e-santé CENTRE

#3 LE MAGAZINE DE LA TÉLÉMÉDECINE
en région Centre-Val de Loire

08 **DOSSIER**

DMP, MSS, plateforme télémédecine

03 **INTERVIEW**
L'e-santé est un levier

23 **REPORTAGE**
La télémédecine en centre pénitentiaire

télémédecine CENTRE-VAL DE LOIRE

ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

03 **INTERVIEW CROISÉE**

ANNE BOUYGARD ET JEAN-CLAUDE BARBOT

« L'E-SANTÉ EST UN LEVIER »

06 **EN BREF**

06 **SNACs**

06 **e-santé : de nouvelles instances de co-construction**

07 **FOCUS**

La rémunération des actes de télémédecine

08 **DOSSIER**

DMP, MSS, Plateforme télémédecine

15 **REPORTAGES**

15 **Vers une transmission structurée**
Des lettres de liaison et des comptes rendus de biologie médicale

19 **Insuffisance cardiaque**
La télésurveillance au domicile des patients

23 **La télémédecine en centre pénitentiaire**
De multiples avantages

26 **Accès aux soins**
- « Un confort d'exercice »
- Des consultations évitées
- Un dispositif « performant »

30 **DÉCRYPTAGE**

Stratégie e-santé
Une nouvelle gouvernance en action

e-santé Centre #3

Directeur de la publication : Anne BOUYGARD
Chargés de projet : Dominique PIERRE et Mathieu MERCIER
Comité éditorial : Thomas MARTIN et Dr Saïda FKIR
Rédaction : Derédac, Jacques HUGUENIN
Photographies : Cyril CHIGOT
Conception et réalisation : www.goodby.fr
Impression : Prévost Offset
Dépôt légal : Juin 2018
ISSN : En cours

« L'e-santé est un levier »

Anne Bouygard, directrice générale de l'ARS et Jean-Claude Barbot, directeur de la CPAM du Loiret et directeur coordinateur de la gestion du risque en Centre-Val de Loire, partagent la conviction que l'e-santé, notamment dans notre région, peut contribuer à améliorer l'accès aux soins et l'efficience du système de soins.

« LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DOIVENT ÊTRE ASSOCIÉS AUX CHOIX DES SOLUTIONS TECHNIQUES »

ANNE BOUYGARD

POURQUOI ET COMMENT L'ASSURANCE MALADIE EST-ELLE DEVENUE UN ACTEUR DE LA STRATÉGIE RÉGIONALE D'E-SANTÉ ?

Jean-Claude Barbot : Tout d'abord, l'Assurance maladie ne découvre pas l'e-santé aujourd'hui ! Nous nous y intéressons depuis plus de dix ans et avons déjà initié des programmes numériques tels que Sofia et Santé active, dont environ 8 000 patients bénéficient actuellement en Centre-Val de Loire. L'Assurance maladie est également chargée, depuis 2016, du déploiement du dossier médical partagé (DMP) et, depuis le début de l'année, de la négociation conventionnelle sur la rémunération des actes de télémédecine. Notre rôle en matière d'e-santé s'est renforcé car nous partageons avec l'ARS deux convictions : il faut accroître l'efficience du système de soins, c'est-à-dire mieux soigner, au juste coût, et améliorer l'accès aux soins, dans un contexte régional marqué par la pénurie de médecins. Pour ces deux objectifs, l'e-santé est un levier.

QUE DÉSIGNE-T-ON PAR LE TERME D'E-SANTÉ ?

Anne Bouygard : L'e-santé englobe deux choses : la télémédecine, qui regroupe des actes définis par la loi qui, parce qu'il s'agit de médecine, seront rémunérés par l'Assurance maladie, et les services numériques d'appui à la coordination en santé. Ces « Snacs » comprennent un socle existant composé du DMP et de la messagerie sécurisée de santé (MSS), tous deux portés par l'Assurance maladie, du répertoire opérationnel des ressources (ROR), etc., ainsi que des dispositifs – qui restent à créer – de coordination entre professionnels de santé et de gestion des parcours de soins, notamment entre les établissements sanitaires, médico-sociaux et les cabinets de ville. Ces deux volets de l'e-santé, dans lesquels l'ARS et l'Assurance maladie sont liées, répondent au double objectif de la qualité des soins et de l'accès aux soins.

COMMENT SERONT DÉVELOPPÉS CES SNACS, TRÈS ATTENDUS PAR LES PROFESSIONNELS ?

A. B. : L'ARS dispose d'une feuille de route pour déployer en trois ans les

Snacs sur toute la région. C'est un chantier qu'elle partage avec l'ensemble de ses partenaires : l'Assurance maladie, les représentants des professionnels de santé, des établissements, des usagers et des collectivités territoriales, dans le cadre d'une nouvelle gouvernance autour de la commission de coordination des politiques publiques (CCPP) d'e-santé installée fin 2017 (*lire en page 6*). Pour tous les projets identifiés, nous nous appuierons sur le groupement régional d'appui au développement de l'e-santé (*Grades, lire en page 30*) qui vient d'être créé sous la forme d'un groupement d'intérêt public et qui en assurera la maîtrise d'ouvrage, là aussi en co-construction avec les futurs utilisateurs. Cette démarche participative vise à garantir que les outils mis en place correspondent aux besoins exprimés et génèrent des usages. Les professionnels de santé doivent être totalement associés aux choix des solutions techniques.

COMMENT INTÉGRER DAVANTAGE LA TÉLÉMÉDECINE DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ?

A. B. : Elle n'est, en effet, pas encore entrée dans les pratiques courantes. Dans les prochaines années, il faut que la manière de soigner les patients intègre naturellement les possibilités offertes par la télémédecine. Cette « bascule » sera favorisée par l'implication directe de l'Assurance maladie dans le financement des actes. Mais nous devons aussi passer d'une mosaïque d'initiatives individuelles à une organisation visible et accessible régionalement. Cette ambition, sur laquelle nous travaillons au sein de la CCPP e-santé, nécessite de structurer la réponse aux besoins au niveau régional, d'organiser l'offre de télémédecine sur tout le territoire, en s'affranchissant des distances, pour que davantage de ressources soient mises à disposition.

J.-C. B. : L'e-santé se développera si la convention sur la rémunération des actes de télémédecine est attractive bien sûr, mais surtout si les médecins investissent ce terrain. Ils ont aujourd'hui l'opportunité de participer à la construction de services et d'outils numériques qui concourront à l'amélioration de l'accès aux soins et de l'efficience du parcours de soins.

« L'E-SANTÉ SE DÉVELOPPERA SI LES MÉDECINS INVESTISSENT CE TERRAIN »

JEAN-CLAUDE BARBOT

SNACs : le cadre de leur déploiement est validé

Le déploiement des SNACs, ce bouquet de « services numériques d'appui à la coordination des soins », harmonisés et communs à tous les acteurs de la coordination du parcours de soins du patient, va pouvoir entrer dans les faits en 2018-2019. Car *« les SNACs vont être co-construits par les membres de la Commission de coordination des politiques publiques en E-santé (CCPP E-santé), qui intègre l'ensemble des représentants des professionnels et institutions impliqués dans le domaine de la santé (Conseil régional, conseils départementaux, usagers, Assurance maladie, représentants des professionnels libéraux et hospitaliers…),* indique Estel Quéral, chef de projet régional des fonctions d'appui aux professionnels de santé à l'ARS Centre-Val de Loire. *Cette CCPP E-santé, mise en place le 4 octobre 2017, s'est réunie le 14 février dernier pour valider les grands principes du cadre de déploiement des SNACs ».*
Dans un premier temps ont été réalisés un état des lieux et un partage du diagnostic de l'existant dans la région, en termes de services numériques dédiés à la santé.

Quatre orientations stratégiques en découlent :

- Consolider le 1er niveau des services « socles » d'échange et de partage (MSS, ROR, DMP, identito-vigilance, portail commun aux professionnels et aux usagers…).
- Approfondir l'étude sur la notion d'appui à la coordination pour bien identifier les besoins des professionnels.
- Obtenir l'engagement des représentants régionaux et territoriaux pour déployer ces SNACs au niveau de la région et des territoires, en sachant qu'un territoire mature a été identifié, l'Indre-et-Loire, où convergent divers dispositifs de coordination (réseaux de santé, MAIA, Coordination territoriale d'appui - CTA de Paerpa) pour structurer une future plateforme territoriale d'appui (PTA), avec une réelle dynamique de création de communautés professionnelles territoriales de santé (3 CPTS), et qui compte davantage de DMP, de logiciels MSS et DMP compatibles que les autres départements de la région.
- Enfin, articuler les réflexions en cours sur les systèmes d'information des GHT (groupements hospitaliers de territoire) avec celles sur les SNACs pour décloisonner le parcours de santé de l'usager.

+

e-santé : de nouvelles instances de co-construction

L'instruction du ministère des Affaires sociales et de la Santé du 10 janvier 2017 a posé le cadre d'une nouvelle gouvernance en matière de politique régionale d'e-santé. Rappelant le rôle de l'Agence régionale de santé – *« définir la stratégie régionale d'e-santé et organiser sa mise en œuvre »* –, le texte introduit un *« dispositif de concertation régionale »* permettant à l'ARS d'associer à l'exercice de cette mission l'ensemble des acteurs régionaux concernés. En Centre-Val de Loire, une commission de coordination des politiques publiques (CCPP) d'e-santé a ainsi été installée le 4 octobre 2017. Pilotée par l'ARS, elle en fédère les partenaires en réunissant des représentants de l'Assurance maladie, des fédérations, des Unions régionales des professionnels de santé (URPS), des associations de patients et d'usagers mais aussi des conseils régional et départementaux.
Mue par une volonté de décloisonnement, la CCPP e-santé intervient dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation de la stratégie régionale d'e-santé. Une stratégie dont la mise en œuvre est désormais confiée au Grades, le Groupement régional d'appui au développement de l'e-santé instauré par cette même instruction ministérielle (*lire en page 30*). Créé en Centre-Val de Loire le 20 mars 2018 sous la forme d'un Groupement d'intérêt public (GIP), le Grades compte déjà 76 membres réunis dans un esprit d'échange et de co-construction. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en cours de définition avec l'ARS doit préciser les contours des grands projets dont le GIP, financé par le fonds d'intervention régional, a la charge : l'amplification des usages de télémédecine, le développement des services numériques d'appui à la coordination (Snacs), la mise en place de la mutualisation des images médicales en région Centre-Val de Loire (Mirc), l'anticipation des besoins en matière de très haut débit…

UNE STRATÉGIE DONT LA MISE EN ŒUVRE EST DÉSORMAIS CONFIÉE AU GRADeS

Périodiquement, l'ARS fera le point avec le GIP sur l'avancée de sa feuille de route. L'Agence régionale de santé a par ailleurs procédé à une réorganisation interne : l'e-santé est désormais pilotée par la direction de l'offre sanitaire afin d'assurer une plus forte intégration des systèmes d'information de santé dans la logique des métiers. Plus transversale, plus concertée, la mise en œuvre de l'e-santé sera facilitée, voire accélérée par l'implication active et coordonnée de toutes les parties prenantes.

