

PROJET REGIONAL DE Santé
Champagne-Ardenne
2012-2016

| Avril 2012 |

| PRT |

PROGRAMME REGIONAL DE DEVELOPPEMENT DE LA TELEMEDECINE

ars
Agence Régionale de Santé
Champagne-Ardenne

SOMMAIRE

Chapitre 1 - Objet du programme régional de développement de la Télémédecine 3

Chapitre 2 - Enjeux et bénéfices attendus de la Télémédecine 5

1 - Enjeux pour le système de santé 5
2 - Que peut-on attendre de la Télémédecine 5
2.1 - Les bénéfices pour le patient 5
2.2 - Les bénéfices pour les professionnels de santé 5
2.3 - Les bénéfices pour les pouvoirs publics 5

Chapitre 3 : Définition de la télémédecine et éléments de cadrage législatifs et réglementaires 7

1 - Références législatives et réglementaires 7
2 - Définition des actes de télémédecine 7
3 - Conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine 9
4 - Organisation de l'activité de télémédecine sur un territoire de santé 9
5 - Tarifications et financements 10
6 - Points de vigilance particuliers 11

Chapitre 4 - Stratégie nationale 12

Chapitre 5 - Priorités de déploiement de la télémédecine en Champagne-Ardenne 13

1 - Eléments de contexte régional 13
2 - Enjeux stratégiques régionaux pour la Télémédecine 14
3 - Critères de priorisation par domaines 14
4 - Axes prioritaires de développement de la Télémédecine 15
4.1 - Axe 1 : permanence et continuité des soins 15
4.2 - Axe 2 : Maillage territorial pour le premier recours 17
4.3 - Axe 3 : Alternatives à l'hospitalisation, prise en charge sur le lieu de vie 19

Chapitre 6 - Cadrage opérationnel des projets 20

1 - Pilotage des projets 20
2 - Métier / organisation 20
3 - Juridique 20
4 - Technique 21
5 - Financier 21
6 - Evaluation 21

Chapitre 7 - Pilotage régional du programme 22

1- Comité régional de la Télésanté 22
2 - Modalités d'évaluation du programme 22
3 - Indicateurs d'évaluation du programme 23

Glossaire 24

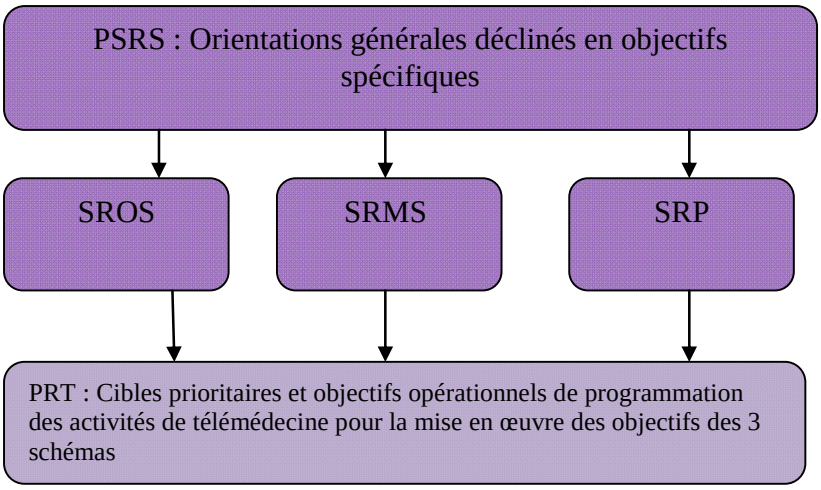
Chapitre 1 - Objet du programme régional de développement de la Télémédecine

Le projet régional de santé (PRS) détermine la stratégie de santé de l'ARS pour les 5 prochaines années. Prenant en compte les besoins de santé de la population au niveau régional et infrarégional ainsi que les priorités et les objectifs de la politique nationale de santé, le PRS est la « feuille de route » de l'ARS pour les années 2012-2016. Il comporte :

- un plan stratégique régional de santé (PSRS),
- trois schémas régionaux sectoriels qui organisent les activités et les services,

  Ces schémas déterminent en particulier les mesures conformes aux objectifs du plan stratégique dans l'ensemble des domaines d'action de l'ARS : prévention, organisation des soins (volet établissements de santé et volet ambulatoire) et organisation médico-sociale,
- des programmes qui déclinent les modalités d'application de ces schémas :
  - Programme pluriannuel Régional de Gestion du Risque (PRGDR),
  - Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes les plus démunies (PRAPS),
  - Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC),
  - Programme Régional de Développement de la Télémédecine (PRT),

Le Programme Régional de Développement de la Télémédecine (PRT) fait partie intégrante du Projet Régional de Santé (PRS). Il a pour objet de décliner les modalités spécifiques d'application des trois schémas du PRS en matière de télémédecine.



Le PRT fixe les cibles prioritaires et objectifs opérationnels de programmation du déploiement des activités de télémédecine, fondés sur des priorités partagées par l'ensemble des partenaires et par les usagers. Il contribuera ainsi à la mise en œuvre de la politique de santé définie dans le cadre de l'élaboration du PRS.

Chapitre 2 - Enjeux et bénéfices attendus de la Télémédecine

1 - Enjeux pour le système de santé

La télémédecine doit avant tout se concevoir comme un outil au service de la pratique médicale, et donc au service du patient. Son développement est rendu possible par l'avènement des technologies modernes, et notamment par le déploiement des réseaux de télécommunication à haut débit.

Elle doit aider à répondre à des problématiques très diverses, tant en matière de prise en charge médicale (isolement géographique de certaines parties de la région, vieillissement de la population, accroissement du nombre de patients atteints de maladies chroniques ou pluri pathologiques), que de baisse de la démographie médicale ou de réponse aux contraintes économiques auxquelles est soumis le système de santé.

La télémédecine est donc un nouvel outil au service de l'organisation de l'offre de soins en région. En tant que telle, elle doit être développée au regard des besoins constatés en termes d'amélioration du système de santé.

