



Sommaire

- 2015 : Une nouvelle étape dans l'évolution du GCS
- Le CoStrat : du nouveau dans la gouvernance
- Lancement du préfigurateur de la rémunération des actes de Télémedecine
- Vers un « Living lab e-santé » en Picardie

2015 : Une nouvelle étape dans l'évolution du GCS



« L'année 2014 a été marquée par de belles réussites. Citons le doublement de l'activité de téléradiologie, le démarrage du DMP/PRADO, le lancement de l'activité de formation, le positionnement de la télémedecine comme l'activité prioritaire du GCS, l'attribution du marché Picasso, la validation du projet d'établissement, la création du CoStrat ou encore la réalisation du projet immobilier.

Notre groupement a des atouts pour répondre aux changements de l'écosystème e-Santé qui s'annoncent dès 2015 sous l'influence de plusieurs facteurs.

La loi de santé pour

commencer. Elaborée en 2014, elle va être examinée au Parlement début 2015 sur des axes qui nous sont familiers : la prévention, la santé du quotidien et l'excellence du système de santé. Les décrets d'applications liés au SI seront vraisemblablement prêts fin 2015.

Par ailleurs, les Groupements Hospitaliers de Territoires pourraient venir changer les équilibres actuels et avoir un impact important sur nos missions.

Le lancement des expérimentations de rémunération des actes de télémedecine va marquer une nouvelle étape dans le développement de cette discipline. C'est une réelle attente des acteurs de terrain.

Par ailleurs, la publication par l'ASIP Santé du cadre commun des projets de

e-santé va permettre de continuer la structuration des Espaces Numériques Régionaux de Santé.

Enfin, la réforme territoriale qui implique à termes la fusion du Nord Pas de Calais et de la Picardie modifiera rapidement et en profondeur le paysage institutionnel. Dès janvier 2016, c'est l'ensemble des structures régionales qui devront se rapprocher. Les Groupements de Coopération Sanitaires n'échapperont pas à cette règle.

C'est en tenant compte de ces nouveaux éléments que la feuille de route 2015 du GCS e-Santé Picardie a été déclinée en conservant son cœur de métier : La coopération ».

S.ROUTIER, Directeur du GCS e-Santé Picardie.

Numéro 2
MARS 2015

Témoignage :

Antoine LERAT
Directeur du GCS
TESIS (Page 2)



Agenda

19-20 et 21 Mai
2015 :
Village des GCS
e-Santé au HIT
2015

27 & 28 mai :
5^{ème} édition du
colloque Jetsan
2015

4 juin 2015 :
Inauguration et
Portes Ouvertes
du GCS e-Santé
Picardie

Le CoStrat : du nouveau dans la gouvernance

Le comité stratégique est un nouvel organe de gouvernance directement issu du projet d'établissement du GCS e-Santé Picardie. Il a pour objectif de donner une plus grande place aux membres du groupement en les impliquant plus fortement dans la conception des projets et dans les choix stratégiques.

Le CoStrat intègre neuf représentants volontaires élus parmi l'ensemble des membres.

Il est prévu qu'il se réunisse deux fois par an. La première séance du comité s'est tenue en janvier 2015, sous la présidence d'Eric Guyader.

Les membres du CoStrat :

- **Collège 1 – Etablissements Sanitaires :**

Mr R. ALEXANDER – CHI Compiègne / Noyon

Mr T. PETIT – CHU Amiens

Mr S. DE BUTLER – Groupe Santé Victor Pauchet

Mme B. LEGLAIVE – Centre Médico-Chirurgical – Chantilly

- **Collège 2 – Professions libérales :**

Mr le Dr J. CUCHEVAL – URPS Médecins Libéraux

Madame M-O Guillon – URPS Infirmiers

- **Collège 3 – Structures de coopération, réseaux, Associations :**

Monsieur J. MERCIER – Réseau CECILIA

- **Collège 4 – Etablissements médico-sociaux :**

Mr A. ZOUAD – IME SESSAD de Pont de Metz

Mr le Dr J. CASILE – SSIAD Amiens Santé



« Nous devons à nos membres, les 121 structures qui nous accompagnent, d'être plus lisible et de leur donner les moyens de participer à la réflexion stratégique. C'est la vocation du Comité Stratégique : associer nos adhérents le plus possible et le plus en amont possible aux projets du GCS e-Santé, orienter les actions stratégiques, prioriser nos actions. »

Eric Guyader, Administrateur du GCS e-Santé Picardie.

Le point de vue de Ahmed Zouad, IME SESSAD de Pont de Metz et membre du CoStrat.

Je me suis porté candidat au Comité stratégique pour représenter les établissements médico-sociaux. J'avais la volonté de faire mieux connaître ce secteur, notamment sur les questions d'accès aux soins. Je trouve important de croiser les différentes cultures, les différentes approches. Apporter un autre regard sur le handicap modifie par exemple la prise en charge des situations d'urgence. Mon engagement au sein du GCS est motivé par un goût pour l'innovation et la recherche, qui permettent de se remettre en question et de faire évoluer les pratiques. En comité restreint au sein du CoStrat il est plus facile d'échanger des informations et de formuler des idées de développements.

