



CESER
champagne-ardenne

CONTRIBUTION

7 DÉCEMBRE 2012

LA DOMOMÉDECINE EN CHAMPAGNE-ARDENNE

RÉGION

CHAMPAGNE
ARDENNE



Conseil Economique, Social et Environnemental

I. SOMMAIRE

I. SOMMAIRE	1
II. LA DÉMARCHE DU CESER	2
III. DÉFINITIONS	3
A. LES TERMES LIÉS AUX TIC	3
1. LA E-SANTÉ OU TÉLÉSANTÉ.....	3
2. LA TÉLÉMÉDECINE	5
B. LES TYPES DE PRISE EN CHARGE HORS STRUCTURE DE SOINS	6
1. HOSPITALISATION À DOMICILE	6
2. MÉDECINE AMBULATOIRE.....	7
IV. CONTEXTE ET ENJEUX	8
A. LE CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE	8
1. EN FRANCE	8
2. EN CHAMPAGNE-ARDENNE	9
B. LA « DOMOMÉDECINE »	10
1. EN EUROPE	10
2. EN FRANCE	10
3. EN CHAMPAGNE-ARDENNE	11
C. ENJEUX ET ATOUTS POUR LA CHAMPAGNE-ARDENNE	12
V. LE GRAND PROJET : DÉPLOIEMENT DE LA DOMOMÉDECINE EN CHAMPAGNE-ARDENNE	14
A. LES PROJETS PILOTES	14
1. PICADO 2	14
2. DOMOCARE 3	17
3. ÉCLAIRAGE	20
B. LE GRAND PROJET DE DÉPLOIEMENT SUR 10 000 PATIENTS	23
VI. AVIS.....	26
VII. ANNEXES.....	31
A. COMPOSITION DU CONSORTIUM DOMOMÉDECINE EN CHAMPAGNE-ARDENNE	32
B. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL ET CALENDRIER	34
C. INTERVENANTS AUDITIONNÉS	35
D. CRITÈRES D'ÉVALUATION DES PRÉCONISATIONS DU CESER	35

II. LA DÉMARCHE DU CESER

Le concept de domomédecine a été créé en novembre 2009 à l'occasion d'une journée « Télésanté » organisée par CARINNA¹ dans les locaux de la Région. Lors de cette manifestation, François GUINOT, Président honoraire de l'Académie des Technologies présente la «**domomédecine**» qui intègre le patient et son lieu de vie dans une approche systémique, contrairement aux termes ayant le préfixe « télé » qui renvoient aux appareils et écrans.

Le mouvement « domomédecine » est désormais bien engagé sur le territoire champardennais avec les initiatives d'Axon'Cable (Domocare 3) et d'Altran (Picado 2 et ÉclairAge). Il existe une réelle volonté des entreprises et des institutions de voir la dynamique se développer. La mise en œuvre du déploiement à grande échelle sur 10 000 patients² est désormais pertinente. Messieurs Lévi et Saguez de l'Académie des Technologies travaillent d'ailleurs à la rédaction d'un cahier des charges prévu pour la fin de l'année 2012. Après validation par le Consortium « domomédecine », ce Grand Projet devrait être présenté à la Région puis à d'autres financeurs potentiels dès 2013 (Ministères de l'Industrie, de la Santé, etc.).

Le Grand Projet doit permettre de valider, en matière de domomédecine :

- Le modèle technologique (adaptation des robots/outils après retour d'expériences) ;
- Le modèle organisationnel (domomédecine = nouvelle organisation des soins) ;
- Le modèle juridique (responsabilité des professionnels de santé, déontologie/données générées) ;
- Le modèle économique pour assurer un financement pérenne ;
- La formation des professionnels de santé, des patients et des aidants professionnels et familiaux.

