

États généraux de l'AVC



DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE EN RHÔNE-ALPES : enjeux et état d'avancement*

D'après la communication de M. Jean-Christophe BERNADAC*

TÉLÉMÉDECINE : législation et définitions

Monsieur BERNADAC a commencé sa présentation en rappelant les dispositions légales définissant la forme de pratique médicale de la télémédecine (figure 1) et les cinq actes de télémédecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale impliquant directement le régulateur du SAMU Centre 15 (figure 2).

Dans la stratégie nationale de déploiement piloté par la DGOS, la prise en charge de l'AVC est le second des 5 chantiers prioritaires visant à améliorer l'accès aux soins et leur qualité, la qualité de vie des malades, la réponse à un problème de santé publique.

1 Télémédecine

- Article L.6316-1 du code de la santé publique : "une forme de **pratique médicale** à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication".
- Selon la DGOS : "Une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis **épidémiologiques** (vieillesse de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de polyopathologies), **démographiques** (inégaie répartition des professionnels sur le territoire national) et **économiques** (contrainte budgétaire) de notre système de santé".
- Une **pratique médicale** qui permet :
 - Établir un diagnostic
 - Assurer un suivi dans le cadre de la prévention ou post-thérapeutique
 - Requérir un avis spécialisé
 - Préparer une décision thérapeutique
 - Prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes
 - Effectuer une surveillance de l'état des patients

2 Les 5 actes de la télémédecine

- La téléconsultation :**
 - Un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé.
- La téléexpertise :**
 - Un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- La télésurveillance médicale :**
 - Un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient.
- La téléassistance médicale :**
 - Un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La régulation médicale :**
 - Les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

3 Déclinaison en région Rhône-Alpes

- Élaboration d'un programme régional de télémédecine (2012-2017) par l'ARS
 - Axe 1 : Filières de prise en charge
 - Axe 2 : Suivi des patients atteints de maladies chroniques
 - Axe 3 : Veille, alerte, vigilance, prévention des infections
 - Axe 4 : Coordination et accès aux soins
- Un plan d'action étoffé pour la coordination et l'accès aux soins :
 - Téléradiologie, transfert d'images, téléconsultation, téléexpertise, réunions de concertations pluridisciplinaires, système d'information des réseaux de santé, dématérialisation des échanges entre professionnels de santé...
- Un rôle important de la plate-forme régionale de santé SISRA
 - Bâtisseur de la plate-forme régionale de santé en Rhône-Alpes depuis 2001, constitué en GCS depuis 2006
 - Soutenus par le Conseil Régional Rhône-Alpes (CR-RA), l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et l'Agence Régionale de Santé (ARS-RA)
 - Une gouvernance qui intègre aujourd'hui une quinzaine d'établissements de la région et une représentation étendue à l'ensemble des acteurs

Réalisations et projets en région Rhône-Alpes

- Réalisations :
 - Partage des données entre professionnels : DMP et dossier régional
 - Rapprochement d'identités : STIC
 - Gestion des flux en SSR : Trajectoire
 - Répertoire opérationnel des ressources : ROR
 - Veille et alertes sanitaires : OURAL
 - Prise en charge médicale de l'urgence pré-hospitalière : SPIRAL
 - Réunions de concertations pluridisciplinaire : DCC
 - Système d'information des réseaux de santé : PEPS
 - Echanges dématérialisés entre professionnels de santé : ZEPRA
 - SISRA Télémagerie
- Projets (financements ARS) :
 - PACS Mutualisés et Télémagerie (plan Hôpital 2012)
 - Organisation de la télémédecine au sein des unités hospitalières en charge des personnes détenues
 - Solution de télémédecine pour la prise en charge des urgences AVC et neurologiques

EN RÉGION RHÔNE-ALPES

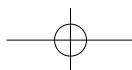
En région Rhône-Alpes, l'élaboration d'un programme régional de télémédecine pour la période 2012-2017 est basée sur 4 axes :