2 - Que peut-on attendre de la Télémédecine

2.1 - Les bénéfices pour le patient

- Apporter une réponse adaptée dès le début de la prise en charge.
- Diminuer la fréquence ainsi que la durée des hospitalisations et des transports.
- Améliorer le confort du patient (et de son entourage) se sentant ainsi plus sécurisé par une meilleure prise en compte des ses besoins.
- Favoriser une meilleure prévention (cf. téléimagerie, télésurveillance…).

2.2 - Les bénéfices pour les professionnels de santé

- Pallier l'isolement géographique d'une équipe.
- Optimiser le temps médical et encourager les échanges médicaux.
- Décloisonner les activités, renforcer les collaborations et initier de nouvelles formes de partenariat.

  ➔ Attractivité de cette nouvelle organisation

2.3 - Les bénéfices pour les pouvoirs publics

- Constituer un levier pour un meilleur aménagement du territoire de santé en lien avec les spécificités locales.

- Optimiser la gestion des ressources.
- Maitriser les dépenses.
- Améliorer la coordination entre prévention, soins, et secteur médico-social.

Chapitre 3 : Définition de la télémédecine et éléments de cadrage législatifs et réglementaires

1 - Références législatives et réglementaires

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite « *loi HPST*[1] »)

Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Code de la santé publique : Articles L.1111-8 ; L.6316-1 ; R6316-1.

Code de la sécurité sociale : Articles L. 162-1-7 ; L. 162-14-1 ; L. 162-22-1 ; L. 162-22-6 ; L. 162-32-1 ; L. 221-1-1 ; L. 162-22-13.

Code de l'action sociale et des familles : Articles L.314-1 et L.314-2.

La loi « HPST » puis le décret du 19 octobre 2010[2] ont conféré une véritable assise juridique à la télémédecine afin d'impulser son déploiement sur l'ensemble du territoire.

Le décret délimite l'exercice de la télémédecine, et définit explicitement les 5 actes constitutifs de la télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre par les professionnels de santé et l'organisation des activités de télémédecine sur un territoire de santé.

2 - Définition des actes de télémédecine

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

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou encore d'effectuer une surveillance de l'état des patients. (Article L.6316-1 du code de la santé publique).

Cinq actes de télémédecine ont été définis (article R6316-1 du code de la santé publique) :

La téléconsultation :

[1] HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

[2] Textes cités plus haut.

C'est une consultation médicale à distance réalisée en présence du patient. Le patient, acteur à part entière, peut dialoguer avec le médecin requérant ou le médecin télé consultant. Un professionnel de santé (un médecin, une infirmière, un kinésithérapeute, un manipulateur radiologue…) peut assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

La télé-expertise :

C'est un acte médical diagnostique ou thérapeutique qui peut se réaliser en dehors de la présence du patient. C'est un échange entre deux ou plusieurs médecins qui arrêtent ensemble, en fonction de leur spécialité, un diagnostic et/ou une thérapie sur la base de données cliniques, radiologiques ou biologiques qui figurent dans le dossier médical.

La télésurveillance :

C'est un acte médical qui découle de la transmission de données nécessaires au suivi médical d'un patient, permettant au médecin qui interprète ces données de prendre les décisions diagnostiques et/ou thérapeutiques adaptées. Ces données sont recueillies par un professionnel de santé qui peut être un paramédical agissant sous la responsabilité d'un médecin. Ces données peuvent être transmises par le patient lui-même.

La téléassistance :

Un médecin assiste à distance un autre médecin ou un professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie.

La réponse médicale, apportée dans le cadre de la régulation médicale (SAMU[3]) peut reprendre les 4 typologies évoquées.

Actes de télémédecine				
Dénomination de l'acte	***Personnes présentes sur le lieu***		***Moment de 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 de données cliniques, radiologiques ou biologiques

[3] SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

Téléassistance médicale	Patient et professionnel de santé	Professionnel médical	En direct	Aide d'expert pour l'accomplissement de l'acte médical

3 - Conditions de mise en œuvre des actes de télémédecine

La télémédecine comme tout acte de nature médicale, doit respecter les principes de droit commun de l'exercice médical et du droit des patients, des règles de compétences et de coopérations entre professionnels de santé, du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, et des échanges informatisés de données de santé.

Des exigences supplémentaires quant à la traçabilité de l'acte de télémédecine sont demandées. En effet, doivent être inscrits dans le dossier du patient :

- Le compte rendu de la réalisation de l'acte ;
- Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués ;
- L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;
- La date et l'heure de l'acte ;
- Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Les actes de télémédecine, impliquant la présence du patient (téléconsultation, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et réponse médicale) se font avec son consentement libre et éclairé. Le patient doit donc être informé de manière claire des conditions de réalisation cet acte.

La formalisation de ce consentement n'est pas obligatoire.

La télé-expertise qui peut se faire en dehors de la présence du patient doit faire l'objet d'une information préalable du patient (patient dûment informé) et sans que celui-ci s'y soit opposé.

Le consentement express de la personne relatif à l'hébergement des données de santé prévu à l'article L.1111-8 du Code de la santé publique peut désormais être exprimé par voie électronique.

Les conditions techniques et organisationnelles de mise en œuvre de la télémédecine sont décrites dans le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

Les conditions techniques de qualité et de sécurité du dispositif respectent les modalités générales d'élaboration des référentiels validés par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé (ASIP santé), relatifs à la qualité et à la confidentialité des données. Le cadre de mise en œuvre doit allier sécurité et souplesse de façon à permettre le développement effectif de ces nouvelles organisations et pratiques professionnelles.

4 - Organisation de l'activité de télémédecine sur un territoire de santé

Le pilotage de l'organisation de l'activité de télémédecine doit être organisé à la fois au niveau national et au niveau régional pour l'adapter aux spécificités locales.

L'encadrement de l'activité de télémédecine est réalisé à deux niveaux :

Niveau 1 :

- soit par un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;
- soit par un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) conclu avec un établissement de santé ou un service de santé ou un Contrat d'Amélioration de la Qualité et de la Coordination des Soins (CAQCS) conclu avec un établissement, une structure ou un professionnel de santé ;
- soit par un contrat particulier signé par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité. Dans la mesure du possible, l'adhésion collective des professionnels libéraux sera recherchée, au travers notamment des URPS.