FOCUS

La rémunération des actes de télémédecine

Si l'introduction dans le droit commun des actes de téléconsultation et de télé-expertise doit être effective au plus tard le 1er juillet 2019, sur la base de la négociation conventionnelle qui vient de s'achever, la télésurveillance reste pour quatre années supplémentaires dans le champ de l'expérimentation. Un forfait annuel est par ailleurs proposé aux structures qui envisagent d'accueillir, pour des téléconsultations, des patients de leur territoire.

NÉGOCIATION SUR LA TARIFICATION DES ACTES DE TÉLÉMÉDECINE

Afin de développer la télémédecine, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a prévu de faire entrer la téléconsultation et la télé-expertise dans le droit commun, en confiant aux partenaires conventionnels le soin de définir les tarifs et les modalités de réalisation de ces actes. La négociation s'est ouverte le 18 janvier 2018 avec l'ensemble des syndicats de médecins et l'Unocam, et s'est achevée fin mars. Elle visait à fixer un cadre de mise en œuvre pour ces deux pratiques qui relevaient jusqu'alors d'expérimentations, à savoir :

- Définir le champ de l'acte de la téléconsultation, ses modalités de prise en charge et de réalisation (définition, champ d'application, tarifs) ;
- Permettre la prise en charge et le déploiement de la télé-expertise, en lui donnant notamment une traduction tarifaire ;
- Lever les freins et les contraintes pour favoriser le déploiement de la télémédecine en exercice libéral.

Les tarifs conventionnels des téléconsultations et télé-expertises entreront en vigueur le 1er juillet 2019 au plus tard. En attendant, le cadre de l'expérimentation Étapes est maintenu.

Si le déploiement de la télémédecine doit concerner l'ensemble des pathologies et donc des spécialités médicales, l'Assurance maladie entend adopter une démarche progressive qui concernerait au départ les patients en affection de longue durée (ALD) ou souffrant de maladies rares ainsi que les résidents en Ehpad mais aussi, de manière plus générale, les zones très déficitaires en offre médicale.

UN FORFAIT POUR DES « SPOTS » DE TÉLÉCONSULTATION

Un financement forfaitaire a été mis en place fin 2017 pour les structures – établissements médico-sociaux, centres de santé et MSP – susceptibles d'accueillir des patients pour des téléconsultations et en effectuant au moins 50 par an à partir de la signature de la convention avec l'ARS.

D'un montant annuel de 28 000 euros, ce forfait peut servir à financer des équipements ou l'emploi (embauche, salaire, compensation du temps passé…) du personnel dédié et formé aux téléconsultations : infirmier, aide-soignant, employé d'un service de soins à domicile… En Centre-Val de Loire, il est cumulable avec les subventions d'investissement pour l'acquisition du matériel nécessaire à la réalisation de ces actes.

Dans la région, plusieurs structures sont éligibles, notamment dans les territoires isolés médicalement, où le dispositif vise à encourager la création de points de téléconsultation pour faciliter l'accès à des professionnels de santé.

La télésurveillance toujours en expérimentation

Suivant l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, la télésurveillance, contrairement à la téléconsultation et la télé-expertise, demeure dans le cadre expérimental Étapes pour une durée de quatre ans, soit jusqu'en 2021, afin de permettre une évaluation plus précise de ses implications médico-économiques. La décision s'explique par les particularités de cette activité de télémédecine qui nécessite la coordination de différents acteurs autour du patient, pour effectuer la télésurveillance, assurer l'accompagnement thérapeutique et fournir la solution technique. Cinq cahiers des charges sont publiés pour préciser les modalités de rémunération des actes et des dispositifs techniques dans ce cadre expérimental renouvelé.

Dr Cédric de La Porte des Vaux, médecin généraliste à Maison de santé de Ligueil

DMP, MSS, PLATEFORME TÉLÉMÉDECINE

Trois outils en synergie au service du parcours de soins

Le DMP passe en vitesse de croisière…

Le DMP (Dossier médical « partagé », ex-Dossier médical « personnel »), le carnet de santé informatisé et sécurisé lancé en 2004, entre dans la vie quotidienne des professionnels de santé et de leurs patients.

Ce carnet de santé numérique, accessible en ligne par les patients et les professionnels de santé (médecin traitant, médecin des urgences hospitalières, masseur-kinésithérapeute, infirmière à domicile, médecin en EHPAD,…), a été institué pour faciliter la prise en charge médicale des patients grâce au partage d'informations entre tous ces professionnels. Chaque patient reste maître à 100 % et propriétaire exclusif de cet outil numérique de coordination des soins, qui centralise toutes les données médicales indispensables pour faciliter et sécuriser son parcours de soins : traitements, comptes rendus hospitaliers, Volet de Synthèse Médicale (VSM) établi par le médecin traitant, Dossier de Liaison d'Urgence (DLU) en EHPAD, antécédents, allergies, etc.

Le patient, qui a la possibilité de créer directement son DMP sur le site www.mondmp.fr, peut choisir de fermer son DMP quand il le souhaite ou d'en restreindre les accès, sauf à son médecin traitant. Celui-ci peut et doit en effet créer lui aussi des DMP via son logiciel métier DMP compatible, y faire figurer tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques du patient et y déposer le VSM, qu'il doit mettre à jour périodiquement (au moins une fois par an). Les accès aux informations personnelles, confidentielles et soumises au secret professionnel du DMP étant protégés par la loi, seul un professionnel de santé autorisé peut en consulter le contenu. Toutes les informations sont stockées par un hébergeur de données de santé agréé par le ministère en charge de la santé. Chaque DMP est créé à partir d'un identifiant national de santé unique, à l'aide de la carte Vitale et d'une sécurisation renforcée pour garantir une sécurité et une confidentialité maximum. Le DMP est accessible sur PC et sur application mobile.

La maîtrise d'œuvre de ce DMP, version 2, a été confiée à l'Assurance maladie, en lieu et place de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP-Santé), qui était auparavant chargée de son développement. Ce DMP 2, dont la généralisation est prévue dans toute la France à partir de l'automne 2018, a d'abord été déployé en présérie dans 9 départements, dont l'Indre-et-Loire, avec des résultats encourageants, comme le note Thierry Lefèvre, directeur de la Caisse primaire d'assurance maladie d'Indre-et-Loire (CPAM 37). *« Nous avons constaté une réelle accélération dans la création de DMP par rapport à ce qui se faisait précédemment,* constate-t-il. *Nous sommes donc en phase avec l'objectif de déploiement et de généralisation prévu cet automne, en sachant qu'un million de DMP ont déjà été ouverts sur la France entière ».* Depuis un peu plus d'un an, un DMP peut donc être créé en quelques minutes par tout patient qui présente sa carte Vitale à l'accueil de sa CPAM, à Tours, Amboise, Joué-lès-Tours, Loches et Château-Renault, *« même si les personnes ne viennent pas spécialement à la CPAM 37 pour ouvrir un DMP et qu'il faut donc les inciter à le faire »*, précise Thierry Lefèvre.

Le déploiement du DMP et des Messageries sécurisées de santé **(MSS)** en chiffres

DMP : Au 1er janvier 2018, un peu plus de **62 000 DMP** avaient été créés dans la région, dont 45 249 pour l'Indre-et-Loire, l'un des 9 départements expérimentateurs de cette nouvelle version du DMP. La majorité ont été créés par les accueils de la CPAM 37 ou directement sur Internet par le patient lui-même. L'expérimentation a permis d'enregistrer un bilan très positif en termes de création de DMP puisque les 9 CPAM expérimentatrices ont créé en un an autant de DMP qu'en cinq ans dans 15 régions. Au total, plus d'un million de DMP ont été créés sur l'ensemble du territoire. L'expérimentation a également permis d'enclencher une dynamique auprès des établissements de santé et des professionnels de santé : 60 % des établissements des départements concernés par la présérie sont maintenant mobilisés dans le déploiement du DMP. On mesure une hausse de 15 % des DMP alimentés depuis 2016 par les établissements de santé. Toutefois, la mobilisation des acteurs doit se poursuivre, car le nombre de DMP alimentés et consultés reste modeste. Sur les 62 000 DMP créés en région, moins d'un tiers étaient alimentés (26 133) et seuls 4 040 étaient consultés par les professionnels de santé libéraux.

MSS : À la même période, **2 357 professionnels de santé** (dont 1 083 en Indre-et-Loire) disposaient d'une messagerie MSS, les détenteurs les plus nombreux étant les médecins généralistes (70 % des généralistes en Indre-et-Loire, 67 % dans le Cher, 53 % dans le Loiret, 41 % en Eure-et-Loir, 40 % dans l'Indre et 18 % en Loir-et-Cher). Même si les efforts doivent être poursuivis pour développer l'équipement des professionnels de santé, la région Centre Val-de-Loire a enregistré en 2017 l'un des plus fort taux de progression dans ce domaine sur le territoire : elle se situe au 2e rang en termes d'équipement MSS chez les professionnels de santé libéraux (22 % contre 15,4 % France entière).

Fabien Picavet, kiné, et Élise Pellé, formatrice lors d'une présentation à la CPAM 37

Des retours d'expérience DMP positifs en Indre-et-Loire

En Indre-et-Loire, 35 000 DMP ont été créés durant l'expérimentation. En février 2018, 9,7 % de la population d'ouvrant-droits du département détenaient un DMP. Ce chiffre peut encore paraître assez faible, mais il marque une progression. L'année d'expérimentation a permis de créer une dynamique locale grâce à l'implication de tous les acteurs de la santé : établissements de santé, représentants des professionnels de santé libéraux, représentants des associations de patients, acteurs du monde médico-social, représentants des EHPAD, Agence régionale de santé et CPAM. L'objectif était d'ouvrir durant cette année un maximum de DMP, en utilisant tous les canaux mis à disposition et déployer son utilisation (alimentation et consultation) auprès des professionnels de santé et des établissements. L'ouverture d'un nombre significatif de DMP constitue en effet un enjeu important pour en développer l'usage auprès des professions et des établissements de santé.

Pour réussir ce déploiement de masse, plusieurs leviers ont été mis en œuvre. L'ouverture des comptes a notamment été développée dans les accueils de la CPAM, auprès des partenaires Sécurité sociale, grâce aux campagnes de mails sortants vers les assurés, mais aussi auprès des professionnels de santé.

La dynamique DMP s'est poursuivie en Indre-et-Loire concomitamment sur les deux autres volets : l'alimentation des comptes et leur consultation. Pour y parvenir, les professionnels de santé ont été accompagnés par les conseillers informatique service de la CPAM et les établissements de santé se sont organisés pour faciliter l'appropriation du DMP par les équipes médicales. Vingt-quatre professionnels de santé libéraux et onze structures sont actifs dans le département. Le CHRU de Tours a démarré l'alimentation automatique des DMP en mars dernier. L'intégration du CHRU dans le dispositif DMP va permettre de consolider son usage en ville comme en EHPAD et en services d'urgences.

L'année 2017 a donc modifié la perception globale des acteurs sur le sujet DMP. Il y avait du scepticisme quand l'Assurance maladie a repris la gestion de ce dossier. On sent de nouveau un intérêt de principe, une envie d'y croire, une dynamique collective, aussi bien dans les territoires que dans les institutions (syndicats, fédérations, ordres).