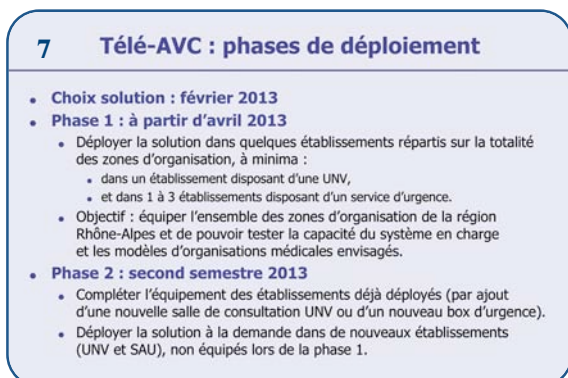
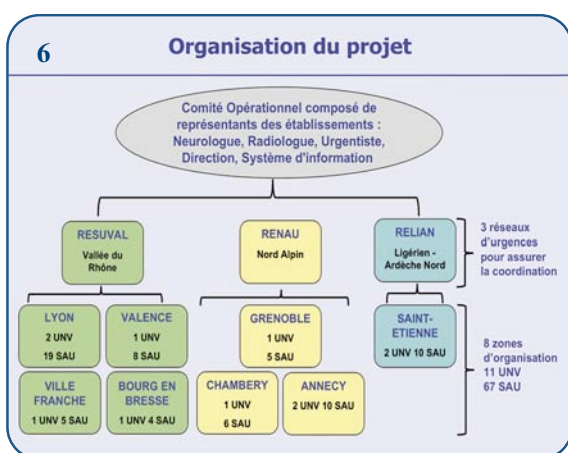
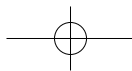
- Filières de prise en charge.
- Suivi des patients atteints de maladies chroniques.
- Veille, alerte, vigilance, prévention des infections
- Coordination et accès aux soins (figure 3).

Après plusieurs réalisations, l'ARS Rhône-Alpes a décidé de financer plusieurs projets dont une solution de télémédecine pour la prise en charge des urgences AVC et neurologiques (figure 4).

* RESUVAL-RESCUe - États généraux de l'AVC - 5^e édition - Lyon, 25 octobre 2012

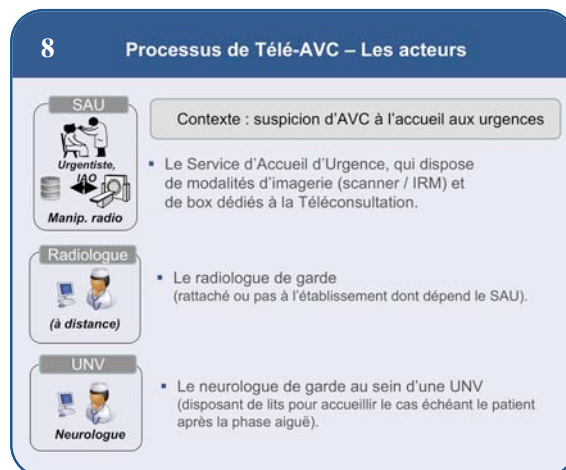
** Directeur du système d'information du CHU de Saint-Étienne, 8 rue Bossuet - F-42055 Saint-Étienne cedex 2.





Ce projet de télémedecine "Urgences AVC et neurologiques" lancé par l'ARS en octobre 2011 concerne toute la région Rhône-Alpes. Trois groupes de travail ont été constitués pour définir le périmètre fonctionnel de la solution, les dispositifs techniques et le système d'information, le volet juridique. La responsabilité du projet a été confiée au GCS SISRA en mai 2012 (Groupement de Coopération Sanitaire).

La sélection des candidats invités à participer au dialogue a été faite le 25 juillet et les consultations se déroulent depuis septembre et doivent s'achever fin décembre. Le choix du titulaire est prévu pour le 7 février 2013 (figure 5). Quatre candidats ont été retenus.



Soixante-dix hôpitaux dont 11 UNV et 67 SAU sont concernés par ce projet qui se répartit sur 3 réseaux d'urgences assurant la coordination : le RESUVAL pour la vallée du Rhône, le RENAU pour les départements Nord-Alpins, le RELIAN pour le Ligérien et l'Ardèche du Nord (figure 6).

La mise en route de la première phase est prévue pour avril 2013 et l'extension à tous les SAU au second semestre 2013 (figure 7).

LE PROCESSUS DE TÉLÉ-AVC

Les acteurs du processus

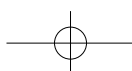
Dans un contexte de suspicion d'AVC à l'accueil aux urgences, les acteurs du processus de Télé-AVC sont le SAU disposant de modalités d'imagerie (Scanner/IRM) et de box dédiés à la téléconsultation, le radiologue de garde, le neurologue de garde au sein d'une UNV disposant de lits pour accueillir le patient après la phase aiguë (figure 8).