En date du 5 juillet 2012, le Bureau du CESER a donc validé la mise en place d'un groupe de travail « domomédecine »³ composé de la 9^{ème} commission « Affaires Sanitaires et Sociales » élargie aux membres de la 8^{ème} commission « Enseignement supérieur et Recherche » et de Jean-Pierre GUÉRIN, 1^{er} Vice-président, afin d'apporter une contribution en amont de l'expérimentation, basée sur les projets pilotes en cours (DomoCare 3, PiCADO 2 et ÉclairAge) et sur les axes du Grand Projet.

¹ Agence régionale d'innovation

² Cette démonstration à grande échelle sera qualifiée de « Grand Projet » tout au long du rapport

³ Cf. annexe p.34

III. DÉFINITIONS

La **domomédecine** se définit comme « *l'ensemble des actes et des soins, parfois complexes, dispensés au domicile du patient ou durant ses activités socioprofessionnelles, [...] s'appuyant sur des technologies modernes. Elle vise à privilégier le maintien à domicile ou en activité et à stimuler le progrès médical*⁴ ».

Néanmoins, nombreuses sont les terminologies utilisées pour nommer les activités liées à la médecine et à la santé associées aux technologies de l'information et de la communication (TIC) : e-santé, télésanté, télémédecine, etc. Par ailleurs, d'autres types de prise en charge pourraient être confondus avec la domomédecine, par l'exercice des soins dispensés sur le lieu de vie du patient.

Il est donc nécessaire, dans un premier temps, de définir le vocabulaire pour mieux appréhender le sujet « domomédecine » et en cerner les attentes.

A. Les termes liés aux TIC

1. *La e-santé ou télésanté*

Le terme d'e-santé (ehealth en anglais) peut être défini comme « l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) à l'ensemble des activités en rapport avec la santé »⁵ et/ou « la fourniture de soins à distance »⁶. Dans tous les cas, cela correspond à du contenu numérique lié à la santé, appelé également santé électronique ou télésanté.

Dans son rapport « *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être - Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France* », Pierre Lasbordes, Député de l'Essonne, définit la télésanté comme « l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales. En ce qui concerne le domaine médico-social, à titre d'exemple, les applications vues du patient peuvent être :

- **la téléinformation** : capacité à accéder à un portail grand public sur lequel les usagers/patients et les acteurs du monde médico-social pourront accéder à des informations de prévention et de recommandations sanitaires, à des alertes (situations de

⁴ Francis Lévi et Christian Saguez, Rapport « *Le patient, les technologies et la médecine ambulatoire* », 2008

⁵ Selon la Commission européenne

⁶ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

crise, épidémie), à des conseils et bonnes pratiques, à des annuaires, des guides d'accompagnement leur permettant d'identifier le point d'entrée qui correspond à leur problématique ;

- **la télévigilance** : alerte, suivi et accueil téléphonique des personnes utilisant notamment des capteurs dynamiques de positionnement, de comportement, de fonctionnement d'organes vitaux ou d'appareils supplétifs et des outils de géolocalisation (par exemple pour les pathologies type Alzheimer) ;
- **le télémonitoring** : enregistrement de divers paramètres physiologiques sur un patient et transmission aux professionnels concernés (médecins, sages-femmes, infirmières...) souvent dans le cas de pathologies chroniques : enregistrement de la tension artérielle, surveillance des insuffisants respiratoires chroniques, surveillance des grossesses à risque ;
- **la télécollaboration** : outils d'animation de communautés et de réseaux de santé, plateformes collaboratives dédiées ;
- **le télémaïjor dome** : outils et offres de services permettant à distance de commander ou mettre en œuvre des services d'accompagnement (restauration, aides à domicile...) notamment pour les maladies chroniques, les hospitalisations à domicile, les personnes handicapées... ;
- **la téléanimation** : accès à une gamme d'outils interactifs (loisirs, messageries multimédia simplifiées, web conférences...) incitant les usagers/patients à conserver un lien social et un minimum d'activité physique et cérébrale (explosion très significative des « jeux électroniques » pour seniors ou expérimentations d'activités physiques assistées réalisées par des kinésithérapeutes dans le domaine de la réadaptation) ;
- **la téléformation** : services de télécommunications synchrones ou asynchrones ; téléphonie, visioconférence, messagerie, forums, serveurs d'images. Ces services de formation à distance, s'adressant à des étudiants ou à des professionnels de santé, permettent l'accès à un savoir-faire ou à des connaissances, quelle que soit leur localisation (base de données médicales sur le web, modules de e-learning, interventions chirurgicales visualisées à distance par des internes...)
- **la téléprescription** : elle permet la dématérialisation des prescriptions médicales et offre d'éviter les déplacements inutiles. »