Avec la généralisation du dispositif à la rentrée 2018, l'ensemble des CPAM vont donc œuvrer avec l'ARS ces prochains mois pour accompagner et expliquer ce dispositif à l'ensemble des acteurs pour que la dynamique soit lancée dans tous les territoires.

« La campagne nationale de communication sur le DMP qui sera lancée cet automne nous aidera à convaincre davantage de personnes de créer leur DMP, tout comme la possibilité offerte à d'autres professionnels de santé que les médecins, en particulier les pharmaciens, d'en créer également. Mais c'est l'usage au quotidien du DMP qui en fera le succès auprès des patients… De plus la généralisation du DMP, qui a l'avantage d'être utilisable par tous les acteurs autorisés de la santé (patients, professionnels de santé, établissements hospitaliers), va faciliter la réalisation d'actes de télé-expertise ou de téléconsultation ».

Dès l'ouverture d'un DMP, l'Assurance maladie doit en effet l'alimenter avec les deux dernières années de consommation de soins (médicaments remboursés, médecins consultés, recours aux autres professions de soins, examens réalisés,…), les établissements hospitaliers doivent y transférer les comptes rendus d'hospitalisation et les médecins généralistes y déposer les VSM. Des données indispensables pour le suivi du patient et la réalisation éventuelle d'actes de télémédecine en faveur de sa santé.

La Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) projette d'ouvrir, d'ici quatre ou cinq ans, 40 millions de DMP, avec l'appui, notamment, des pharmacies d'officine, pour tout patient, mais aussi des infirmier(e)s pour les personnes en perte d'autonomie. Ces derniers participeront à la création des DMP aux côtés des médecins, des caisses primaires, des patients et des établissements hospitaliers.

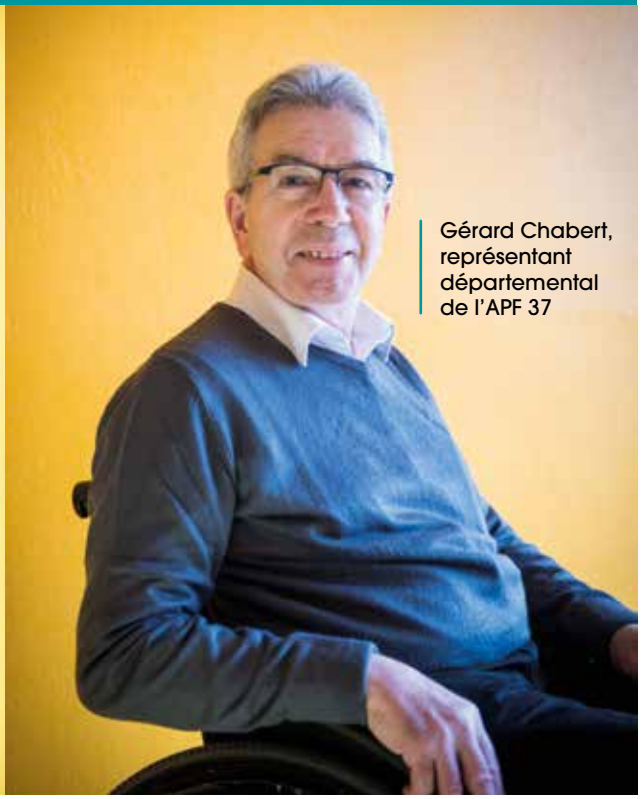
DMP : des patients en attente… et toujours mobilisés

Les associations de patients, à l'instar des délégations départementales de l'APF 37 et de France AVC 37, sont convaincues de la nécessité de généraliser l'usage du DMP.

Les quelque 200 adhérents de l'APF 37 et tous les professionnels qui travaillent à leurs côtés sont ainsi devenus les ambassadeurs - promoteurs du DMP. Qu'il s'agisse du personnel d'établissements qui accueillent des personnes handicapées, des membres de l'APF 37 qui reçoivent le public dans les locaux de l'association ou s'expriment lors de colloques organisés par exemple dans le cadre du GHT 37 (Groupement Hospitalier de Territoire), ou encore des équipes des SAMSAH (Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) et des SAVS (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale). *« J'ai fait de la promotion du DMP une priorité personnelle et naturelle par rapport à mon propre vécu »*, témoigne Gérard Chabert, représentant départemental de l'APF 37, qui se déplace en fauteuil roulant. *« Si j'avais pu disposer du DMP à l'époque où j'ai été victime d'un accident chirurgical, j'aurais pu éviter de nombreux problèmes et bénéficier d'un meilleur suivi médical. Il faut donc mobiliser toutes les associations de patients, qui ont un rôle d'entraînement vis-à-vis de la population, et saisir toutes les occasions possibles pour sensibiliser les patients à l'intérêt du DMP, notamment les malades chroniques et pas seulement les personnes handicapées. Mais il faut aussi persuader les médecins libéraux de créer davantage de DMP. Or ils craignent que cela leur prenne trop de temps. Notre message est de leur dire que ce peu de temps utilisé à créer un DMP leur en fait gagner beaucoup par la suite. Pour les convaincre, j'ai la chance de siéger au sein de diverses institutions aux côtés du Dr Jean-Pierre Peigné, médecin généraliste, qui est à mes yeux le meilleur défenseur et promoteur du DMP »*.

Le Dr Denis Saudeau, neurologue au CHRU de Tours et président de France AVC 37 (une cinquantaine d'adhérents), considère, lui aussi, qu'il est temps de passer à la vitesse supérieure avec le DMP, en dépit de l'attentisme qu'il constate. *« Si les gens sont impatients de disposer d'un dossier permettant aux médecins de consulter facilement leurs données de santé, ils se posent aussi des questions sur le contenu du DMP, ainsi que les moyens d'y accéder et de le contrôler,* témoigne le Dr Saudeau. *Ils sont un peu réticents et las d'attendre la mise en place du DMP. Les personnes à l'origine enthousiastes n'y croient plus trop. Il y a donc un gros travail d'explication à faire pour obtenir l'adhésion au DMP, mais sans infantiliser les gens, en faisant appel à leur sens des responsabilités. Il faut leur expliquer que le DMP est un outil indispensable qui fournit la synthèse d'un état de santé et permet aux médecins de s'occuper mieux et plus vite d'eux. Lorsqu'on a un AVC, en particulier, le temps presse. Or le DMP facilite l'accès aux informations sur les derniers traitements et examens du patient. Il contribue également à prévenir les récidives. Les réunions d'information qu'organise notre association sont l'occasion de faire passer le message »*.

Dr Denis Saudeau, neurologue au CHRU de Tours et président de France AVC 37



Gérard Chabert, représentant départemental de l'APF 37

Les MSSanté, outils indispensables pour échanger en sécurité entre professionnels de santé et sociaux

Les Messageries Sécurisées de Santé permettent d'échanger par mail entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers et intervenants des domaines médico-social et social, en garantissant la confidentialité des données de santé à caractère personnel.

Le système MSSanté, lancé en 2013, fluidifie la coordination entre la ville et l'hôpital, tout en protégeant la responsabilité des professionnels de santé. Il leur permet de disposer rapidement des informations médicales (courriers, lettres d'établissements de santé, résultats d'examens biologiques ou toute autre donnée concernant le patient) nécessaires à la continuité des soins. Les messageries MSSanté simplifient les pratiques des professionnels, leur fait gagner du temps, sécurise et protège leurs échanges et leur confidentialité, et leur permet de rejoindre un espace de confiance commun. Un annuaire national synchronisé avec le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), référence l'ensemble des professionnels et institutions disposant d'adresses de messagerie sécurisée de santé habilitées.

Les MSSanté sont intégrables dans les logiciels métier ou les systèmes d'information d'établissements. Trois typologies d'accès peuvent être proposées :

- Accès individuels : une adresse de messagerie est attribuée à un professionnel qui est le seul à pouvoir y accéder. Ce type d'accès est bien adapté à un professionnel travaillant seul.
- Accès organisationnel : une adresse de messagerie est attribuée à un groupe et l'ensemble des membres du groupe peuvent y accéder. Ce type d'accès est bien adapté à une organisation voulant proposer à ses interlocuteurs un accès regroupé pour plusieurs professionnels participant à la délivrance d'un même service (exemple : cabinet médical regroupé au sein duquel plusieurs médecins et une secrétaire s'organisent pour le suivi d'une patientèle).
- Accès technique : il est prévu pour automatiser des échanges entre machines (exemple : envoi systématique des comptes rendus de biologie par le serveur du laboratoire).

L'Assurance maladie et l'ARS partagent la responsabilité du déploiement des MSSanté en région. L'Assurance maladie peut proposer aux professionnels de santé libéraux qui souhaitent s'équiper en messagerie sécurisée de les conseiller et les orienter vers la messagerie adéquate en fonction de leurs besoins, de les accompagner dans l'ouverture et la prise en main de l'outil, et les aider à réaliser des démarches auprès de la CNIL. « *Nous disposons d'un espace de démonstration à la Caisse primaire d'Indre-et-Loire,* indique ainsi son directeur, Thierry Lefèvre, *dans lequel des professionnels de santé peuvent tester divers logiciels, ce qui permet, par la même occasion, à nos conseillers de mieux comprendre les besoins de ces professionnels* ».

Thierry Lefevre, directeur de la CPAM 37

Plateforme de télémédecine : l'ère de la mobilité

La plateforme régionale collaborative utilisée pour les activités de télémédecine et certaines activités de coordination (PAERPA par exemple) est maintenant disponible sur les périphériques mobiles (smartphones et tablettes).

Le logiciel Covotem, socle de la plate-forme collaborative régionale, est désormais disponible, en « appli » pour smartphones et tablettes Androïd et IOS. Cette appli permet à un professionnel « requérant » d'adresser rapidement et de manière sécurisée, une demande d'expertise à un médecin « requis », d'y joindre des photographies prises avec le mobile ou la tablette, et même de participer à une visio-conférence. Pour en disposer gratuitement il suffit de télécharger l'application à partir de Google play ou de l'Apple store et de l'installer, en l'espace de quelques instants, sur sa tablette ou son mobile. L'utilisation du code d'accès attribué par ailleurs pour accéder à la plateforme régionale permet d'enrôler la première fois le terminal portable et l'appli pourra ensuite être utilisée par simple frappe d'un code de déverrouillage à 4 chiffres (pin code).
Dans le courant de l'été 2018, ce même logiciel va par ailleurs être mis à la disposition de patients souffrant de maladies chroniques à des fins de télésurveillance. Grâce à elle, un patient insuffisant cardiaque, suivi par l'un ou l'autre des centres experts (trois centres participent à la mise au point : le centre de prévention et de réadaptation cardio-vasculaire Bois-Gibert à Ballan-Miré, en Indre-et-Loire, les services de cardiologie du CHR d'Orléans et de la clinique Oréliance, à Saran, dans le Loiret), pourra transmettre, en toute sécurité, diverses informations issues de réponses à un questionnaire en ligne ou de l'usage d'objets connectés (balance, tensiomètre, oxymètre...). Un algorithme métier détermine, à partir de ces données, s'il est nécessaire de lever une alerte qui incitera le centre expert à proposer au patient une attitude particulière ou une adaptation de son traitement et éviter ainsi une réhospitalisation.