Ces contrats doivent prendre en compte d'une part les orientations nationales, d'autre part les préconisations et axes stratégiques du PRT.

Niveau 2 :

Une convention devra systématiquement être signée entre les partenaires qui concourent à une activité de télémédecine afin de clarifier les droits et devoirs incombant à chaque acteur.

5 - Tarifications et financements

Il faut distinguer le remboursement des actes de télémédecine (tarification des actes) du financement de l'organisation de l'activité de télémédecine.

- La tarification des actes de télémédecine est intégrée au droit commun du financement des structures et professionnels de santé et des structures médico-sociales, dans les conditions prévues par le Code de la sécurité sociale aux articles suivants :

  L. 162-1-7 : dispositions générales relatives aux prestations et aux soins

  L. 162-14-1 : dispositions relatives aux relations conventionnelles

  L. 162-22-1 : dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en SSR[4] et psychiatrie

  L. 162-22-6 : dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en MCO[5]

  L. 162-32-1 : dispositions relatives aux centres de santé

- L'organisation de l'activité de télémédecine peut être financée au titre du FICQCS[6] et des MIGAC[7] et dans les conditions prévues aux articles L.314-1 (FAM[8]) et L.314-2 (EHPAD[9]) du Code de l'action sociale et des familles.

[4] SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
[5] MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
[6] FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins. Ce dispositif est prévu à l'article L 221-1-1 du Code de la sécurité sociale
[7] MIGAC : Missions d'Intérêt Générale et Aide à la Contractualisation. Ce dispositif est prévu à l'article L 162 -22-13 du Code de la sécurité sociale

La CNAMTS[10] fournira une liste d'actes susceptibles d'entrer dans le périmètre de la télémédecine, en tenant compte des cinq priorités de la stratégie nationale, notamment en termes d'imagerie dans le cadre de la permanence des soins, de la prise en charge de l'AVC[11] et des soins aux détenus.

La DSS[12] fournira une fiche sur l'élaboration des nomenclatures et sur la construction des tarifs, recensant également les modalités de tarification et de facturation qui pourront éventuellement servir à la tarification ou à la facturation d'actes de télémédecine.

6 - Points de vigilance particuliers

La télémédecine doit apporter une valeur ajoutée supplémentaire au système de santé, soit en améliorant une prise en charge, soit en palliant une insuffisance de l'offre, soit en améliorant l'efficience de celle-ci. Elle ne doit en aucun cas venir en remplacement d'un mode d'organisation existant.

Par ailleurs, il convient de préciser que la télémédecine, modalité d'exercice de la médecine à distance s'appuyant sur les technologies de la communication, peut avoir des conséquences sur la qualité de la prise en charge du fait du risque de perte du lien social entre le patient et le médecin.

Une attention particulière doit en outre être portée sur l'acceptabilité des dispositifs mis en place par les patients et leur entourage (famille, aidants). Ceci sera particulièrement vrai pour la télésurveillance médicale de pathologies particulières sur le lieu de vie du patient, pour laquelle il ne faudra pas négliger les questions d'éthique et de respect de la vie privée.

Enfin, la mise en place de ces nouvelles formes de prise en charge aura nécessairement des conséquences sur la charge de travail des professionnels de santé impliqués. Il convient d'estimer, prudemment au vu du peu de retour d'expérience, le volume de ces surcroîts d'activité, et de s'assurer de leur acceptabilité par l'ensemble des professionnels impliqués.

[8] FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
[9] EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
[10] CNAM-TS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
[11] AVC : Accident Vasculaire Cérébral
[12] DSS : Direction de la Sécurité Sociale

Chapitre 4 - Stratégie nationale

Le Ministère de la Santé a lancé au début de l'année 2011, l'élaboration d'un plan stratégique national de déploiement de la télémédecine. Ce plan a pour objet de déterminer les axes prioritaires de déploiement de la télémédecine, d'identifier les freins, obstacles et leviers à son développement afin de favoriser les usages sur le terrain. Dans une démarche de gouvernance collective, ce plan est piloté par un comité de pilotage stratégique interministériel animé par la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) avec l'appui de la Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé (DSSIS).

Le pilotage et le suivi de la mise en œuvre du plan par ce COPIL comprend la coordination des actions du plan, la mesure de leur réalisation, le suivi financier, l'analyse des difficultés éventuellement rencontrées et la formulation de propositions d'infléchissement du plan si nécessaire.

Ce plan se structure autour de trois volets :

- Un **document stratégique** « stratégie télémédecine 2011-2015 », précisant la vision, les enjeux et les grandes orientations stratégiques à moyen terme ;
- Un **plan d'actions**. Chacune de ces actions relève de la responsabilité d'un pilote précisément identifié. Elles sont concomitantes et coordonnées. Chaque action aura fait l'objet, au terme d'un travail approfondi d'analyse et d'examen des alternatives possibles, d'une description aussi précise que possible : contexte, objectifs poursuivis, pilote et partenaires, calendrier, modalités et montant des financements, vecteur contractuel éventuel, indicateurs de suivi et d'évaluation.
- Une « **boîte à outils** » recensant les éléments de méthodes existants ou découlant de la mise en œuvre d'actions spécifique du plan (réglementation, référentiels de bonne pratique, guides, modèles contractuels, modèles d'évaluation…) ainsi que les dispositions de gouvernance, de suivi et d'évaluation du plan.

A partir d'un recensement des initiatives en région, des critères de sélection ont été choisis afin d'évaluer la maturité des projets. Ils prennent en compte les enjeux sanitaires, économiques, techniques et éthiques auxquels doit faire face notre système de santé.