L'Organisation Mondiale de la Santé, quant à elle, explique que la télésanté « *c'est le management et le support à la santé au niveau national et international, par des communications interactives sonores, visuelles et de données. Ceci inclut les prestations de soins de santé de base, les consultations, l'accès aux centres et aux dépôts des connaissances, la gestion des établissements de santé, la formation de base, la formation continue, la recherche, la surveillance des maladies et la gestion des urgences.* »

2. La télémédecine

L'article 78 de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires du 21 juillet 2009 définit la télémédecine, comme constituant « *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 apportant leurs 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 d'effectuer une surveillance de l'état des patients.* »

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine précise les actes constitutifs de la télémédecine :

1. **La téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation ;
2. **La téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
3. **La télésurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.

L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

4. **La téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
5. **La réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale. Exemple : appel au SAMU.

Le décret précise également les conditions de mise en œuvre et l'organisation de la télémédecine.

→ La télémédecine se différencie donc de la télésanté, dont elle constitue une branche, par ses activités exercées par des professions réglementées et de la domomédecine par son éventail d'actes qui peuvent se réaliser ailleurs qu'au domicile du patient.

Pour Francis Lévi et Christian Saguez, membres de l'Académie des Technologies, « la télémédecine et la télésanté sont des outils de la domomédecine »⁷.

B. Les types de prise en charge hors structure de soins

1. Hospitalisation à domicile⁸

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une structure de soins alternative à l'hospitalisation qui permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une durée limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de son état de santé. Elle a pour finalité d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en établissement. Elle se fait sur demande du médecin traitant, en accord avec le médecin coordinateur du service d'HAD, si les conditions sont réunies.

L'hospitalisation à domicile permet de réaliser des soins ponctuels, notamment en cas de maladies non stabilisées (chimiothérapie), des soins de réadaptation au domicile (maladie cardiaque, traitement orthopédique...) et des soins palliatifs.

Elle est envisagée si le patient est hospitalisé et si le médecin estime que les soins peuvent être poursuivis chez lui. Le médecin peut également juger que l'état du malade n'exige pas un

⁷ Source : audition menée le 22 octobre 2012 par le groupe de travail « Domomédecine » auprès de l'Académie des Technologies

⁸ Site www.vosdroits.service-public.fr

séjour à l'hôpital et que les conditions de logement du malade permettent une HAD. Dans tous les cas, le patient et sa famille doivent être d'accord.

L'HAD est néanmoins autorisée sous conditions : le patient doit résider dans une zone géographique couverte par une structure d'hospitalisation à domicile, et cette structure doit disposer d'un nombre de lits suffisant pour l'accueillir.

L'hospitalisation à domicile est prise en charge à 80 % par l'assurance maladie, comme toute hospitalisation, sauf pour les personnes prises à 100 % en cas d'affection de longue durée.

→ Alors que la domomédecine vise à l'autonomisation du patient via des outils issus des TIC, l'HAD n'a pas cette vocation.

