le seul pays disposant d'une définition légale de la télémedecine, inscrite dans le Code de Santé publique¹⁷, et en attente d'un décret pour une définition opérationnelle des actes de télémedecine.

En Espagne, l'Institut de recherche national sur la Santé, Carlos III (Instituto de Salud Carlos III) et son unité dédiée à la télémedecine propose des définitions de la télésanté et de la télémedecine, prises en compte dans la mise en œuvre des applications nationales et régionales, mais sans aucune répercussion légale dans les textes de loi.

42454545

¹⁷ Code de la santé publique, Chapitre VI : Télémedecine -

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=371D90277A81A7189B675F9837E56E7D.tpdjo10v_2?idSectionTA=LEGISCTA000020891704&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100917

Au Portugal aucune définition nationale n'est proposée et le Conseil national de l'Ordre des médecins manifeste clairement une méfiance vis-à-vis de la télémédecine

La hiérarchisation d'acceptation de la télémédecine est notable entre ces trois pays : si la France et l'Espagne se rapprochent relativement, le Portugal démontre clairement un doute de la population sur les conséquences de cette nouvelle pratique de médecine à distance.

Lors de coopérations interrégionales, cette considération déontologique et éthique est donc un paramètre essentiel à prendre en compte.

Coopérations en matière de Systèmes d'information mutualisés

Au vue des référentiels nationaux et des diagnostics locaux, **les trois pays semblent prêts à mutualiser des projets de télésanté permettant d'améliorer l'échange d'information entre institutions de santé** afin de faciliter la coordination des soins. Que ce soit le Dossier médical partagé (DMP) en France, la Carte d'utilisateur du Système National de Santé et le dossier de santé électronique dans les institutions de santé au Portugal, la Carte de Santé et le développement de dossiers médicaux électroniques en Espagne, les volontés de mise en place d'un système d'information intégré et interopérables sont les mêmes. **Les coopérations pour mutualiser les bonnes pratiques et favoriser une mise en place rapide et durable de ces systèmes sont donc pertinentes.**

Coopérations en matière de Services de télémédecine

La France, avec le **Pays de Couserans** et le **Pays de Figeac**, et l'Espagne, avec la **région d'Aragon**, ont des plans d'action similaires : **équiper des établissements pour personnes âgées de services de télésanté et télémédecine.**

Naturellement, des coopérations interrégionales se dégagent plus particulièrement entre ces trois partenaires.

Un autre axe de coopération peut se dégager en matière de téléconsultation et de télédiagnostic, entre la **Castille**, qui souhaite mettre en place un réseau d'acteurs locaux de Télésoins en Santé mentale et psychiatrique, et les **Asturies** qui vise la mise en place de services de télédiagnostics afin d'incorporer les TIC pour le dépistage de trois maladies ophtalmologiques : la rétinopathie diabétique, le glaucome et la dégénérescence maculaire ; et le suivi de symptômes dermatologiques.

L'action qui se démarque davantage est celle du Portugal, où l'objectif est de mettre en place un Centre d'appels avec une équipe de soins mobile.

En conclusion, il apparaît que pour les applications de télémédecine, où la relation traditionnelle médecin/patient est remise en cause par les télécommunications et la distance, la mise en œuvre de services opérationnels communs entre la France et l'Espagne est pertinente, les perceptions nationales étant relativement communes.

Avec le Portugal, les coopérations semblent davantage possibles en termes de réflexions sociétales, plutôt que pour le lancement de projets opérationnels, où les questions éthiques et déontologiques sont encore en maturation et pourraient se poser en frein.

Bien sûr, l'échange de bonnes pratiques est à encourager entre tous les acteurs.