Témoignage d'Antoine LERAT – Directeur du GCS TESIS

Piloté par l'ARS Océan Indien, et mis en œuvre par le GCS TESIS Réunion-Mayotte, le programme Plexus Océan Indien, lauréat du programme national «Territoire de Soins Numériques»

Comment aborder la révolution Plexus Océan Indien ?

Dynamique et organisation sont les deux mots d'ordre qui guident le GCS TESIS pour en porter la mise en œuvre.

1. S'entourer d'experts dès le lendemain de la notification : attribution d'un marché de 9 lots pour absorber la charge de travail supplémentaire sans mettre en péril le portefeuille de projets historique
2. Faire évoluer les missions des salariés TESIS : responsabilité du chef de projet sur le pilotage de l'assistance à maîtrise d'ouvrage
3. Sécuriser les relations ARS-GCS : convention financière et juridique pour la gestion des fonds Plexus OI sur le mode partenarial
4. Rédiger le programme fonctionnel détaillé : préparation du dialogue compétitif.

Pour lire la suite du témoignage, rendez-vous sur www.esante-picardie.com

Lancement du préfigurateur de la rémunération des actes de télémedecine



Questions au Docteur Dominique Charleux, dermatologue au Centre Hospitalier Intercommunal de Compiègne-Noyon (CHICN) et médecin expert en dermatologie au GCS e-Santé Picardie.

Pour commencer, pouvez-vous nous rappeler les enjeux de la télémedecine ?

La télémedecine veut répondre à un besoin d'avis spécialisés pour les médecins généralistes. La télétransmission des données implique que les avis sont rendus plus rapidement qu'avec une consultation traditionnelle présenteielle. C'est d'autant plus vrai dans des territoires sous-médicalisés.

Partant de ce principe, la télémedecine veut permettre des économies de santé et une optimisation organisationnelle du circuit médical pour le médecin demandeur comme pour le médecin expert. En limitant les déplacements, c'est aussi un avantage en termes de qualité de vie pour le patient et son entourage.

On parle d'expérimentation de la télémedecine, qu'en est-il concrètement ?

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale suscite et encadre des expérimentations en matière de télémedecine, pendant quatre ans à partir de juin 2015. Neuf régions ont été sélectionnées sur appel à candidature et réponses à des cahiers des charges pour mener ces expérimentations sur des secteurs précis. La Picardie a été retenue notamment pour la dermatologie.

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Compiègne-Noyon a la responsabilité de coordonner et piloter deux projets expérimentaux de télémedecine : télédermatologie générale avec la MSP de Saint-Just en Chaussée et la télé-expertise plaies complexes avec deux cabinets libéraux. Grâce au soutien de l'ARS, nous avons mis en place des procédures et du matériel adaptés aux équipes médicales en place, aux patients et aux territoires. L'objectif est bien de démontrer l'intérêt de cette pratique. Nous allons aussi nous ouvrir à d'autres structures et proposer à des dermatologues libéraux de se joindre aux experts.

La question de la rémunération des actes de télémedecine semble centrale dans cette expérimentation.

Effectivement, l'expérimentation porte également sur le mode de rémunération des parties prenantes. C'est une question centrale et un préalable au développement de la télémedecine.

Le modèle économique de la télémedecine est à construire et à questionner. Dans le cadre de nos projets actuels, une série d'indicateurs a été établie et des évaluations précises sont régulièrement menées pour chaque acte réalisé par la DGOC, l'HAS et la CNAM.

Les indicateurs englobent des aspects économiques stricts, géographiques, de qualité de vie des patients, d'organisation du temps du spécialiste comme du temps du médecin généraliste. Par exemple, un acte de télémedecine limite la distance de déplacement du patient et limite de ce fait le coût de l'accompagnant. Des éléments qui peuvent être particulièrement intéressants dans le cadre de l'extraction d'un prisonnier (un coût évalué à 2 000 euros) ou de transport de personnes âgées dans des véhicules adaptés.

Bien entendu, s'ajoutent à ces indicateurs économiques et techniques, des indicateurs de santé comme le nombre de plaies guéries ou de tumeurs détectées.

En complément de ces indicateurs sur l'impact de la télémedecine, j'aimerais que l'on garde en tête d'une part les coûts induits en matériels informatiques, en accès à des réseaux sécurisés et d'autre part la valeur de l'avis rendu. Sur ce dernier point j'insiste fermement : la télémedecine est un véritable acte médical. Il ne faut surtout pas réduire l'avis de l'expert à un avis sur image, c'est un avis sur un patient dans sa globalité. Le travail d'expertise et la responsabilité sont les mêmes que lors d'une consultation présenteielle. Prenons garde que la rémunération qui sera proposée à l'issue des différentes phases d'expérimentation ne dévalorise pas l'acte médical de l'expert.