2. Médecine ambulatoire

La définition la plus ardue est peut-être celle de la médecine ambulatoire car elle n'est pas la même pour tous : pour les caisses d'assurance maladie, il s'agit de l'ensemble des soins dispensés en ville ; pour l'hôpital, elle permet au patient d'être pris en charge et de recevoir les soins au cours de la journée, ayant ainsi la possibilité de regagner son domicile le jour même ; pour d'autres, ce terme désigne les soins réalisés en alternative à l'hospitalisation et, pour d'autres encore, il s'agit de télémédecine.

Si l'on se reporte à la définition du Larousse, la médecine ambulatoire « *se dit d'un traitement durant lequel les activités normales du malade ne sont pas interrompues* ».

→ La médecine ambulatoire est un terme générique pour les soins dispensés sans hospitalisation. On peut y inclure la domomédecine mais les deux termes ne sont pas forcément synonymes.

IV. CONTEXTE ET ENJEUX

Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques, l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, les contraintes budgétaires et la volonté de plus en plus grande des patients de se faire suivre médicalement à domicile rendent nécessaires de nouvelles organisations des soins et de prises en charge.

Un rappel de la situation démographique permettra de mieux comprendre les besoins en matière de domomédecine puisque, outre des projets nationaux et régionaux, l'Europe appelle à son développement. En effet, les enjeux et les atouts que représente la domomédecine ne sont pas anodins : médicaux, relatifs à la recherche et au développement, sociétaux et économiques.

A. Le contexte démographique

1. *En France*

Alors que l'espérance de vie des Français augmente (78,2 ans pour les hommes et 84,8 ans pour les femmes⁹), l'hébergement à domicile est davantage sollicité par les personnes en perte d'autonomie. Or, le maintien à domicile engendre de nombreuses conséquences : difficultés de recrutement des accompagnants, mode de financement élevé de ces services... Par ailleurs, une large majorité des études et analyses consacrées au vieillissement de la population française établit un constat convergent autour de quatre points¹⁰ :

- Entre 2005 et 2025, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans va pratiquement doubler. Le nombre de personnes de plus de 80 ans doublera quant à lui en 10 ans (4 millions en 2010 ; actuellement ils sont 3 611 350¹¹), tandis que les plus de 85 ans sont aujourd'hui 1 765 840. Cette tendance démographique s'explique par l'arrivée dans le grand âge des « baby-boomers » nés entre 1946 et 1955 qui deviennent les « papy-boomers »;
- L'espérance de vie avec incapacité lourde reste stable (avec une durée en situation de perte d'autonomie de 2 ans) ;

⁹ INSEE, chiffre 2009

¹⁰ Marc de Montalembert (sous dir.), « *La protection sociale en France* », La documentation française, Paris, 2008

¹¹ INSEE, chiffre 2009

- On compte aujourd'hui 860 000¹² personnes souffrant de démences type Alzheimer dont l'état nécessite un fort accompagnement ;
- Parallèlement, on constate une raréfaction du nombre des aidants familiaux et un épuisement de ces derniers.

➔ Le défi sociétal soulevé par la prise en charge de la perte d'autonomie est d'ampleur.

2. En Champagne-Ardenne¹³

D'une superficie de 25 606 km², la Champagne-Ardenne se caractérise par une densité de population faible puisqu'elle compte, en 2009, 1 336 217 habitants soit 2,1 % de la population française avec 52 hab. / km² (114 hab. / km² en France).

Par ailleurs, 29 % des Champardennais vivent dans des espaces à dominante rurale, contre 18 % en France métropolitaine.

Concernant les personnes âgées, au 1^{er} janvier 2009, on compte 118 409 Champardennais de 75 ans et plus, soit près de 9 % de la population régionale, dont 41,3 % vivent seuls. Quant aux personnes de plus de 85 ans, 4/5 vivent à leur domicile, la moitié de ces personnes est seule et un tiers vit dans une commune rurale.