Sur la base de cette évaluation, 5 chantiers prioritaires au niveau national ont été retenus :

1. Téléimagerie en lien avec l'organisation de la Permanence des Soins (PDS)
2. Prise en charge de l'AVC
3. Santé des détenus
4. Prise en charge d'une maladie chronique (parmi le diabète, l'insuffisance rénale chronique ou l'insuffisance cardiaque).
5. Soins dans les structures médico-sociales ou en HAD

Il s'agit, à partir de ces 5 chantiers prioritaires de construire des modèles organisationnels et financiers pérennes et modélisables à d'autres types de prise en charge ou pathologie. Les régions qui mettront en œuvre ces chantiers prioritaires pourront s'appuyer sur les travaux menés au niveau national (Ministère chargé de la Santé, ANAP[13], ASIP[14], HAS[15]…) tant en termes d'expertise juridique, financière que de gestion du changement.

[13] ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
[14] ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé
[15] HAS : Haute Autorité de Santé

Chapitre 5 - Priorités de déploiement de la télémédecine en Champagne-Ardenne

Le PRT est un programme transversal, il est commun à tous les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social. Il fait partie des moyens attribués aux ARS pour structurer l'offre sanitaire et médico-sociale en réponse aux besoins de santé des populations et des particularités des territoires de santé.

Il est préparé d'une part sur la base des **priorités et des objectifs du plan national de déploiement de la télémédecine** et d'autre part sur la base des **priorités, objectifs et principes d'action identifiés dans le PSRS et les schémas d'organisation du PRS**.

Il convient de concentrer les efforts et les moyens disponibles sur un nombre restreint de projets afin d'en garantir les chances de succès, et ainsi de donner une dynamique régionale. Ce chapitre traite du choix des **axes prioritaires** de déploiement, c'est à dire les pratiques, spécialités médicales ou filières de prise en charge pour lesquelles il convient de favoriser l'usage de la télémédecine.

1 - Eléments de contexte régional

Le PSRS dresse un état des lieux argumenté des besoins de santé de la population champardennaise. Il détermine les priorités de santé pour la région, et donc les axes stratégiques de travail de l'ARS qui seront déclinés dans les schémas et programmes.

Le PSRS précise notamment que la région Champagne-Ardenne doit aujourd'hui faire face à des défis majeurs en termes de démographie. C'est une région vaste, faiblement peuplée, à dominante rurale et avec une population vieillissante. Sur le plan de la démographie des professionnels de santé, et notamment de l'offre de soins du premier recours, la situation est de plus en plus fragilisée avec un déficit en professionnels de santé qui s'accentue, une répartition très inégale et un isolement croissant des professionnels particulièrement dans les zones peu urbanisées. Les établissements de santé publics sont par ailleurs en majorité confrontés à des difficultés financières depuis la mise en place de la T2A.

15 priorités spécifiques à des domaines d'action ont été identifiées. Le recours à la télémédecine pourra contribuer à répondre à 5 d'entre elles :

- (Priorité 2) Adaptation et continuité de la prise en charge des personnes handicapées et personnes âgées tout au long de la vie
- (Priorité 5) Maintien d'un accès à la santé sur tout le territoire
- (Priorité 7) Adaptation de la prévention et de la prise en charge des grossesses à risque médical et/ou social pour réduire les risques maternels et infantiles.
- (Priorité 11) Réduction des inégalités d'accès à la prévention et aux soins dans le domaine des maladies chroniques.
- (Priorité 12) Amélioration de la coordination des soins dans le domaine des maladies chroniques et rares.

Par ailleurs, un certain nombre d'enjeux transversaux intéressant la télémédecine ont émergé :

- (§ 4.1) **Relever le défi de la démographie des professionnels de santé**, avec pour objectif, notamment de renforcer l'attractivité des postes afin de garder les jeunes professionnels et de développer la télémédecine

- (§4.3) Améliorer l'accès aux professionnels, établissements et services de santé, l'un des objectifs étant de développer la prise en charge en ambulatoire dans les établissements de santé

- (§4.4) Développer la coordination, l'articulation, les réseaux

- (§4.7) Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès à l'offre de santé. L'objectif à retenir ici est de s'assurer de l'effectivité de l'accès aux soins ambulatoires et spécialisés pour les personnes résidant dans les zones à faible densité médicale et paramédicale »

2 - Enjeux stratégiques régionaux pour la Télémédecine

Au vu du contexte régional exposé ci-dessus, le déploiement de dispositifs de télémédecine doit répondre aux enjeux stratégiques suivants :

1. Améliorer les prises en charge en urgence, l'utilisation de la télémédecine permettant de rendre disponible l'expertise en tous lieux;

2. Rapprocher les soins de premier et second recours de la population pour éviter les inégalités d'accès. Il s'agit ici d'améliorer l'accessibilité aux diagnostics et aux suivis programmés, en rapprochant l'expertise médicale des patients, quel que soit leur lieu de vie (domicile en zone rurale, institutions médicalisées ou non, y compris dans le secteur médico-social);

3. Améliorer la qualité de vie des patients, en leur permettant de rester sur leur lieu de vie habituel tout en bénéficiant d'un suivi médical, de prévention et d'éducation pour la santé, en particulier pour les patients atteints de maladies chroniques et en risque de perte d'autonomie;

4. Contribuer à rationaliser les dépenses de santé, en réduisant le nombre de transferts de patients non médicalement justifiés et de journées d'hospitalisation, et en optimisant le recours aux ressources médicales rares;

3 - Critères de priorisation par domaines

Sur la base de l'état des lieux de l'existant (activités déjà réalisées, projets en cours), des enjeux stratégiques régionaux et des idées ou besoins exprimés au travers des autres éléments du PRS, il s'agit de déterminer un nombre limité de domaines prioritaires de déploiement de la télémédecine. La priorisation est réalisée sur la base des réponses pouvant être apportées aux questions suivantes:

1) <u>Enjeu de santé publique</u>

   - Le domaine répond-il à un besoin non couvert par l'organisation traditionnelle de l'offre de soins ?

2) <u>Organisation des soins</u>

   - Le domaine contribue-t-il à améliorer l'accès aux soins pour une population particulièrement vulnérable ou isolée (personnes âgées / patients chroniques, populations isolées géographiquement, personnes à mobilité réduite) ?