Valorisation du projet

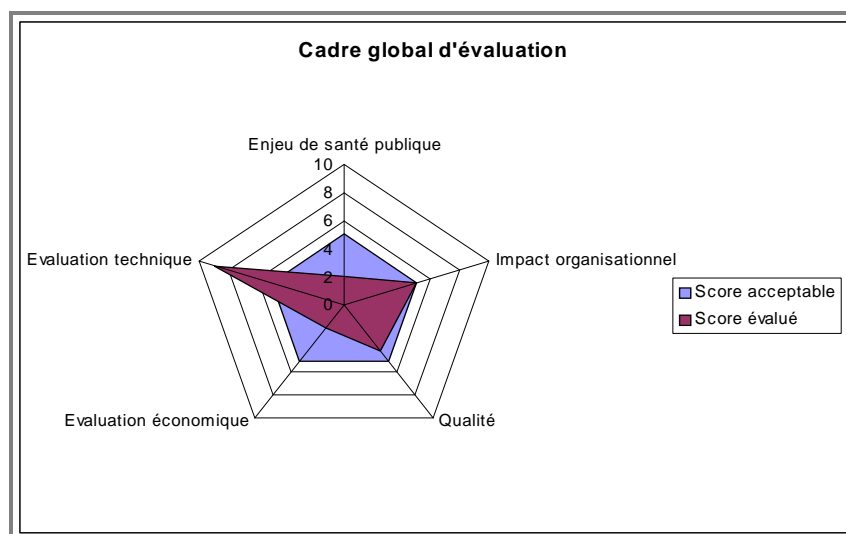
L'étude de faisabilité de chaque plan d'action met bien en évidence la qualité du service qui sera rendu en termes de coût, de délais et d'efficacité de la prise en charge médicale.

Pour valoriser au mieux le projet, il est conseillé d'affiner l'étude de faisabilité issue des plans d'actions par une **évaluation multicritères sur la base de la méthode Le Goff/Picard**, via l'**Institut Telecom Bretagne**¹⁸.

Cette évaluation multicritères des projets constitue une des « bonnes pratiques » identifiées par le CATEL comme primordiales pour la pérennisation et la réussite des projets dans ce secteur d'activité, et favorise un développement équilibré des nouveaux usages. Elle pourra être appliquée dans les 3 phases de l'étude-action (notamment dans la définition/priorisation du périmètre, la définition des pratiques réellement efficaces, ...).

Ces critères sont regroupés en 5 catégories :

1. Les enjeux de santé publique de la télésanté, notamment la qualité des soins, la qualité de vie, qualité de pratique et des considérations de santé publique (incidence sur la morbidité, mortalité...);
2. L'évaluation technique par des considérations de sécurité et de qualité de transmission de l'information, ...;
3. L'évaluation économique, par la mesure des coûts et des coûts évités (comme les déplacements, la durée d'hospitalisation...) et l'accès aux soins, ...;
4. L'aspect qualité par les notions de satisfaction, appropriation, confiance, utilisation...;
5. L'impact organisationnel et la prise en compte de l'évolution de la pratique médicale, de la formation, de la collaboration entre acteurs.



Exemple de résultat d'évaluation multicritère d'un projet de télésanté, réalisée par TELECOM Bretagne (Source : TELECOM Bretagne, CGIET/Ministère de l'Industrie)

Par ailleurs, un **plan de valorisation** pourra être mis en place à travers les actions suivantes :

- diffusion des Fiches actions
- mise en place d'une cartographie des plans d'actions lors de la phase 4 du projet
- mise en place d'une réunion interrégionale de Télésanté par l'intermédiaire de la visioconférence
- rédaction de publications, participation à des événements, au niveau local / régional / interrégional et au niveau national, européen et international

44454545

¹⁸ TIC, santé, autonomie, services : Evaluation de l'offre et de la demande, Rapport présenté par Robert PICARD, Ingénieur général, Ministère de l'Economie, de l'Industrie et des Finances, CGIET, Avril 2009 - http://www.cgiet.org/documents/Rapport_Picard_2009_19_CGIET_.pdf

VI. ANNEXES

Se reporter au document Partie III du livrable 3 RESATER : « Analyse comparée des environnements juridiques et techniques des systèmes sanitaires (médicaux) de la zone SUDOE et des situations locales des partenaires du projet RESATER-SUDOE dans le cadre du programme INTERREG IVB « SUDOE - Partie III - Rapport de phase 3 : Annexes »