À l'horizon 2030, avec la baisse du nombre de femmes en âge d'avoir des enfants et l'arrivée aux grands âges des générations du baby-boom, le nombre des décès pourrait excéder celui des naissances. En 35 ans, le nombre de personnes d'au moins 60 ans progresserait de 50 % dans la région. Elles seraient 430 500 en 2040, soit un habitant de Champagne-Ardenne sur trois. La population des personnes de 80 ans et plus devrait augmenter de 25 %. Elles seront alors près de 100 000, faisant un enjeu majeur du maintien de l'autonomie de cette population, notamment lorsqu'elle vit à domicile.

Par ailleurs, la Champagne-Ardenne se démarque par la prévalence forte des maladies chroniques. En 2009, les principales causes de décès sont les tumeurs et les maladies cardiovasculaires : les tumeurs représentent 34,8 % des décès chez les hommes et 25,7 % chez les femmes et les maladies de cardiovasculaires, 23,8 % des décès chez les hommes et 28,6 % chez les

¹² Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

¹³ INSEE, chiffres 2009

femmes. Enfin, la Champagne-Ardenne présente un taux d'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) supérieur au niveau national : 28,37 pour 1000 habitants contre 25,02 en France¹⁴.

Région vaste, faiblement peuplée avec une empreinte rurale et un vieillissement marqués et une mortalité importante due aux cancers et aux pathologies cardio-vasculaires, la Champagne-Ardenne est un terrain idéal pour l'expérimentation de la domomédecine. En effet, elle apparaît alors comme un outil permettant une amélioration de l'accès aux soins pour éviter l'hospitalisation des malades atteints de pathologies chroniques, souvent âgés et/ou handicapés.

B. La « domomédecine »

1. *En Europe*

En 2008, la Commission Européenne a adopté une communication en faveur de la télémédecine pour le bénéfice du système de santé et des patients. Celle-ci pense que la télémédecine peut améliorer la vie des patients mais aussi celle des professionnels de santé, tout en apportant des solutions aux problèmes du vieillissement de la population et de l'accroissement du nombre de personnes vivant avec des maladies chroniques. Le Comité économique et social européen a d'ailleurs rendu un avis sur cette communication. Ainsi, de nombreux projets et initiatives sur la recherche et l'innovation en matière de santé sont lancés : Innovage (FP7¹⁵), InCASA (FP7), Europe 2020 (priorité à l'innovation)...

2. *En France*

L'Académie des Technologies a publié, en avril 2008, un rapport « *Le patient, les technologies et la médecine ambulatoire* » et a proposé de mettre en place des zones de test dans différentes régions en France. De plus, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a formulé, début 2009, des préconisations sur ce sujet, plaçant notamment le patient au cœur du dispositif, et mettant en avant la place de la télémédecine dans notre système de santé. Par ailleurs, la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », votée en 2009, reconnaît officiellement les actes de télémédecine. La Commission Lasbordes, au travers de son rapport d'octobre 2009 « *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être* », promeut également le déploiement de la télésanté en France. Ainsi, de nombreux projets émergent un peu partout sur le territoire national (Mazadoo 2.0 en Bretagne, Quovadis dans les Hauts-de-Seine, Medicin@païs en PACA,

¹⁴ Sources : DREES, INSEE, exploitation ORSCA

¹⁵ FP7 : Framework Programme 7 = 7^{ème} Programme Cadre R&D 2007-2013

etc). En outre, un recensement national des activités de télémédecine a été réalisé fin 2011 par la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS) auprès des référents télémédecine des Agences Régionales de Santé (ARS). Enfin, en mars 2012, la DGOS, via le groupe de travail « Technique / Systèmes d'information », a émis des recommandations relatives à l'urbanisation et aux infrastructures des projets de télémédecine dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de déploiement de la télémédecine.

3. En Champagne-Ardenne

En 2008, l'entreprise Axon'Cable¹⁶ se présente chez Carinna¹⁷ pour travailler en partenariat sur une expérimentation de télémédecine à partir d'un vigiphone. En novembre 2009, Carinna organise une Journée « Télésanté » dans les locaux de la Région lors de laquelle, François GUINOT, Président honoraire de l'Académie des Technologies, présente le concept de « domomédecine » prenant en compte le patient et son lieu de vie, contrairement aux termes ayant le préfixe « télé » qui renvoient aux appareils, écrans, télécommunications, technologies.