   - Le domaine contribue-t-il à une utilisation plus efficiente d'une ressource médicale rare dans la région (spécialité médicale, voire expertise particulière) ?

   - Le domaine contribue-t-il à rompre l'isolement géographique ou organisationnel de professionnels ou structures de santé ?

3) Maturité du sujet

   - Existe-t-il déjà des exemples de projets réussis dans le domaine, du point de vue technique et/ou organisationnel, et/ou médico-économique ? En d'autres termes, ce domaine d'application de la Télémédecine est-il relativement mature, ou s'agit-il d'une réelle expérimentation ?

4) Priorité nationale

   - Le domaine visé entre-t-il, en partie ou totalement, dans le champ des 5 chantiers nationaux prioritaires en télémédecine ?

4 - Axes prioritaires de développement de la Télémédecine

Sur la base des propositions exprimées au cours des travaux d'élaboration du PRS[16] et au vu des critères de priorisation proposés ci-dessus, une liste des domaines prioritaires d'application de la télémédecine en Champagne-Ardenne a été établie.

Trois axes « organisationnels » de déploiement peuvent être distingués pour répondre aux enjeux stratégiques régionaux :

- **Axe 1** : « **Permanence et continuité des soins dans les établissements de santé** », sur des spécialités ou prises en charge médicales dont la répartition géographique est très inégale, et particulièrement les acteurs de la prise en charge de l'urgence.

- **Axe 2** : « **Maillage territorial pour le premier recours** », ciblant les acteurs médicaux du premier recours, généraliste ou de spécialité, avec comme objectif essentiel l'amélioration de l'accessibilité au diagnostic et au suivi médical par des dispositifs de téléconsultation et de télé-expertise. Le but étant de rompre l'isolement des professionnels de santé et des patients, que celui-ci soit géographique ou inhérent à leur lieu de vie (établissements pour personnes âgées, établissements pour personnes handicapées, détenus).

- **Axe 3** : « **Alternatives à l'hospitalisation** », orienté principalement sur l'utilisation de la télésurveillance à domicile pour améliorer l'autonomie et permettre aux patients d'être acteurs de leur maladie, notamment en cas de maladies chroniques.

Ces axes sont choisis pour donner au sein de chacun d'entre eux un maximum de points communs aux modalités techniques et organisationnelles des projets. L'objectif étant de lancer une à deux actions pilotes sur chacun des axes, et de capitaliser ensuite sur ces actions pilotes pour étendre le dispositif.

4.1 - Axe 1 : permanence et continuité des soins

Objectif : Contribuer avec la télémédecine à l'amélioration de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé,(PDSES) pour des spécialités médicales rares et inégalement réparties sur le territoire, en particuliers pour la prise en charge de certaines situations d'urgence.

Pour la PDS, et donc l'urgence, il s'agit de contribuer avec la télémédecine à l'organisation régionale de la gradation des soins. On cherchera notamment à définir pour chaque filière, une gradation des prises en charge dans l'offre de soins d'urgence par l'utilisation de télé-expertises et téléconsultation

[16] Il s'agit ici des travaux menés pour l'élaboration du PSRS et des schémas d'organisation

(exemple : filière AVC), et à optimiser les transferts et les déplacements de patients, notamment pour les urgences graves.

Pour la continuité des soins, il s'agit de contribuer au niveau régional à résorber les inégalités territoriales en maintenant l'accès à certaines spécialités médicales.

Action 1 : Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux

Contexte : En Champagne-Ardenne, 2500 à 3000 personnes par an sont victimes d'un Accident Vasculaire Cérébral (AVC) ou d'un Accident Ischémique Transitoire (AIT). Il s'agit de la première cause de handicap acquis non traumatique chez l'adulte, de la seconde cause de démence et de la troisième cause de mortalité. La précocité de la prise en charge des AVC est fondamentale en urgence pour la survie immédiate des patients et pour éviter au maximum l'extension des lésions cérébrales et l'apparition des déficits (troubles de la parole, de la motricité …) et en post urgence pour réduire les séquelles. La télémédecine contribue à optimiser les conditions d'accès, quel que soit le lieu de survenue de l'AVC, à une structure assurant la prise en charge initiale dans des conditions de sécurité et à une organisation d'aval performante.

Usage de la Télémédecine : Pour la phase aiguë de l'AVC nécessitant une prise en charge très spécifique en extrême urgence : examen IRM, double expertise radiologique et neurologique, thrombolyse possible dans un délai maximum de 4h30. L'expertise médicale et les moyens techniques nécessaires sont actuellement localisés exclusivement au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Reims, et envisagés à Troyes puis à Charleville-Mézières.

Type d'actes de Télémédecine : la télé-expertise est utilisée pour favoriser le diagnostic précoce de l'AVC ischémique (examen neurologique et expertise radiologique). La téléassistance médicale l'est quant à elle pour la réalisation des actes de thrombolyse chimique.

Maturité du domaine de Télémédecine : des expérimentations concluantes ont été déployées dans d'autres régions (Nord Pas-de-Calais, Franche-Comté, Lorraine). Les retours sont globalement positifs et les modèles organisationnels méritent d'être comparés.

Objectifs opérationnels :

Dès 2012, déploiement d'un pilote du service de Télé-AVC entre les sites du CHU de Reims et d'un autre centre hospitalier périphérique de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Champagne-Centre. Prise en charge effective d'au moins 10 patients en 2012.

A échéance du programme, le maillage de la région sera à déterminer selon une trame garantissant un temps de prise en charge raisonnable depuis tout point du territoire régional.

Action 2 : Télé-radiologie en permanence des soins et en continuité des soins

Contexte : Une baisse inquiétante de la démographie des radiologues pour les 10 prochaines années est avancée[17] avec une répartition territoriale très inégale et une tendance à la sur-spécialisation. Parallèlement, on observe une demande croissante d'examens d'imagerie en coupe (IRM, scanner), en lien avec les indicateurs de santé de la population (vieillissement, …).