Dr Cédric de La Porte des Vaux

Vers un interfaçage
DMP - MSSanté - plate-forme télémédecine

Pour répondre aux besoins de la région, l'équipe télémédecine met en place une messagerie sécurisée régionale intégrée à l'espace de confiance MSSanté. Elle est accessible sur un poste fixe, PC portable et encore sur mobile. L'équipe projet de la plateforme régionale va pouvoir, avant l'été, ouvrir des boîtes aux lettres nominatives ou organisationnelles, gratuitement aux professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux.
Cette messagerie régionale est compatible avec la plate-forme de télémédecine Covotem. Elle permettra de récupérer les comptes rendus des actes de télémédecine effectués sous Covotem, les structurer sous format CDA R2 (HL71 Clinical Document Architecture, Release 2.0 (CDA R2)) et de les envoyer via la messagerie sécurisée de santé au médecin traitant du patient ayant bénéficié de cet acte de télémédecine... Ce dispositif dispensera ainsi le médecin de disposer de Covotem pour récupérer des comptes rendus d'actes de télémédecine. « Jusqu'à présent, les comptes rendus d'actes de télémédecine réalisés via Covotem peuvent être déposés dans le DMP, mais n'étaient pas transmissibles via MSSanté », rappelle Safae Abou El Qassime, chef de projet développement des usages de la messagerie sécurisée de santé, salariée du laboratoire ABO+.

DMP, MSS et plate-forme télémédecine vus par trois médecins généralistes

Ils sont des partisans convaincus de l'utilisation des outils de partage et d'échange de données.

Le Dr Cédric de La Porte des Vaux fait partie des professionnels de santé libéraux qui utilisent de concert les trois outils. *« J'ai en test le DMP depuis plusieurs années et l'utilisais relativement peu, jusqu'à ce que soit disponible la dernière version de ce DMP, plus ergonomique, plus facile et plus rapide d'emploi »*, témoigne ce médecin généraliste de la maison de santé pluriprofessionnelle de Ligueil (37). *« Il est désormais très simple de créer le Volet de synthèse médicale (VSM) et de l'intégrer dans cette boîte à lettres qu'est le DMP, les logiciels métiers agréés étant tous devenus DMP-compatibles. Ce DMP s'avère être un outil pertinent surtout pour prendre en charge des patients que l'on ne connaît pas ou des patients polypathologiques ».*

Le Dr de La Porte des Vaux utilise en parallèle la MSSanté pour réceptionner *« en un clic »* des comptes rendus d'hospitalisation transmis de façon dématérialisée et sécurisée par le centre hospitalier de Loches. Il espère, dans un proche avenir, pouvoir aussi échanger ainsi des données et documents avec d'autres établissements hospitaliers et avec ses confrères libéraux de la région.

Enfin, parce qu'il sollicite des télé-expertises en dermatologie, réalise des clichés de fond d'œil à l'aide d'un rétinographe pour le dépistage à distance par un ophtalmologiste de la rétinopathie diabétique et participe à des télé-staffs en addictologie, le Dr de La Porte des Vaux est devenu un utilisateur aguerri de la plate-forme Covotem. *« La version mobile sur tablette et smartphone va faciliter les choses,* indique-t-il. *Par exemple, pour prendre des photos et les transmettre à un expert, il ne sera plus nécessaire d'en passer par un micro-ordinateur ».* Pour autant, il reste à parfaire *« le lien de Covotem avec le logiciel métier du médecin, pour lui éviter d'avoir à ouvrir de nombreuses fenêtres »,* ainsi que la couverture du territoire de la MSP par le très haut débit…

Le Dr Marie-Pierre Coispeau, médecin généraliste à Tours, a commencé à créer des DMP fin 2017. *« Je suis convaincue que c'est quelque chose de très bien, car le DMP donne un accès aux données du patient qui n'est pas toujours en mesure de renseigner le médecin sur tous ses traitements,* constate-t-elle. *Malheureusement, en pratique, créer et alimenter correctement des DMP au jour le jour, lors de chaque consultation, prend du temps et impose au médecin des journées à rallonge. De plus, les patients n'en comprennent pas toujours l'utilité. Pour que le système fonctionne et que les DMP soient bien à jour, il faut donc que chaque médecin, généraliste ou spécialiste, libéral ou hospitalier, s'y mette et prenne le temps d'intégrer systématiquement chaque compte rendu ou résultat d'examen directement dans le DMP du patient ».*

Dr Jean-Michel Lemettre, médecin généraliste à Amboise

© Jacques Huguenin

Le Dr Coispeau utilise par ailleurs Apicrypt, la messagerie sécurisée adoptée par la majorité des médecins libéraux, ainsi que la MSSanté, *« dont peu de professionnels de santé se servent, y compris dans les établissements hospitaliers,* déplore-t-elle. *La MSSanté pourrait être un outil d'échanges très pratique si chacun l'utilisait pour envoyer des messages, lire les messages reçus et y répondre… Or ce n'est pas le cas ».* Le Dr Coispeau se dit enfin intéressée par l'utilisation d'une plate-forme collaborative de télémédecine pour requérir des demandes de télé-expertise au service de ses patients… Mais chaque chose en son temps !

Le Dr Jean-Michel Lemettre, médecin généraliste à Amboise, constate pour sa part que *« le DMP permet au médecin traitant de confier son patient à un confrère, à toute heure, en tout lieu et en toute tranquillité. Le socle du DMP, le VSM, peut également circuler par MSS entre médecins avant une consultation spécialisée ou une télé-expertise. En améliorant le partage d'informations médicales, il contribue à la rapidité, la qualité et la sécurité des soins. Ce VSM intègre l'essentiel de ce que tout médecin, libéral ou hospitalier, qui rencontre un patient pour la première fois souhaite connaître le plus rapidement possible. Les MSS sont des outils d'échanges, alors que le DMP est un outil de stockage et de partage de données ou de documents qui doivent être facilement identifiés et retrouvés. MSS et DMP sont deux outils complémentaires, qui peuvent être utilisés séparément ou ensemble en fonction de chaque situation ».*

Dr Francis Guinard sur le plateau d'analyses du laboratoire BioExcel à Bourges

Vers une transmission structurée

Des lettres de liaison et des comptes rendus de biologie médicale

Laboratoires et établissements prêts à se lancer…

La candidature de la région Centre-Val de Loire a été retenue, en 2017, avec huit autres régions (Normandie, Grand Est, PACA, Nouvelle Aquitaine, Corse, Hauts de France, Ile de France, Océan indien), dans l'appel à projets lancé par le ministère de la Santé auprès des ARS, pour le développement des usages des messageries sécurisées de santé intégrées à l'espace de confiance MSSanté et du DMP. Les deux usages spécialement visés sont la transmission structurée des lettres de liaison et des comptes rendus de biologie médicale.

Cet appel à projets a pour objectif de développer la transmission dématérialisée des données et informations utiles à la coordination des soins, ces transmissions dématérialisées s'effectueront par messagerie sécurisée de santé et par le dépôt simultané dans le DMP quand celui-ci est disponible.

Le cahier des charges de l'appel à projets impose l'intégration de trois sous-projets :

- La transmission des lettres de liaison en sortie d'hospitalisation par au moins 4 établissements de santé réalisant au total au moins 150 000 séjours hospitaliers par an,
- La transmission des comptes rendus structurés de biologie médicale par au moins 4 laboratoires de biologie médicale de ville,
- La réception et l'intégration dans leur logiciel métier de ces deux types de documents par au moins 40 professionnels de santé.

La région Centre-Val de Loire a souhaité ajouter un quatrième sous-projet portant sur le développement de la MSS en cohérence avec la plateforme collaborative régionale basée sur le logiciel Covotem.

Le périmètre géographique retenu pour cette réponse à l'appel à projets recouvre le sud de la région Centre-Val de Loire « Touraine et Berry » à savoir les départements de l'Indre et Loire, de l'Indre et du Cher. Avec 7 établissements, 4 laboratoires de biologie médicale, 40 professionnels de santé, et l'implication des CPAM des trois départements.

Les 4 laboratoires pilotes retenus pour tester la MSSanté (Abo+ à Tours, Lesca-

roux à Châteauroux, Biomédiqual Centre à Vierzon et Bioexcel à Bourges) l'ont été *« en fonction du volume d'actes qu'ils effectuent, de leur présence dans des secteurs où la MSSanté fonctionne déjà et de leur niveau d'accréditation »*, précise le Dr Francis Guinard, président de l'URPS Biologistes Centre-Val de Loire. *« L'enjeu est d'harmoniser les systèmes d'information des laboratoires, qui travaillent avec des éditeurs de logiciels très divers, pour pouvoir transmettre les résultats selon une norme spécifique, la nomenclature LOINC. Ces laboratoires ont déjà une adresse MSSanté spécifique attribuée par l'ASIP Santé et sont prêts à basculer des résultats sur les messageries des médecins et correspondants ».*

LE DMP DOIT DEVENIR **UN VRAI OUTIL DE PARTAGE**

Le laboratoire ABO+, dont le siège est à Tours et qui fait partie d'un groupe constitué de 29 laboratoires sur 29 sites et 40 biologistes, va ainsi pouvoir *« envoyer par MSSanté, cet outil fondamental d'échanges entre professionnels de santé, les comptes rendus de biologie qui devront ensuite alimenter directement le DMP des patients »*, confirme le Dr François Blanchecotte, directeur général de la SELAS ABO+. *« L'objectif est qu'en juin aient été traduits, sous la nomenclature LOINC, et structurés sous format CDAR2 Niveau 3 (qui produit un compte rendu structuré*

Françoise Guégan, trésorière de l'URPS Pharmaciens Centre-Val de Loire

MARIÉ 2 : mieux dépister et gérer l'insuffisance rénale chronique

Le pharmacien d'officine étant souvent le professionnel de santé de premier recours le plus en contact avec le malade insuffisant rénal chronique, l'URPS Pharmaciens a pris part, dès 2012-2013, à l'étude pilote MARIÉ (Médicaments à Adapter à la fonction Rénale et Iatrogénie Évitable), dont le but était de mettre en évidence le rôle du pharmacien dans le dépistage de l'IRC, au sein d'une population à risque, en collaboration avec l'hôpital, les médecins généralistes et les biologistes. La connaissance du statut rénal par les pharmaciens d'officine engagé dans MARIÉ a permis d'identifier plus de 40 % des mésusages et de les faire corriger dans plus d'un tiers des cas.
L'URPS Biologistes a, de son côté, *« participé à MARIÉ sur l'iatrogénie chez l'insuffisant rénal débouchant sur la modification de la posologie selon les résultats de la créatinine et du DFG (débit de filtration glomérulaire) transmis par le biologiste au pharmacien,* rappelle le Dr Francis Guinard, son président. *Si le pharmacien trouvait que la posologie n'était pas adaptée, il pouvait appeler le médecin traitant pour en parler et lui proposer de la modifier. Il pouvait aussi téléphoner au laboratoire lorsqu'il ne disposait pas du résultat du DFG. Ce type d'information doit maintenant pouvoir être intégré dans le DMP du patient et être délivré aux pharmaciens via la MSSanté, sur leur demande et avec l'accord du patient, dans le cadre de la relance de MARIÉ ».*
Cette seconde phase, MARIÉ 2, construite en partenariat avec le CHRU de Tours, l'URPS Biologistes et l'URPS Médecins Centre-Val de Loire, qui concernerait l'ensemble de la région, reste, pour l'heure, en attente de financements. Elle doit par ailleurs *« tenir compte de la mise en œuvre des bilans de médication partagés »*, indique Françoise Guégan, trésorière de l'URPS Pharmaciens, c'est-à-dire la possibilité offerte au pharmacien de dialoguer avec certains patients, au vu de critères bien précis, d'analyser toutes leurs ordonnances et examens de biologie pour faire un bilan, ensuite retransmis au médecin traitant, avant retour vers le patient. *« Il va falloir, pour cela, que les pharmaciens se forment, y consacrent du temps, changent leurs habitudes de travail et puissent s'appuyer sur des outils comme la MSSanté et le DMP,* remarque Françoise Guégan. *Or pour se lancer dans ces bilans de médication, les pharmaciens pourraient avoir intérêt à cibler en priorité une pathologie qu'ils connaissent déjà, comme l'IRC, grâce à leur implication dans MARIÉ ».*

à partir duquel on peut facilement extraire des informations et faire des requêtes – cf. encadré), tous les résultats d'examens de biologie le plus souvent prescrits, et que des médecins testeurs puissent les intégrer dans leurs logiciels métier ».