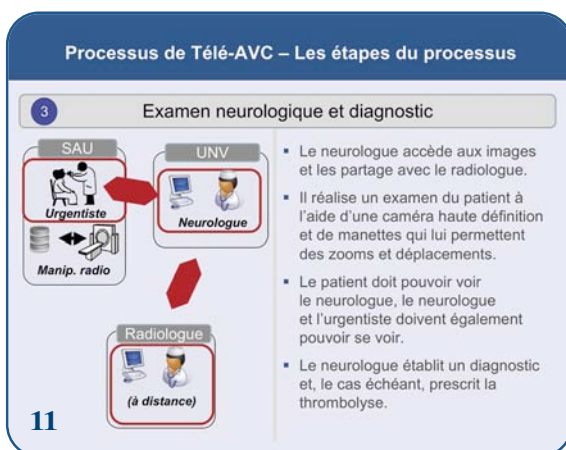
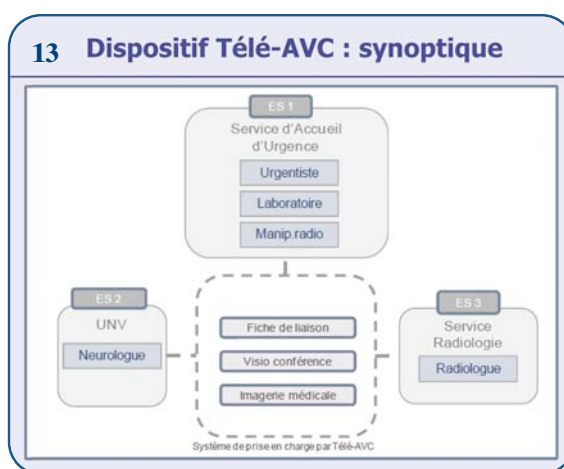
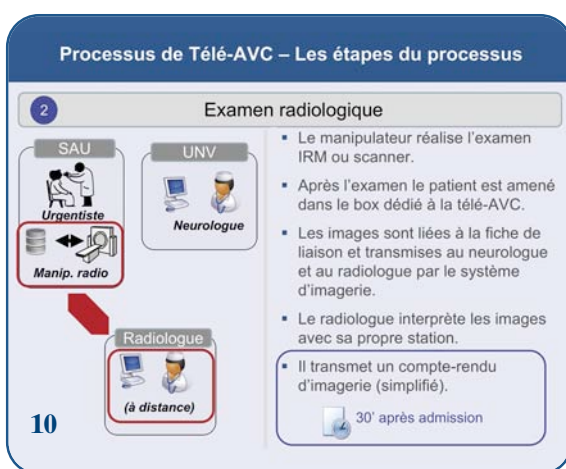
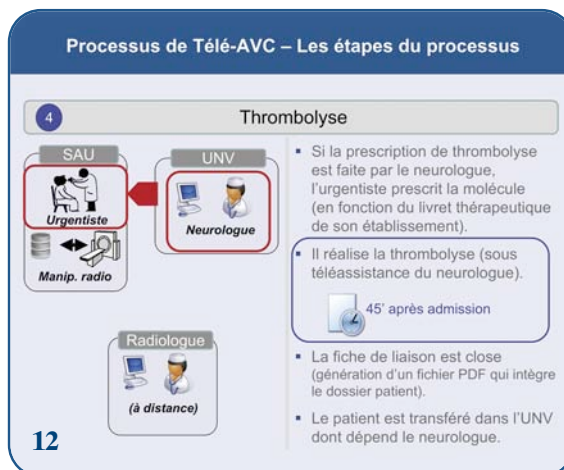
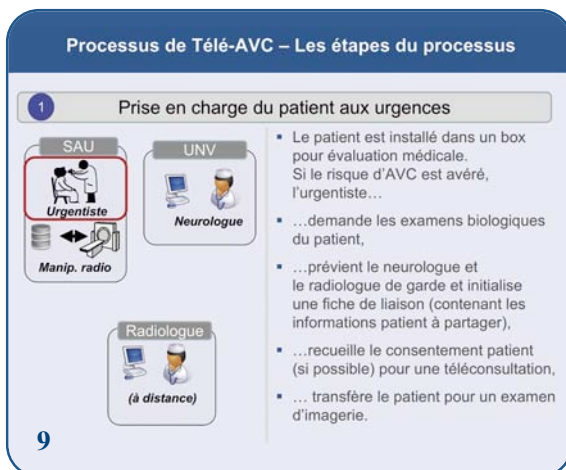
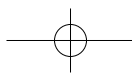
Les étapes du processus

Lors de l'accueil aux Urgences, le patient est installé dans un box pour évaluation médicale. Si le risque d'AVC est avéré l'urgentiste demande les examens biologiques du patient, prévient le neurologue et le radiologue de garde et initialise une fiche de liaison. Il recueille le consentement du patient - si possible - pour une téléconsultation et transfère le patient pour un examen d'imagerie (figure 9).