Usage de la Télémédecine : Il est souhaité le maintien d'un maillage suffisant des territoires en équipements d'imagerie afin d'assurer une accessibilité de l'imagerie pour la population avec des temps d'accès raisonnables que ce soit en continuité ou en PDS. La télé radiologie doit permettre d'améliorer l'accès à l'imagerie non programmée, en lien avec le réseau des urgences dans le cadre de l'organisation territoriale de la permanence des soins. Ce déploiement doit aussi permettre de

[17] Cette baisse serait de l'ordre de 30 %

sécuriser les structures en difficulté sur l'imagerie programmée et de limiter la pénibilité de l'exercice des radiologues dans ces mêmes structures.

Deux type d'actes de télémédecine sont visés :

- La télé-consultation pour la PDS (souvent dénommé télédiagnostic en téléradiologie),
- La télé-expertise sur demande d'un autre radiologue, après diagnostic initial, réalisée par un radiologue expert.

Maturité du domaine de télémédecine : La téléradiologie est sans doute le domaine le plus mature de télémédecine, déployé dans nombre de régions, et bien encadré par les publications des sociétés savantes (G4, CNOM[18], SNITEM[19]) et par les autorités sanitaires nationales (Ministère chargé de la santé, HAS).

Objectifs opérationnels :

Mise en place en 2012 d'un ou deux pilotes de télé-radiologie :

pour l'organisation d'une permanence des soins radiologique territoriale

sur la base d'un dispositif fonctionnel, technique et organisationnel réutilisable et extensible

évaluation d'un modèle économique de rémunération des actes réalisés durant les heures de PDS (astreintes), et dans le cadre de la continuité des soins (reversement de l'acte intellectuel).

A échéance du programme, le ou les dispositif(s) de télé-radiologie mis en place doivent être utilisables sur l'ensemble du territoire régional.

4.2 - Axe 2 : Maillage territorial pour le premier recours

Objectifs : Organiser un maillage territorial de points d'accueil de télémédecine afin d'améliorer l'accès aux soins de premier recours à proximité des lieux de vie dans tout le territoire, d'éviter les déplacements inutiles de patients et d'optimiser les transports sanitaires. Ce maillage doit à terme pouvoir s'appuyer sur tous les acteurs de proximité :

- Les centres hospitaliers de proximité (ex-hôpitaux locaux) ;
- Les maisons de santé pluri-professionnelles ;
- Les institutions de prise en charge médico-sociales ;
    - Etablissements pour personnes âgées : EHPAD;
    - Etablissements pour personnes handicapées, médicalisés (IME[20], FAM, MAS[21], SAMSAH[22]) ou non médicalisés (ESAT[23], foyers d'hébergement) ;

[18] CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
[19] SNITEM : Syndicat National des Industries des Technologies Médicales
[20] IME : Institut Médico-Educatif
[21] MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
[22] SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
[23] ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail

- Les établissements pénitentiaires ;
- Les pharmacies, parfois seuls interlocuteurs de santé en zones rurales.

Le point commun entre ces lieux est leur isolement, géographique ou organisationnel, vis-à-vis des structures de prise en charge sanitaire et de la médecine générale et/ou de spécialité. Les besoins en matière de télémédecine sont de ce fait relativement communs, et peuvent se traduire par la mise à disposition de points d'accès de téléconsultation ou de télé-expertise sur certaines spécialités médicales, parmi lesquelles :

- La dermatologie, par exemple pour le suivi des plaies ou escarres ;
- La cardiologie ;
- L'ophtalmologie ;
- La prise en charge du diabète et de ses complications (rétinopathie, pied diabétique, …).

Les premières actions consistent à tester une solution, reproductible, d'organisation de la télémédecine au sein de quelques structures de proximité existantes, à base de téléconsultation ou de télé-expertise en point à point avec des spécialistes libéraux ou hospitaliers.

Dans le cadre des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), les projets de télémédecine seront favorisés.

Action 3 : Prévention des complications du diabète

Contexte : Une forte prévalence du diabète en Champagne-Ardenne est à relever (5%, soit 65 000 personnes traitées pour un diabète de type 2). La région se situe au 3ème rang des régions impactées, avec un facteur de risques de complications très marqué lié à la précarité.

Usage de la Télémédecine : la prévention de la rétinopathie diabétique en territoires prioritaires avec un rétinographe ambulant et lecture à distance par un ophtalmologue, la prise en charge du pied diabétique par télétransmission de photographies à un expert.

Type d'actes de Télémédecine : Téléexpertise entre médecin traitant et diabétologue, téléconsultation d'ophtalmologue.

Maturité du domaine de Télémédecine : Le réseau régional CAREDIAB a dors et déjà mis en place des solutions de coordination des soins, via notamment un dossier patient partagé. Il s'agit d'une base de travail intéressante en termes d'organisation. Des projets sont également en cours de déploiement dans d'autres régions (Nord Pas-de-Calais, Franche-Comté, Bourgogne).

Acteurs ciblés : les structures de proximité, prioritairement celles situées en zones de fragilité démographique, le réseau de diabétologie et les autres acteurs de la prise en charge du diabète.

Objectifs opérationnels :

En 2012, il est prévu l'équipement d'une ou deux consultations avancées en diabétologie, au sein d'une MSP, d'un établissement « *ex-hôpital local* » ou d'une pharmacie.

A terme et en fonction des résultats de cette première étape, le dispositif pourra être élargi :

- à d'autres structures de proximité ;
- à d'autres prises en charge (pathologies cardiovasculaires, grossesses à risque, …).

Action 4 : Prise en charge des surhandicaps au sein des institutions d'accueil de personnes atteintes de handicap intellectuel

Contexte : Le handicap intellectuel prédominant touche environ 1% de la population, soit environ 15000 personnes en Champagne-Ardenne. Le handicap intellectuel est souvent associé à d'autres handicaps somatiques (surhandicap), dont la prise en charge est très complexe pour les personnels de santé. La nécessite fréquente de la présence d'un aidant familial notamment rend les déplacements difficiles à organiser.

Usage de la Télémédecine : Recours à la téléconsultation ou à la télé-expertise depuis les lieux de vie (médicalisés ou non) auprès de centres de compétences ou de référence, notamment pour ce qui concerne les maladies chroniques, rares ou orphelines.