« C'est un travail important que l'on demande aux biologistes, de mettre en compatibilité leurs logiciels habituels à intégrer les documents structurés et transcodés selon la base LOINC qui doit, à terme, être commune à tous les laboratoires de France, poursuit le Dr Blanchecotte. *Il va aussi leur falloir se former au transcodage LOINC et récupérer toutes les adresses du RPPS des médecins, des établissements, et demain des infirmiers, qui vont avoir le droit de prescrire. Car chaque professionnel de santé disposant d'une adresse MSSanté devra être présent dans l'annuaire national de MSSanté ».*

« Nous attendons par ailleurs que le DMP devienne un vrai outil de partage, grâce à son volet de synthèse médicale qui devra être correctement et régulièrement alimenté par chaque médecin traitant, ajoute le Dr Blanchecotte. *Mais encore faut-il que tout le monde se mobilise pour créer ces DMP et parle le même langage pour interpréter des résultats de biologie, notamment sur l'insuffisance rénale. Or ce n'est pas le cas actuellement et ces différences d'interprétation peuvent générer de l'angoisse chez le patient. Il faut donc mettre sur pieds des formations interprofessionnelles pour que chacun acquiert ce même langage et puisse interpréter correctement des résultats, afin de donner les bons conseils au patient ».*

UNE ÉTAPE IMPORTANTE POUR **FAVORISER L'INTERPROFESSIONNALITÉ**

Les premiers essais de transmission de résultats par MSSanté sous base LOINC ont commencé au printemps, sur 30 analyses biologiques, avec 40 médecins qui acceptent de tester la MSSanté, indique le Dr Guinard. *« Les résultats d'analyses seront déposés par les laboratoires dans le DMP de chaque patient, afin que le médecin traitant, l'établissement de soins, voire le pharmacien (si le patient accepte que celui-ci accède aux données), puissent les consulter ».* Il faudra ensuite, pour que l'expérimentation se généralise, équiper en MSSanté tous les laboratoires, qui n'ont pas encore l'habitude de s'en servir et ne reçoivent pas d'indemnité de mise en place. Enfin, il s'agira d'inciter les médecins traitants, qui sont nombreux à utiliser la messagerie Apicrypt, pas la MSSanté, et les établissements hospitaliers qui restent adeptes du fax ou du courrier papier à se convertir à l'usage de la MSSanté, complémentaire de celui du DMP.

Les pharmacies d'officine vont, elles aussi, pouvoir se doter d'adresses MSSanté, afin d'être en capacité de recevoir ou lire dans le DMP, plus facilement et plus rapidement les résultats d'analyses intégrés. *« C'est une étape importante pour aider le pharmacien d'officine à réorienter son activité vers la pharmacie clinique et pour favoriser l'interprofessionnalité,* estime Françoise Guégan, trésorière de l'URPS Pharmaciens Centre-Val de Loire. *Pour pouvoir adapter la posologie des médicaments chez un patient insuffisant rénal, les pharmaciens ont en effet besoin de ces résultats d'analyses biologiques, que les patients ne pensent pas toujours à leur fournir ».*

Une fois résolus les problèmes techniques et achevée la phase d'expérimentation, la transmission de résultats d'analyses et de lettres de liaison par MSSanté devrait donc pouvoir faire partie de l'exercice quotidien de nombreux professionnels de santé de la région. C'est du moins ce qu'attendent les autorités sanitaires françaises et européennes. ■

Insuffisance cardiaque

La télésurveillance au domicile des patients

Un lien permanent avec le patient

En Centre-Val de Loire, l'expérimentation de la télésurveillance débutera dans les prochaines semaines avec des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Une pathologie chronique grave avec laquelle il est cependant possible de vivre, à condition de bien la connaître et de la suivre régulièrement. C'est ce que permettront la tablette numérique et les appareils connectés, en lien avec une infirmière d'éducation thérapeutique et un cardiologue, le but étant d'éviter au patient la réhospitalisation et les risques qu'elle engendre.

Reportage au Cente Bois-Gibert, à Ballan-Miré

Les maladies cardiovasculaires constituent, en France, la deuxième cause de décès après le cancer. Parmi elles, l'insuffisance cardiaque concerne plus de 8 000 patients en Centre-Val de Loire et est d'autant plus fréquente que l'âge avance. Pour « bien » vivre avec cette pathologie chronique, l'éducation thérapeutique est fondamentale, ainsi que le suivi. C'est le double objectif de la télésurveillance des insuffisants cardiaques, un projet que le centre hospitalier régional (CHR) d'Orléans initie dès 2013 et que le chef du service cardiologie, Docteur Marc Goralski, partage alors avec les autres hôpitaux de la région. Après plusieurs années de préparation et de tests de faisabilité, l'expérimentation s'apprête à démarrer avec trois établissements pilotes : le CHR d'Orléans et la clinique Oréliance, dans le Loiret, ainsi que le centre de réadaptation cardiovasculaire Bois-Gibert de la Mutualité française Centre-Val de Loire (MFCVL), en Indre-et-Loire.

« *La télésurveillance s'effectue sur la base d'un programme sur mesure, correspondant au profil du patient : à risque modéré, instable, intermédiaire ou sévère,* explique Rose Farnia, cheffe de projet télésurveillance à l'Agence régionale de santé. *Il peut être modulé à tout moment par le professionnel de santé qui assure le suivi, pour s'adapter au mieux à l'état et aux capacités du patient.* » Celui-ci est équipé, à son domicile, d'appareils connectés à une tablette numérique dotée de la plate-forme régionale de télémédecine Covotem : un pèse-personne pour mesurer le poids et un tensiomètre pour la tension artérielle et la fréquence cardiaque. « *Le patient saisit lui-même les données sur sa tablette,* indique le Dr Catherine Denis, cardiologue au centre Bois-Gibert. *Il est important qu'il soit acteur de sa propre surveillance.* » Il

complète ces données par des indications sur son état général. « *Le moral, la fatigue, l'essoufflement, les étouffements la nuit ou encore les malaises sont aussi des signes de décompensation de l'insuffisance cardiaque* », justifie le Dr Sophie Roussignol, cardiologue à Oréliance.
Selon les symptômes et l'évolution des signes vitaux, renseignés au moins trois fois par semaine, l'algorithme génère une alarme qui, selon la gravité, s'affiche en jaune, orange ou rouge sur la station clinique des centres de télésurveillance. En cas d'alerte rouge, l'infirmière d'éducation thérapeutique appelle le patient par téléphone pour déterminer la cause de la dégradation de son état et le rassurer. Selon le cas, elle peut alors le conseiller sur la conduite à suivre pour rétablir une situation satisfaisante, modifier son traitement en concertation avec le cardiologue, l'inviter à aller chez son médecin (généraliste ou cardiologue) ou encore lui demander de venir au centre pour un traitement ponctuel. « *La télésurveillance n'est utile que si elle apporte une réponse adaptée, rapide et humaine,* insiste le Dr Catherine Denis. *Au-delà des objets connectés et du programme informatique, les patients ont besoin d'être accompagnés et écoutés.* » La cardiologue a ainsi demandé qu'au centre Bois-Gibert, une ligne téléphonique soit dédiée aux malades sous télésurveillance.

Dépister les signes précoces

Ce système d'alarme – « *qui n'est pas un système d'urgence comme le Samu* », précise le Dr Sophie Roussignol – vise à « *stopper immédiatement la poussée d'insuffisance cardiaque en dépistant les signes précoces de décompensation, poursuit-elle, afin d'éviter d'en arriver à l'hospitalisation* ». Celle-ci représente en effet un risque sérieux pour l'insuffisant cardiaque, en entraînant une dégradation de son état, en dehors de sa pathologie. Et le Dr Denis de rappeler les chiffres : « *8 % des insuffisants cardiaques décèdent lors de leur hospitalisation et 10 % dans l'année qui suit.* » Il s'agit donc de diminuer les hospitalisations, « *et leur coût* », ajoute le Dr Fatiha Mehlal, cardiologue au CHRO.

Sur sa tablette, la télésurveillance du patient, après les symptômes et les signes vitaux, se poursuit par un programme d'activité physique et une enquête alimentaire, deux modules élaborés notamment par l'infirmière référente en éducation thérapeutique du CHR d'Orléans, Fabienne Boulbin, également membre de Centre I Cœur, le réseau insuffisance cardiaque, et le Dr Catherine Denis, de Bois-Gibert. « *Nous avons repris tout le parcours de réadaptation cardiovasculaire que suivent les patients au centre, pendant trois semaines* », souligne la cardiologue. L'ensemble est donc très complet, explicatif, illustré, compréhensible, et permet au patient non seulement d'accéder à des informations, de bénéficier de conseils mais aussi de s'auto-évaluer. Ainsi, l'enquête alimentaire estime à partir d'un questionnaire la quantité de sel et de liquides que le patient consomme. Une façon très concrète de vérifier si celle-ci correspond au strict régime sans sel auquel sa maladie le contraint.

L'ENJEU EST D'AMÉLIORER
LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT

« *Le but est que le patient parvienne à maîtriser sa pathologie à partir des connaissances qu'on lui transmet* », souligne le Dr Sophie Roussignol. Certes, la personne hospitalisée pour insuffisance cardiaque reçoit une « *première* » éducation thérapeutique dispensée par le cardiologue et l'infirmière spécialisée, voire, dans certains établissements, une diététicienne, un kinésithérapeute, un psychologue… La somme des informations délivrées – les recommandations comme les interdictions – est considérable et difficile à intégrer pour qui vient de découvrir sa maladie et sort d'une phase aiguë de décompensation cardiaque, toujours éprouvante. La télésurveillance permet ainsi au patient de retrouver chez lui, tranquillement, tout ce qu'il doit savoir sur sa pathologie, l'interface sur la tablette offrant également

Un programme complet

Le programme de télésurveillance de l'insuffisance cardiaque en cours d'expérimentation se compose d'une succession de modules :
- L'indication des éventuels symptômes ;
- La mesure des signes vitaux ;
- Un programme d'activité physique adapté au profil du patient (« sévère », « intermédiaire », « à risque modéré ») ;
- Une enquête alimentaire pour évaluer la consommation de sel et de liquides ;
- Des informations sur la vie quotidienne (voyages, etc.), les traitements, les menus…

Ce programme constitue une base qui pourra être adaptée à la télésurveillance d'autres pathologies chroniques.

des informations sur la vie quotidienne (repas, traitements, voyages…). « *L'enjeu est de poursuivre et d'approfondir l'éducation thérapeutique du patient pour améliorer sa qualité de vie et allonger son espérance de vie* », résume le Dr Catherine Denis.