L'avis de Christian HUART, délégué territorial Somme de l'ARS

Un acte de télémedecine est à la fois une activité de médecine, une expertise sollicitée, un avis rendu mais il induit aussi une opération d'organisation des soins et une prise en charge de patients. Trois aspects qui motivent une rémunération particulière et rentrent dans l'équation de la tarification.

La tarification qui sortira des expérimentations devra être cohérente avec les pratiques classiques et trouver un équilibre entre le fait que la consommation de soins augmente si l'accès aux soins est facilité mais que par ailleurs les interventions sont moins onéreuses lorsque la prise en charge est plus précoce.

Le modèle économique qui en découlera permettra de sélectionner les spécialités où la télémedecine a vraiment du sens et où un déploiement aura des effets maîtrisés sur les dépenses de santé.

Le sujet est neuf, très structurant pour l'avenir, il y a bien entendu des précautions à prendre, mais il y a urgence à la déployer largement.



Retrouvez la lettre du GCS sur www.esante-picardie.com

Vers un « living lab e-santé » en Picardie

Depuis fin 2013, le GCS e-Santé Picardie et ses partenaires se réunissent régulièrement pour étudier la possibilité de développer un Living Lab en Picardie.

Un Living Lab c'est un laboratoire d'innovation ouverte. Une sorte de couveuse à projets qui regroupe des chercheurs, des industriels, des organisations publiques et toutes structures ou personnes pouvant apporter une expertise sur un sujet lié à la santé. Mais surtout un espace de concertation où produits et services sont co-élaborés avec les usagers et les bénéficiaires. Cette démarche place en effet l'utilisateur au centre des préoccupations afin d'imaginer, développer et faire évoluer des outils qui répondent directement à ses besoins et à ses attentes.

Sur la base de ses travaux autour du vieillissement et du numérique, Blandine Calcio Gaudino* insiste sur ce point :

« Nous avons besoin d'une nouvelle démarche d'innovation dans la santé. J'ai pu faire le constat que beaucoup de projets étaient déconnectés de la réalité. On parle de méga-plateforme, de maison connectée et de tas de services qui ne correspondent pas aux attentes de la cible de ces marchés. Il faut absolument replacer l'utilisateur au centre des innovations à venir. »

Co-construire les nouveaux services avec l'utilisateur et les différentes

parties prenantes, c'est réellement ce qui motive les partenaires picards du projet.

Le Living Lab e-Santé Picardie fait d'ailleurs le choix d'être directement orienté vers les acteurs de terrain, contrairement à la plupart des Living Labs qui sont plutôt adossés à des universités.

La démarche picarde repose sur quatre axes :

- Regrouper "sous un même toit" des experts complémentaires (usagers, chercheurs, industriels...);
- Offrir des modalités alternatives aux approches traditionnelles;
- Réaliser un programme de recherche et développement ambitieux pour intégrer les nouvelles technologies comme moyen de diagnostic, de mesure et de suivi;
- Instaurer une veille technologique active et une formation continue des professionnels impliqués.

« Attention, prévient Blandine Calcio Gaudino, on ne s'improvise pas Living Lab ! Il y a des conditions à la survie et à la réussite des projets. »

Elle insiste notamment sur un partenariat public/privé fort et une attention particulière contre les projets "hors sol". « Le public ne

connait pas bien l'écosystème d'innovation, le privé méconnaît les besoins réels des usagers. Une ouverture de l'un vers l'autre, au sein d'une gouvernance locale concentrée sur son territoire est un facteur clé de succès. » Autres gages de réussite selon ses recherches : un portage politique local fort et un chef de projet opérationnel au niveau du territoire, une structure agile en capacité de coller aux évolutions de l'écosystème santé/innovation.

Autant d'arguments qui valident le montage du projet Living Lab en Picardie et donnent du sens au partenariat qui s'est monté dans notre région. Le Living Lab e-santé a en effet retenu un grand intérêt: Conseil Régional, SGAR, Agence Régionale d'Innovation, ADSMHAD80, Centre de pédagogie active SimuSanté, FilASoi, GCS e-Santé Picardie, Graine de Pays, Institut Godin, UPJV et UTC travaillent déjà ensemble. L'objectif est maintenant de structurer le projet (gouvernance adaptée et innovante) et de lancer une première innovation co-construite en 2015.

* Blandine Calcio Gaudino est responsable du Pôle Santé-Social Vieillesse - Caisse des Dépôts à la Direction du développement territorial et du réseau de la Caisse des Dépôts et auteur du rapport « @autonomie et bien vieillir : habitat, territoires et numérique », disponible sur le site de la Caisse des Dépôts.



Co-construction de projets innovants en 7 étapes :

1. avoir une vision et une ambition pour le territoire
2. trouver un thème phare ou un sujet commun
3. partir d'un diagnostic territorial : spécificité de territoire, besoin des populations, offre existante
4. proposition des valeurs
5. définir un modèle économique
6. établir un plan stratégique
7. déployer et évaluer



Date de publication: Mars 2015
 Directeur de publication: Stéphane ROUTIER
 Comité Rédactionnel : Elise FERON – Elen MASION