Type d'actes de Télémédecine : la téléconsultation, la télé-expertise

Maturité du domaine de Télémédecine : Ce domaine doit s'appuyer sur de multiples spécialités et actes de télémédecine, en les adaptant au contexte particulier des lieux de prise en charge (établissements médico-sociaux), et des patients.

Acteurs ciblés : IME, FAM, MAS ou SAMSAH, et médecins spécialistes libéraux ou hospitaliers.

Objectifs opérationnels :

Pour 2012, mise en place d'un dispositif de Téléconsultation au sein d'un établissement médicosocial d'accueil de personnes handicapées, en lien avec le CHU.

4.3 - Axe 3 : Alternatives à l'hospitalisation, prise en charge sur le lieu de vie

Objectif : Développer l'usage de la télémédecine sur le lieu de vie des patients afin de favoriser leur autonomie, d'améliorer la qualité de la prise en charge, de favoriser l'éducation thérapeutique et la prévention. Il s'agit de privilégier les alternatives à l'hospitalisation et le retour au domicile, lorsque des soins aigus ne sont pas nécessaires. Les outils de télésurveillance médicale seront proposés aux patients atteints de maladies chroniques, patients en SSR postopératoire, pour lesquels le bénéfice médical du retour au domicile est reconnu mais nécessite un suivi médical régulier de certains paramètres physiologiques.

Action 5 : Expérimentation régionale d'outils d'aide au maintien à domicile

Cette action 5 porte sur le programme Domomédecine, opportunité régionale

Ce programme est piloté par l'agence régionale de l'innovation CARINNA, soutenu par l'Académie des Technologies et la Région Champagne-Ardenne. Il réuni de nombreux acteurs régionaux : professionnels de santé, organismes de recherche et innovation, institutionnels, industriels.

Objectif : Favoriser le maintien et/ou retour à domicile de patients dont la prise en charge nécessite un suivi médical spécifique et quotidien, mais pas de soins aigus. Il pourra s'agir de personnes habituellement hospitalisées en phase post-aiguë (SSR), de personnes atteintes de pathologies chroniques …

Usage de la Télémédecine : la télésurveillance à domicile des paramètres physiologiques.

Type d'actes de Télémédecine : la télésurveillance médicale.

Acteurs ciblés : SSIAD, HAD, infirmiers libéraux, professionnels de santé intervenant au domicile.

Population ciblée : les personnes âgées ou handicapées vivant à domicile, les personnes atteintes de maladies chroniques.

Chapitre 6 - Cadrage opérationnel des projets

La mise en œuvre de chaque action requerra l'élaboration d'un cahier des charges qui intégrera un certain nombre de contraintes et de règles, spécifiées ou rappelées ci-après. Ces règles seront soit générales et applicables à tous les projets, soit spécifiques à un / des domaine(s) particulier(s).

1 - Pilotage des projets

Les exigences habituelles quant au pilotage de projets seront appliquées : Maîtrise d'ouvrage (MOA) clairement identifiée, un cadrage rigoureux préalable au démarrage (fiche projet avec descriptif, tous les acteurs identifiés, objectifs précis, calendrier formalisé, chiffrage …). Il conviendra par ailleurs de définir :

- Les modalités de pilotage : COPIL/Groupes de travail/lien avec autres instances…
- Le périmètre d'intervention
- Le positionnement et missions des acteurs
- Les plans d'actions/ livrables et échéances

2 - Métier / organisation

Identifier les nouvelles organisations et filières à mettre en place

Partenariats, coopérations à mettre en place

Formaliser le **projet médical**

Identifier les **nouveaux métiers** → Besoins de formation

Identifier les mesures d'**accompagnement** nécessaires

La mise en place de ces nouvelles formes de prise en charge aura nécessairement des conséquences sur la charge de travail des professionnels de santé impliqués. Il convient d'estimer, prudemment au vu du peu de retour d'expérience, le volume de ces surcroîts d'activité, et de s'assurer de leur acceptabilité par l'ensemble des professionnels de santé impliqués.

3 - Juridique

Toute activité de télémédecine doit être encadrée conformément au décret du n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine (cf partie 4, chapitre 3).

4 - Technique

Le décret susvisé précise un certain nombre de contraintes s'appliquant aux dispositifs technologiques supports d'activités de télémédecine (cf partie 3, chapitre 3)

Une attention particulière sera portée à la confidentialité des données, et donc au respect des normes et référentiels de l'ASIP Santé en la matière.

De plus, les normes d'interopérabilité, en vigueur ou de fait, doivent être absolument respectées.

Enfin, les cahiers des charges techniques ne doivent pas omettre d'inclure une clause de réversibilité pour les données produites.

Identification des éléments techniques du projet :

- Télécom domicile/patient/centre ; qualité, volume, niveau d'exigence
- Hébergement
- Logiciels
- Serveurs
- Matériel médical
- Offre industrielle disponible

5 - Financier

Définir le modèle économique, relatif aux investissements de démarrage (technique, formation, accompagnement, …) et au fonctionnement de l'activité.

6 - Evaluation

Le dispositif d'évaluation médico-économique devra être défini, et validé, avant le démarrage du projet.

Chapitre 7 - Pilotage régional du programme

1- Comité régional de la Télésanté

Il est créé un Comité Régional de la Télésanté (CRT), organe de pilotage de l'élaboration de la politique régionale sur les sujets de télémédecine et de systèmes d'information de santé.