Harmoniser les pratiques

Progressivement, chacun des trois centres participant à l'expérimentation suivra une vingtaine de patients, passés ou non par la structure, pour une durée de six mois renouvelable une fois. « *L'objectif à terme est de disposer sur la région d'un centre de télésurveillance de l'insuffisance cardiaque dans chaque département* », annonce Rose Farnia. En plus de critères médicaux, les patients seront sélectionnés en fonction de leur intérêt pour le dispositif et de leur capacité à se l'approprier dans la durée. Ils seront formés à l'utilisation des appareils et de la tablette par les infirmières chargées de leur suivi. Lesquelles voient dans la télésurveillance un moyen de prolonger l'éducation thérapeutique du patient mais aussi d'entretenir avec lui un lien étroit, bénéfique et enrichissant.

Pour être inclus dans le dispositif, les patients devront évidemment accepter d'être « surveillés ». Mais les premiers à avoir testé le programme et les appareils y sont plutôt favorables. Pour les moins familiers avec les outils numériques, notamment les personnes âgées, « *une piste serait d'associer les aides à domicile* », avance le Dr Catherine Denis, pour qui le dispositif pourrait également « *être utile en Ehpad, avec l'aide d'une infirmière* ». Dans l'interface de télésurveillance, le patient pourra en outre bientôt accéder à l'historique de son dossier et imprimer les documents d'information mis à sa disposition. « *La télésurveillance permettra d'harmoniser les connaissances et les pratiques en matière de gestion de la maladie* », indique Rose Farnia.

Dans les trois centres, on s'organise pour prendre en charge cette télésurveillance. À Oréliance, elle sera assurée par deux infirmières d'éducation thérapeutique et deux cardiologues. À Bois-Gibert, l'équipe envisage de faire un retour régulier au médecin traitant et au cardiologue du patient, avec des bilans tous les mois ou tous les deux mois envoyés via la messagerie sécurisée de santé (MSS). Au CHRO, ce projet de télémédecine sera intégré dans le réseau insuffisance cardiaque qui existe depuis plusieurs années. Le protocole prévoit un rendez-vous avec l'infirmière et une consultation avec le cardiologue à mi-chemin, pour faire un point d'étape, ainsi qu'à la fin, pour décider d'un éventuel renouvellement. Le centre hospitalier expérimente par ailleurs le Prado, le programme d'accompagnement du retour à domicile : la sortie de l'hôpital est anticipée mais le patient bénéficie d'un rendez-vous chez son médecin traitant dans la semaine, d'un autre avec son cardiologue dans le mois et du passage hebdomadaire, à son domicile, d'une infirmière chargée de contrôler ses signes vitaux et de lui dispenser une éducation thérapeutique. « *Ces deux dispositifs sont complémentaires,* analyse le Dr Mehlal. *Ils pourraient permettre de suivre la majorité des patients souffrant d'insuffisance cardiaque, la télémédecine étant plus indiquée pour les uns et le Prado pour les autres.* »

D'autres expérimentations à venir

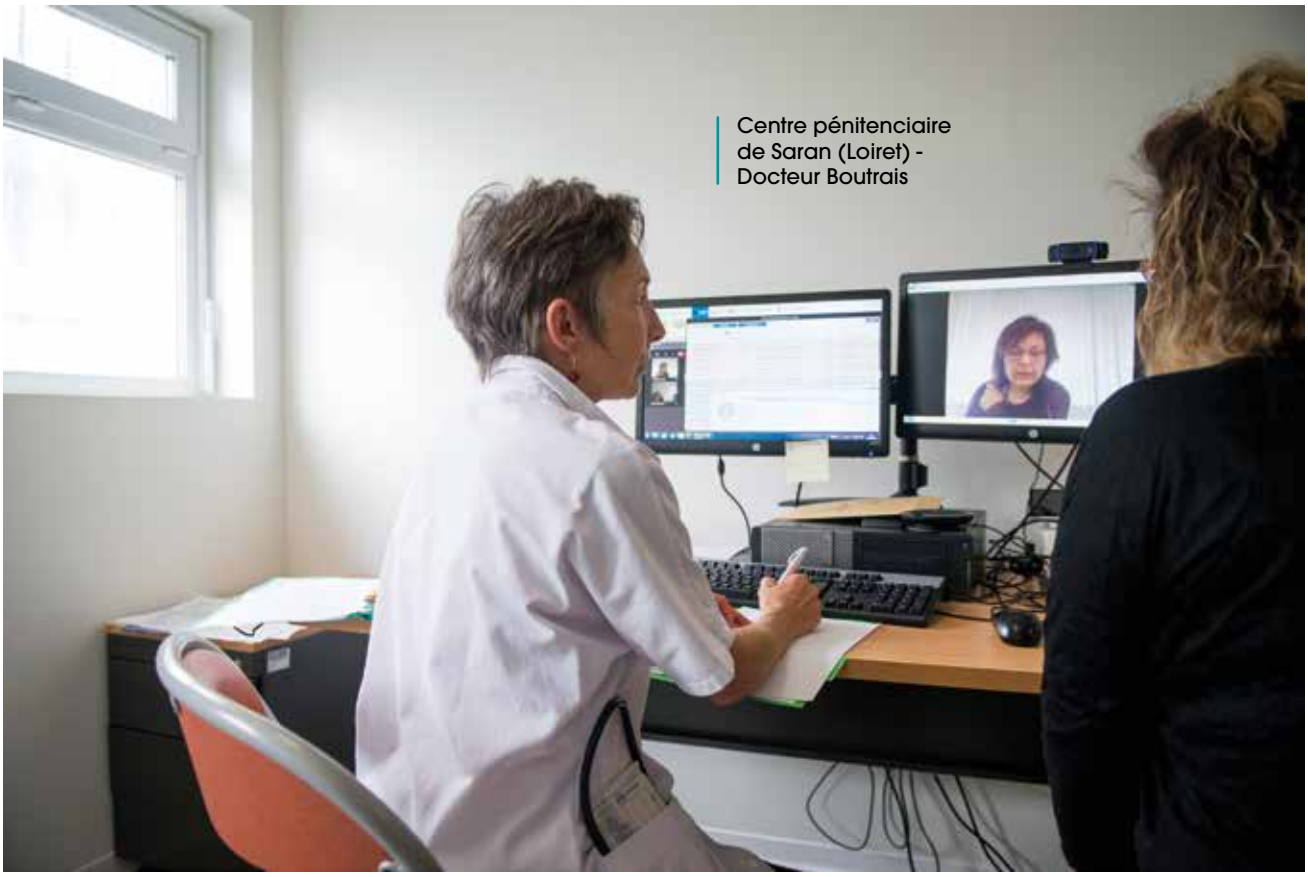
Insuffisances cardiaque, respiratoire, rénale et diabète : pour ces quatre pathologies chroniques, des cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance, sur la base de l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, sont parus en 2016 et 2017, avec une reconduction pour quatre ans inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Si en Centre-Val de Loire, qui compte parmi les neuf régions pilotes, la primeur a été donnée à l'insuffisance cardiaque, la télésurveillance de l'insuffisance rénale, pour des patients hémodialysés à domicile, sera également expérimentée dès cette année avec l'Association des insuffisants rénaux de Beauce et Perche (AIRBP) et une expérimentation autour du diabète débutera fin 2018 avec le CHU de Tours. Au-delà des priorités énoncées au niveau national, deux autres expérimentations sont en préparation pour répondre aux besoins de la région : le télésuivi de l'obésité, avec les centres du CHR d'Orléans et du réseau Diapason 36, et le télésuivi post-opératoire en orthopédie, avec la clinique Saint-François à Châteauroux.

Dr Catherine Denis, cardiologue au centre de réadaptation cardiovasculaire Bois-Gibert

IL EST IMPORTANT
QUE LE PATIENT SOIT ACTEUR DE SA PROPRE SURVEILLANCE

La télémédecine en centre pénitentiaire
de multiples avantages

Assurer le suivi médical de détenus en respectant des exigences de rapidité, de confidentialité et de sécurité : telle est l'ambition des actes de télémédecine pratiqués entre divers centres pénitentiaires et hôpitaux de la région. Exemples dans le Loiret, l'Indre et l'Eure-et-Loir.



Centre pénitenciaire de Saran (Loiret) - Docteur Boutrais

L'unité médicale du centre pénitentiaire de Saran (45), c'est d'abord une équipe : 2 ETP médecins, 9 ETP infirmiers, 1 dentiste, 1 kinésithérapeute, 1 manipulatrice radio, 1 aide-soignante, 1 diététicien à mi-temps, 1 opticienne une fois par mois, et 2,5 indispensables ETP de secrétariat. « *Ces secrétaires nous mâchent en effet le travail en gérant les difficultés de communication, les pannes et les connexions dans le cadre de nos pratiques de télémédecine* », insiste le Dr Marie-Christine Boutrais, responsable de l'unité médicale, qui partage son activité entre le CHR d'Orléans et le centre pénitentiaire de l'agglomération orléanaise, où elle travaille depuis vingt ans.

« *L'unité prend en charge des détenus comme s'ils étaient à l'extérieur (les radiographies et bilans biologiques, par exemple, sont faits sur place), résume le Dr Boutrais, et mène par ailleurs des actions de promotion et d'éducation à la santé sur des thématiques variées* ». Mais elle doit avoir recours au plateau technique du CHR pour certains examens ou analyses (notamment les échographies, fibroscopies, dopplers et scanners), ce qui impose des « extractions » pour se rendre au CHR d'Orléans (Orléans – La Source). Or toute extraction pose un problème de confidentialité pour le détenu, qui arrive à l'hôpital menotté et n'ose parler librement au médecin en présence des surveillants qui l'accompagnent. Et elle mobilise du personnel pénitentiaire déjà en effectif limité.

Dès l'automne 2016, l'unité s'est donc tournée vers la télémédecine pour faire bénéficier aux détenus de Saran de téléconsultations par des médecins spécialistes du CHR d'Orléans ou de télé-expertises à partir de l'envoi d'un cliché ou d'un résultat d'examen. Ces actes se déroulent dans un bureau équipé d'un système de photo-vidéo, d'un double PC et du logiciel d'échanges sécurisés de la plateforme régionale. Sont actuellement concernés les domaines de l'anesthésie, de l'endocrinologie, de la dermatologie et de l'hépato-gastro-entérologie, et demain d'autres spécialités comme la cardiologie. « *À terme, il serait souhaitable que toutes les consultations ne nécessitant pas de geste technique soient réalisées ainsi,* propose le Dr Boutrais. *Les détenus apprécient de rester intra-muros. Et quand ils sont de la région, ils peuvent, une fois libérés, continuer à consulter le médecin spécialiste qui les a pris en charge à distance et en toute confidentialité* ».