L'examen radiologique comporte la réalisation d'une IRM ou d'un scanner à l'issue desquels le patient est amené dans le box dédié à la Télé-AVC. Les images sont liées à la fiche de liaison et transmises au neurologue et au radiologue par le système d'imagerie. Le radiologue interprète les images avec sa propre station et transmet un compte-rendu d'imagerie simplifié dans les 30 min après l'admission du patient (figure 10).

Lors de la troisième étape du processus, qui est celle de l'examen neurologique et du diagnostic, le neurologue accède aux images et les partage avec le radiologue. Il réalise un examen du patient à l'aide d'une caméra à haute définition et de manettes lui permettant des zooms et des déplacements. Le





La fiche d'admission est close et le patient est transféré à l'UNV dont dépend le neurologue (figures 12 et 13).

Les points clés

Le dispositif Télé-AVC repose sur plusieurs points clés :

- La mise en œuvre de 3 "téléservices" consistant :
1) en un partage de l'information médicale du patient admis aux urgences avec le neurologue de l'UNV grâce à une fiche de liaison télépartagée, 2) en l'établissement d'une liaison en visioconférence entre le neurologue et le patient afin de permettre la téléconsultation, 3) à rendre les images médicales accessibles aux spécialistes (neurologues et radiologues) via un dispositif de télé-imagerie.

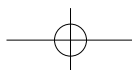
- Le second point clé est l'exigence d'une parfaite intégration. Le processus de prise en charge doit en effet se dérouler en moins d'une heure. Cet objectif implique une parfaite intégration imagerie/vidéo/fiche de liaison ainsi qu'une intégration dans l'existant des établissements de soins.

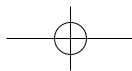
CONCLUSION

En conclusion, Monsieur BERNADAC souligne que "cette stratégie volontariste d'évolution vers une offre de

patient doit pouvoir voir le neurologue. L'urgentiste et le neurologue doivent également pouvoir se voir. Le neurologue établit un diagnostic et, le cas échéant, prescrit la thrombolyse (figure 11).

La quatrième étape est celle de la thérapeutique par thrombolyse. Si la prescription de thrombolyse est faite par le neurologue, l'urgentiste prescrit la molécule (en fonction du livret thérapeutique de l'établissement). La thrombolyse effectuée par le médecin urgentiste sous téléassistance du neurologue est réalisée 45 min après l'admission du patient.





télesanté pour notre région pourra couvrir la majorité des besoins car les exigences de l'AVC sont maximales".

Elle est basée sur une téléimagerie performante et rapide, la visioconférence HD, un dossier télépartagé entre de multiples acteurs, l'intégration de résultat biologiques, une liaison avec le logiciel des Urgences et le DPI, un protocole de prise charge reposant sur ces outils qui doit pouvoir être déroulé en 45 min, une solution utilisable à domicile. Il importe d'éviter les démarches isolées et dispersées qui conduisent à des solutions techniques fragiles, peu fiables et non interopérables.

Il est nécessaire de penser à l'échelle régionale : économie d'échelle lors de l'achat, pas d'établissement exclu (les plus isolés et les moins bien équipés sont

souvent ceux qui ont le plus besoin de recours à l'expertise). Il est également indispensable de garantir ainsi la pérennité de ces achats, leur interopérabilité, leur polyvalence, et capitaliser sur le savoir-faire que nos professionnels de santé pourront acquérir grâce à ces nouveaux outils.

Comme l'a remarqué l'un des auditeurs, *"cet exposé clair mais très technique est basé sur un planning très optimiste, même s'il semble ouvert à toutes les organisations possibles comme les mutualisations des moyens (radiologues ou neurologues). En principe, l'UNV qui fait la télé médecine avec un SAU reçoit ensuite le patient ayant bénéficié d'une thrombolyse. Une évolution est possible par la suite. On remarque cependant que les mots formation ou training n'ont pas été prononcés".* RS