Ce comité est co-présidé par l'ARS et le Conseil Régional, il est composé de représentants de l'ensemble des acteurs concernés, institutionnels, professionnels de santé et usagers :

	ARS	Monsieur le Directeur Général de l'ARS, Jean-Christophe PAILLE
Préfecture	SGAR	Monsieur le Secrétaire général des affaires régionales, Benoît BONNEFOI
Collectivités territoriales	Conseil Régional	Monsieur le président de région, Jean-Paul BACHY
		Madame la vice-présidente de région, Joëlle BARAT
	Conseil général Ardennes	Monsieur le président du Conseil Général des Ardennes, Benoît HURE
	Conseil général Aube	Monsieur le président du Conseil Général de l'Aube, Philippe ADNOT
	Conseil général Marne	Monsieur le président du Conseil Général de la Marne, René-Paul SAVARY
	Conseil général Haute-Marne	Monsieur le président du Conseil Général de Haute-Marne, Bruno SIDO
Etablissements de santé	Etablissements publics	Monsieur le président régional de la FHF, Jean-Claude LAVAL
		Monsieur le délégué régional de la FHF, Jean-Paul MICHELANGELI
		Monsieur le représentant des présidents de CME, A désigner
	Etablissements privés	Monsieur le président régional de la FHP, Jean-Louis DESPHIEUX
		Monsieur le représentant des présidents de CME, A désigner
Etablissements médico-sociaux	FEHAP	Madame la Directrice de la résidence Jean D'orbais, Patricia VIGNY PERVEYRIE
	URAPEI-FEGAPEI	Monsieur le Secrétaire des Papillons Blancs d'Epernay , Jean CARON
	URIOPSS	Monsieur le Directeur de l'URIOPSS Champagne-Ardenne, Thomas DUBOIS
Professionnels libéraux	URPS Médecins libéraux	Madame la Présidente, Dr Elisabeth ROUSSELOT-MARCHE
		Monsieur le Secrétaire Adjoint, Dr Maurice GRAND
	URPS Infirmiers	Madame la secrétaire de l'URPS Infirmiers, Brigitte LEYMBERGER
	URPS Pharmaciens	Monsieur le président de l'URPS Pharmaciens, Pierre KREIT
	Conseil régional de l'Ordre des médecins	Monsieur le Président du Conseil régional de l'Ordre des Médecins, Dr Jean-Marie FAUPIN
	Conseil régional de l'Ordre des infirmiers	Madame la Présidente du Conseil Régional de l'Ordre des Infirmiers, Josseline JACQUES
	Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens	Monsieur le Président du Conseil Régional de l'Ordre des Pharmaciens, Bernard FLIRDEN
Usagers	CISS	Madame la représentante de l'Union Régionale des Associations Familiales, Catherine DANET
Assurance maladie	Régime général	Madame la Directrice de la CPAM de la Marne , Liliane ROPARS
	MSA	Monsieur le Girecteur Général MSA Marne-Ardenne-Meuse , Eric LENOIR
	RSI	Monsieur le Directeur Général du RSI , Patrick HARTER

Le comité de pilotage pourra être étendu à d'autres représentants des acteurs de santé de la région.

Il se réunit au moins deux fois par an, l'ordre du jour étant établi par l'ARS. Le secrétariat des réunions est assuré par l'ARS.

Le comité régional sera consulté systématiquement en ce qui concerne les orientations prises par l'ARS sur les sujets de la télémédecine et des systèmes d'information de santé. Il se prononce sur le contenu du PRT, sa mise en œuvre et par la suite sur son évaluation et ses révisions.

Des groupes de travail spécifiques peuvent être constitués en son sein, afin de répondre à des besoins spécifiques et ponctuels tels que :

- l'élaboration ou la révision du PRT ;
- la préparation d'un appel à projets régional.

2 - Modalités d'évaluation du programme

Le CRT se prononce sur l'évaluation du programme de télémédecine. Il s'agit de mesurer l'efficacité et la pertinence du programme au regard des objectifs fixés.

Suivi : le suivi du PRT a pour objet d'évaluer l'état d'avancement de l'exécution des projets de télémédecine, de s'assurer notamment de leur déploiement effectif dans le calendrier initialement prévu tout en respectant les ressources mobilisées.

Cette démarche de suivi s'inscrit dans la démarche globale de pilotage. En cas d'alerte signalée par le dispositif de suivi, une évaluation précise de la qualité de l'organisation du dispositif proposé devra être réalisée.

Évaluation : l'évaluation permet de vérifier si les objectifs de chacun des projets de télémédecine sont atteints. Même si elle se fait généralement vers la fin de l'exécution des projets, l'évaluation devrait être prévue, de pair avec le suivi, dès la conception des projets.

Les **porteurs de projet** sont chargés de préciser les modalités d'évaluation et de suivi de leur projet. Celles-ci sont intégrées dans le **contrat** (*cf partie 4, chapitre 3*) **conclu avec l'ARS**.

3 - Indicateurs d'évaluation du programme

	Objectif 2012	Années suivantes
Action 1	Déploiement d'un pilote Télé-AVC, prise en charge d'au moins 10 patients	Couverture du territoire : + 10% par an Objectif 2016 : 50% des SAU équipés
Action 2	Déploiement d'un pilote de Télé-radiologie, en PDS et CDS	Objectif 2016 : 50% des établissements sites de SAU équipés pour la Télé-radiologie
Action 3	Un pilote déployé pour fin 2012	Objectif 2016 : 4 points de Télémédecine par département, dans les zones priorisées
Action 4	Un pilote déployé pour fin 2012	Après évaluation, extension progressive sur la durée du programme
Action 5	Indicateur : nombre de personnes bénéficiaires. *Objectif quantifié à fixer*.	

Glossaire

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
CAQCS : Contrat d'Amélioration de la Qualité et la Coordination des Soins
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAM-TS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
COPIL : COmité de PILotage
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
DGOS : Direction Générale de l'Organisation des Soins
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
DSSIS : Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IME : Institut Médico-Educatif
IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MIGAC : Missions d'Intérêt Générale et Aide à la Contractualisation
MOA : Maîtrise d'Oeuvre
MSP : Maisons de Santé Pluridisciplinaires
PDS : Permanence Des Soins
PDSES : Permanence Des Soins en Etablissements de Santé
PRAPS : Programme relatif à l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
PRGDR : Programme pluriannuel Régional de Gestion Du Risque assurantiel
PRIAC : Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS : Projet Régional de Santé
PRT : Programme Régional de Développement de la Télémédecine
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SNITEM : Syndicat National des Industries des Technologies Médicales
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SRP : Schéma Régional de Prévention
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
T2A : Tarification à l'Activité