PRÉVENIR LES RISQUES D'ÉVASION DURANT LES TRANSFÈREMENTS

L'administration pénitentiaire, pour sa part, voit dans la télémédecine un moyen de prévenir les risques d'évasion durant les « transfèrements » jusqu'à l'hôpital. Téléconsultations et télé-expertises font par ailleurs économiser du temps, mais aussi de l'argent aux finances publiques, car une extraction coûte cher. Enfin, « *les membres de l'équipe médicale de Saran qui assistent à ces séances de télémédecine bénéficient en retour d'une formation et d'un partage de savoir* », note le Dr Boutrais.

Dans les unités sanitaires du centre pénitentiaire du Crâquelin et de la maison centrale de Saint-Maur (36), c'est en février 2017 qu'ont démarré les premiers actes de télémédecine, sous la conduite du Dr Alexandre Sedkaoui. Ce médecin du centre hospitalier de Châteauroux y coordonne depuis 2013 des consultations de médecine générale et d'urgence auprès des détenus. Pour l'heure, seule la dermatologie et quelques

Dr Marie-Christine Boutrais, responsable de l'unité médicale.

cas de chirurgie font l'objet de cas soumis à la consultation à distance ou à l'avis de collègues du Dr Sedkaoui, à l'hôpital de Châteauroux. Trente-cinq dossiers (dont 95 % en dermatologie) ont ainsi été traités en un peu plus d'un an.

« *Il s'agit essentiellement de téléconsultations à partir d'un dossier médical créé avec l'accord du patient, qui comprend une synthèse clinique, trois ou quatre clichés et les traitements de la personne. Les détenus sont libres d'accepter ou de refuser cet examen pratiqué à l'aide d'un PC équipé du logiciel Covotem et d'une caméra,* précise le Dr Sedkaoui. *Mais ils donnent facilement leur accord, sachant que les images et vidéos réalisées dans le cadre de la téléconsultation ne sont consultables que par le médecin et l'expert, que nous essayons de garder l'anonymat du visage et que nous leur offrons une vraie expertise grâce à ce dispositif* ». Par ailleurs, comme à Saran, ces patients privés de liberté « *apprécient le confort d'un système qui ne les oblige pas à se déplacer entravés, avec le risque de croiser des gens qu'ils connaissent* ».

À terme, le dispositif pourrait intégrer des sessions de télé-expertise en endocrinologie et intéresser d'autres domaines médicaux. Malheureusement le développement de la télémédecine se heurte pour l'heure, dans l'Indre, au manque de médecins spécialistes, de temps médical disponible et de postes informatiques équipés du logiciel Covotem.

À Châteaudun, en Eure-et-Loir, la télémédecine n'en est, comme dans l'Indre, qu'à ses premiers pas. Elle s'y exerce sous la responsabilité du Dr Abdallah Touraq, médecin généraliste et urgentiste, qui gère depuis 2003 l'unité sanitaire du centre de détention. « *Nous avons commencé, en novembre 2017, par de la télé-expertise en plaies et dermatologie,* témoigne-t-il, *parce que les diagnostics se posent assez facilement dans cette spécialité à partir de l'examen des clichés de lésions par un confrère du centre hospitalier de Dreux* ».

Une première téléconsultation en néphrologie, entre le centre de détention de Châteaudun et le centre hospitalier de Chartres, a par ailleurs eu lieu début 2018 au bénéfice d'un patient sous dialyse péritonéale, dans une salle équipée d'une caméra, d'écrans de visio-conférence et d'un PC sous logiciel Covotem. « *Après transmission à Chartres du bilan sanguin et du résultat de l'examen clinique, le patient a pu, après avoir donné son consentement, être interrogé à distance en direct par l'expert* », indique le Dr Touraq.

« *En télé-expertise, nous allons également faire de la cardiologie et nous espérons, à terme, pouvoir faire aussi un peu de diabétologie, d'anesthésie, voire de neurologie une fois obtenu l'accord des médecins spécialistes hospitaliers concernés. Mon souhait est de pratiquer de plus en plus d'actes de télémédecine,* conclut le Dr Touraq. *Car ce système s'avère d'ores-et-déjà positif, tant pour les détenus que pour l'administration pénitentiaire, dans un département où il est devenu très difficile d'obtenir des consultations en dermatologie, par exemple. En évitant des extractions, la télémédecine fait gagner du temps et de l'argent à notre centre de détention, qui ne dispose plus d'équipe d'escorte dédiée (deux surveillants et un chauffeur, au minimum) pour emmener un détenu en consultation à Chartres ou à Dreux* ». ■

Une patientèle potentielle de quelque **2 000 détenus**

- **590 détenus** au centre de détention de Châteaudun (28).
- **850 détenus** au centre pénitentiaire de Saran (45).
- **380 détenus** au centre pénitentiaire du Crâquelin (36).
- **180 détenus** à la centrale de Saint-Maur (36).

LA TÉLÉMÉDECINE
FAIT GAGNER DU TEMPS
ET DE L'ARGENT

Accès aux soins

Télé-expertise, téléstaff, téléconsultation : dans les territoires les plus touchés par la désertification médicale, la télémédecine fournit des solutions pour accéder à des professionnels de santé.

MSP du Grand Ligueillois (37)

« Un confort d'exercice »

À Ligueil, en Indre-et-Loire, les médecins généralistes de la maison de santé pluridisciplinaire (MSP) ont initié la télé-expertise avec des ophtalmologues et dermatologues du territoire, ainsi que des téléstaffs avec l'addictologue de l'hôpital voisin.

« *La télémédecine ne se décrète pas,* insiste le Dr Maxime Pautrat, généraliste à la MSP du Grand Ligueillois. *Elle doit répondre à des besoins exprimés.* » Implantée en milieu rural, cette structure ne peut que constater le manque de spécialistes à proximité, qui contraint les patients à de longs déplacements et, pour ceux qui exercent, la saturation des carnets de rendez-vous, qui entraîne des délais d'attente de plusieurs mois. Notamment en ophtalmologie. « *Nous accueillons beaucoup de patients âgés, souvent diabétiques, avec un niveau de risque cardiovasculaire qui justifie la réalisation d'un fond d'œil tous les ans, selon les recommandations,* explique le Dr Pautrat. *En pratique, c'est compliqué, voire impossible !* » La maison de santé met alors en place, grâce à la télémédecine, des rétinographies « *déportées* » : formés à l'utilisation du rétinographe que des financements ont permis d'installer dans leurs murs, les professionnels de santé de la MSP font interpréter les clichés à distance, via la plate-forme de télémédecine, par des confrères ophtalmologistes. Idem en dermatologie. « *Avec ce dispositif, nous allons chercher une expertise auprès d'un spécialiste : c'est une médecine plus technique qu'humaine.* »

NOUS NE SOMMES PLUS EN DÉLICATESSE **FACE À CERTAINS PATIENTS**

Les bénéfices se font rapidement sentir. Les patients sont ravis d'accéder à l'avis de spécialistes sans avoir à courir après un rendez-vous… auquel nombre d'entre eux auraient probablement renoncé. Les spécialistes sont pour le moment d'accord de n'avoir « que » des clichés à interpréter, se libérant ainsi du temps pour d'autres consultations et d'autres actes. Quant aux généralistes, ils sont rassurés par l'intervention des spécialistes sur des prises en charge difficiles. « *La télé-expertise nous apporte un confort d'exercice,* confirme le Dr Pautrat. *Nous ne sommes plus en délicatesse face à certains patients.* » Les médecins apprécient en outre cette diversification de leur activité, ainsi que le renforcement de la confraternité avec leurs collègues spécialistes.

Avec de l'humain

C'est aussi ce que favorisent les téléstaffs avec l'addictologue de l'hôpital de Loches, en attendant ceux à venir avec le psychiatre du territoire. Toujours par l'intermédiaire de la plate-forme de télémédecine, la visioconférence permet régulièrement d'échanger sur des cas problématiques. « *Nous allons élargir ces téléstaffs aux autres professionnels de santé de la MSP, toujours avec l'accord du patient* », annonce le Dr Pautrat, qui rappelle que l'équipe de la maison de santé a déjà l'habitude de travailler en coordination. Chacun pourra ainsi apporter son éclairage sur la situation du patient, qui peut se confier différemment aux infirmiers, kinésithérapeutes, etc., et contribuer à fournir à l'addictologue davantage d'éléments de diagnostic. « *Nous gagnerons en globalité de la prise en charge* », assure le Dr Pautrat. À terme, l'addictologue pourrait même adresser aux généralistes de la MSP des patients sans médecin traitant, pour un suivi qui allégerait sa propre prise en charge.

La maison de santé s'apprête enfin à expérimenter la téléconsultation « accompagnée » – par un médecin généraliste – en addictologie. « *L'approche médecin-patient est, selon nous, très liée au face-à-face,* souligne le Dr Pautrat. *Cependant, même si nous ne sommes pas encore convaincus, nous ne voulons pas rester fermés. Nous allons donc tester la téléconsultation, mais avec de l'humain pour ne pas laisser le patient seul face à la technologie.* »

MSP et Ehpad de Mézières-en-Brenne (36)

Des consultations évitées

Intervenant à la maison médicale et à l'Ehpad de Mézières-en-Brenne, dans l'Indre, le médecin généraliste Anne Mathieu utilise régulièrement la télé-expertise en dermatologie, endocrinologie, pédiatrie et cardiologie.

Équipée d'un chariot de télémédecine depuis quelques années, la maison médicale de Mézières-en-Brenne s'est véritablement lancée dans la pratique quand le réseau Arpèges-Télémed l'a aidée à mettre en place la télé-expertise avec des spécialistes. Aujourd'hui, un dermatologue, un endocrinologue et un pédiatre du département répondent aux questions posées par les généralistes de la maison de santé, via la plate-forme de télémédecine. Un cardiologue interprète quant à lui les électrocardiogrammes réalisés sur place. « *Ce sont des spécialités qui se prêtent facilement à la télé-expertise,* justifie le Dr Anne Mathieu, médecin à la MSP et à l'Ehpad de Mézières-en-Brenne. *Le plus souvent, la réponse du spécialiste suffit à résoudre le problème.* » Ce sont autant de consultations « simples » évitées et de temps gagné pour les spécialistes, par ailleurs rémunérés pour ces actes de télé-expertise moins chronophages qu'une consultation. Et si celle-ci s'avère néanmoins nécessaire, la télé-expertise permet de prescrire les examens (dosages, échographies, IRM…) que le patient doit effectuer au préalable et apporter au spécialiste. Le rendez-vous n'en est que plus rapide et efficace.

Les patients apprécient la démarche. Sauf cas complexe, le généraliste, après avoir reçu la réponse du spécialiste – sous deux à cinq jours en moyenne –, appelle le patient pour la lui communiquer et lui laisse une ordonnance à retirer au secrétariat de la maison médicale. « *La télé-expertise leur évite d'avoir à se déplacer et à payer pour une consultation avec un spécialiste,* souligne le Dr Mathieu. *Ils obtiennent en outre une réponse plus rapide que s'ils avaient dû prendre rendez-vous. Il n'y a que des avantages !* » De fait, personne n'a encore refusé le recours à la télémédecine…

« Pas la solution à tout »

Celle-ci est également pratiquée pour les résidents de l'Ehpad voisin. Comme pour ses patients de la maison médicale, le Dr Anne Mathieu attend la fin de ses consultations pour télétransmettre ses questions aux spécialistes, le soir ou le week-end. « *Si la télé-expertise fait gagner du temps aux patients, pour nous, généralistes, ça prend du temps…* » Et encore, la MSP et l'Ehpad utilisent peu le chariot de télémédecine, préférant, pour prendre des photos, la maniabilité et la rapidité d'un smartphone ou d'une tablette. « *Nous avons déposé une demande pour accueillir une infirmière Asalee à la maison médicale. Elle pourra, dans le cadre de ses missions, nous aider en télémédecine, en particulier avec le chariot que l'on pourra même équiper d'accessoires spécifiques pour réaliser de nouveaux examens, notamment en cardiologie.* »

Cependant, à l'instar de la télé-expertise en gynécologie envisagée par la MSP, les pratiques et les projets de télémédecine se heurtent à la réalité de la démographie médicale dans la région : « *Le problème majeur est le manque de spécialistes pour répondre aux questions, et bientôt le manque de généralistes pour les poser !,* insiste le Dr Mathieu, qui verra le second généraliste de la maison médicale partir à la retraite en 2019. *La télémédecine est une solution, mais pas la solution à tout…* »

LE PLUS SOUVENT,
LA RÉPONSE DU SPÉCIALISTE SUFFIT

Dr Anne Mathieu, médecin à la MSP et à l'Ehpad de Mézières-en-Brenne.

MSP de Gien (45)

Un dispositif « performant »

La maison de santé Anne de Beaujeu à Gien, dans le Loiret, expérimente depuis plusieurs mois la télé-expertise en dermatologie et s'apprête à tester, avec la petite commune voisine de La Bussière, la téléconsultation assistée par une infirmière sur place.

Mise en place par l'union régionale des professionnels de santé Médecins libéraux Centre-Val de Loire (URPS ML) en partenariat avec l'Agence régionale de santé, l'expérimentation de télé-expertise en dermatologie a débuté en février 2016, d'abord à Orléans autour du Dr Florence Dupuis-Fourdan. Le dispositif a ensuite essaimé, notamment à Gien : chacun des sept généralistes de la MSP a été équipé de la plate-forme de télémédecine Covotem et indemnisé par l'URPS ML pour le nécessaire temps de formation puis d'appropriation du logiciel. Tout comme l'unique dermatologue de la ville, le Dr Jean-Jacques De Kyvon, qui a accepté de pratiquer des télé-expertises et est rémunéré pour ces actes. Ainsi, depuis plus de dix-huit mois, le spécialiste reçoit de la MSP des demandes sur tout type de problème dermatologique pour lequel les généralistes ont besoin de son avis. « *Nous avons demandé à élargir l'expérimentation envisagée initialement qui, selon le cahier des charges publié en 2015, se limitait à la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes et au dépistage des cancers cutanés, des cas assez rares dans notre pratique* », rappelle le Dr Pierre Bidaut, médecin généraliste à la MSP Anne de Beaujeu à Gien, qui pilote cette expérimentation.

IL Y AURA PLUS DE SITES DE CONSULTATION, **MAIS PAS PLUS DE MÉDECINS !**

Au-delà de l'outil, « *perfectible car la version testée est chronophage, peu conviviale et incompatible avec les lecteurs de cartes CPS et Vitale répandus* », le dispositif, qui assure la sécurité et la traçabilité des informations transmises entre le généraliste et le spécialiste, est jugé « *performant* ». « *La télémédecine a significativement amélioré l'accès à une expertise dermatologique pour les patients,* constate le Dr Bidaut. *Elle a aussi accru le confort d'exercice des généralistes, en diminuant le stress occasionné par un problème dermatologique qu'ils ne maîtrisent pas, et contribué à leur formation professionnelle.* »

Dr Pierre Bidaut, médecin généraliste à la MSP Anne de Beaujeu à Gien

Hiérarchiser les demandes

Les patients sont satisfaits. Dans huit à neuf cas sur dix, le problème est réglé par la télé-expertise, sous 24 à 48 heures – contre plus de six mois d'attente pour un rendez-vous chez le dermatologue. Et quand consultation il doit y avoir, la télémédecine aide à « *hiérarchiser les délais de prise en charge* » : « *C'est un moyen fonctionnel qui permet au médecin requis, à partir des informations qui lui sont fournies, d'estimer quand, de quelques jours à quelques semaines, la consultation doit avoir lieu* », explique le Dr Bidaut.

Les trois généralistes de la maison de santé de Châtillon-sur-Loire, à une vingtaine de kilomètres de Gien, ont déjà demandé à intégrer le dispositif de télé-expertise mis en place avec le Dr De Kyvon, qui en est d'accord. Et le Dr Bidaut s'attend à d'autres sollicitations, notamment dans le cadre du projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) du Giennois, compte tenu de la pénurie de médecins sur le territoire. La petite commune de La Bussière par exemple, à 13 kilomètres de Gien, n'a plus de généraliste depuis des années, ses habitants se reportant sur ceux des villes voisines, qui finissent eux-mêmes par partir à la retraite… Cette situation de plus en plus difficile a fait naître un projet de téléconsultations avec les généralistes de la MSP de Gien, « *préparées sur place par une infirmière formée, qui serait le bras armé du médecin auprès du patient* ». Des financements, notamment pour rémunérer cette infirmière, devraient être attribués à titre dérogatoire ou expérimental à ce projet qui pourrait être lancé à la rentrée 2018. « *Attention,* prévient toutefois le Dr Bidaut. *S'il y a plus de sites de consultation, il n'y aura pas plus de médecins pour autant, donc pas plus de temps médecin !* » Un temps médecin dont l'optimisation est décidément l'un des principaux enjeux actuels.

« EN CENTRE-VAL DE LOIRE, ON OBSERVE UN ALIGNEMENT DE PLANÈTES ENTRE LES DÉMARCHES OU LES ATTENTES DES SECTEURS SANITAIRE, LIBÉRAL, MÉDICO-SOCIAL ET PRIVÉ. IL S'AGIT D'UNE OPPORTUNITÉ UNIQUE POUR STRUCTURER LES SYSTÈMES D'INFORMATION DE SANTÉ DE FAÇON À ASSURER LEUR MISE EN ŒUVRE RAPIDE, À MOINDRE COÛT, ET GARANTIR LEUR INTEROPÉRABILITÉ ET LEUR EFFICACITÉ. »

VINCENT MARCÉ, DIRECTEUR DU GRADES

Stratégie e-santé

Une nouvelle gouvernance en action

Le groupement régional d'appui au développement de l'e-santé (Grades) instauré par l'instruction du ministère en charge de la santé du 10 janvier 2017 vient de voir le jour en Centre-Val de Loire, sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP). Il est chargé de mettre en œuvre la stratégie régionale d'e-santé élaborée par l'ARS en concertation avec ses partenaires réunis au sein de la nouvelle commission de coordination des politiques publiques d'e-santé (lire en page 6) et pourra, de façon complémentaire, conduire des missions confiées par ses membres.

Un GIP

En Centre-Val de Loire, le Grades a été créé officiellement le 20 mars 2018, jour de son assemblée constitutive, sous la forme d'un GIP. Pas moins de 76 structures ont choisi d'emblée d'y adhérer. Elles sont réparties en six collèges : les établissements et autres organismes relevant du champ sanitaire, médico-social ou social publics (collège n°1), privés à but lucratif (collège n°2) et privés à but non lucratif (collège n°3), les unions régionales des professionnels de santé (URPS, collège n°4), les structures de coopération de professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux (collège n°5), les institutions que sont les autorités de contrôle et de tarification et/ou les financeurs (collège n°6).

Le conseil d'administration

Il compte 11 membres titulaires et 11 suppléants, représentatifs des six collèges. Lors de sa première réunion le 10 avril, le conseil d'administration a élu son président, Raphaël Rogez, président de la fédération des URPS du Centre-Val de Loire. À ses côtés, le premier vice-président Olivier Servaire-Lorenzet, directeur du centre hospitalier Simone-Veil de Blois et du comité stratégique des groupements hospitaliers de territoire du Loir-et-Cher, et le deuxième vice-président Bruno Papin, directeur général adjoint de la Mutualité française Centre-Val de Loire. « *Un troisième vice-président, issu du secteur privé, sera désigné prochainement afin que la présidence et les vice-présidences du conseil d'administration réunissent et représentent les différents acteurs du système de santé* », annonce Vincent Marcé, directeur du GIP.

L'équipe

Pluridisciplinaire, elle rassemble une vingtaine de professionnels issus de structures différentes, déjà investis dans la mise en œuvre de l'e-santé et habitués à travailler de concert. Leur rapprochement au sein du GIP favorisera une plus grande synergie entre ces compétences complémentaires.

La mission

Le Grades est le maître d'ouvrage de tous les chantiers composant la stratégie régionale d'e-santé. Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens cosigné avec l'ARS trace sa feuille de route, qui s'articule notamment autour du déploiement de la télémédecine et des services numériques d'appui à la coordination (Snacs). « *Notre rôle est de faire en sorte que les projets mis en œuvre répondent aux attentes des professionnels de santé, offrent un bon niveau de service et génèrent de nouveaux usages* », résume Vincent Marcé. L'accent est mis également sur le secteur médico-social, encore sous-doté en systèmes d'information de santé, afin de faciliter les échanges avec les établissements sanitaires et les médecins libéraux, dans le but d'améliorer l'accès aux soins, de fluidifier et de sécuriser les parcours de soins.

LE GRADeS EST LE MAÎTRE D'OUVRAGE DE TOUS LES CHANTIERS COMPOSANT **LA STRATÉGIE RÉGIONALE D'E-SANTÉ.**

La méthode et le calendrier

Le GIP est le lieu d'un dialogue régional, décloisonné et thématique qui permet d'aborder chaque chantier de façon approfondie avec tous les acteurs concernés. Et ce, afin de définir et de hiérarchiser collectivement les besoins puis d'identifier les convergences et les mutualisations possibles, dans un objectif de rationalisation et d'interopérabilité. Pour les Snacs, des groupes de travail régionaux sont chargés d'élaborer d'ici à cet été, à partir des usages métiers, les premiers cahiers des charges des services attendus par les professionnels de santé, pour une livraison des applications prioritaires dès le second semestre 2018 dans deux départements, avant une généralisation entre 2019 et 2022. « *Le choix technique concernant les fonctions de coordination sera fait par les futurs utilisateurs, parmi les solutions validées au niveau national car testées avec succès dans les territoires de soins numériques, précise Vincent Marcé. Cela nous permettra de gagner du temps dans le déploiement des outils.* » Dans ViaTrajectoire, un volet dédié à l'orientation des personnes en situation de handicap sera déployé en 2018-2019. Quant à la télémédecine, les efforts se concentreront sur l'organisation d'une offre régionale visant à apporter des réponses aux demandes locales.

Pour tout renseignement :

02 38 77 39 28

ars-centre-telemedecine@ars.sante.fr

télémédecine
CENTRE-VAL DE LOIRE

ars
Agence Régionale de Santé
Centre-Val de Loire