Petit à petit, les institutions s'engagent. En effet, bien que son implication ait été progressive, en raison notamment de la réforme issue de la loi HPST de juillet 2009 qui a bouleversé l'organisation administrative de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation), l'Agence Régionale de Santé (ARS) a intégré un Programme Régional de développement de la Télémédecine (PRT) dans le Programme Régional de Santé (PRS) 2012-2016. Trois axes ont été qualifiés de prioritaires dans ce PRT :

1. La permanence et la continuité des soins dans les établissements de santé ;
2. Le maillage territorial pour le premier recours ;
3. Les alternatives à l'hospitalisation.

Dans ce troisième axe, l'action 5 « Expérimentation régionale d'outils d'aide au maintien à domicile »¹⁸ porte en fait sur le programme Domomédecine dont il est dit que l'objectif est de « favoriser le maintien et/ou le retour à domicile de patients dont la prise en charge nécessite un suivi médical spécifique et quotidien, mais pas aigu ». Les personnes âgées ou handicapées vivent

¹⁶ Axon'Cable est une entreprise fabriquant des câbles, créée en 1965 à Montmirail. En 2010, elle développe une filiale DomoCare en télémédecine

¹⁷ Agence régionale d'Innovation en Champagne-Ardenne

¹⁸ PRT, p.19

à domicile ainsi que les personnes atteintes d'une maladie chronique sont visées par ce programme.

Les établissements universitaires sont également engagés dans plusieurs projets comme l'Université de Technologie de Troyes (UTT). Le GIP EFTLV¹⁹ mène une réflexion sur une maquette des formations, tout comme l'IFSI²⁰ d'Épernay. L'URCA²¹ s'est impliquée plus récemment mais est désormais bien active. À noter que, parmi les thèmes prioritaires du Pôle de Recherche et d'Enseignement Supérieur (PRES) Champagne-Ardenne Picardie figure la "santé" au travers notamment d'une structure fédérative de recherche (SFR CAP Santé). La domomédecine doit pouvoir trouver sa place dans cette structuration et déboucher sur des projets concrets.

Quant à la Région Champagne-Ardenne, elle s'est engagée dans la dynamique « domomédecine » depuis 2009 avec pour ambition l'amélioration de l'accès aux soins pour éviter l'hospitalisation des malades atteints de pathologies chroniques. De ce point de vue, la domomédecine peut s'entendre à la fois comme partie intégrante de la prévention et de l'éducation thérapeutique dont les enjeux sont d'envergure.

C. Enjeux et atouts pour la Champagne-Ardenne²²

Plusieurs enjeux mobilisent la Champagne-Ardenne vers cette démonstration pilote à grande échelle de la domomédecine :

- ✓ L'anticipation de l'ensemble des prises en charge qui incomberont de manière croissante au système de santé en raison du vieillissement de la population ;
- ✓ l'aide aux zones en « déprise de santé », qui conduira au renforcement de l'attractivité du territoire grâce à une égalité d'accès aux soins indépendante de la localisation géographique ;
- ✓ la perspective de réduction du déficit migratoire de la région ;
- ✓ le développement des industries liées à la domomédecine qui présentent un fort taux de croissance, et l'impact économique que ce développement aura au niveau régional ;
- ✓ le développement de l'infrastructure de communication pour permettre les échanges d'informations de santé et qui bénéficiera à tous les habitants de la Région ;

¹⁹ Groupement d'Intérêt Public Éducation et Formation Tout au Long de la Vie

²⁰ Institut de Formation en Soins infirmiers

²¹ Université Reims Champagne-Ardenne

²² Déclaration d'intention du 11 février 2010 rédigée par Carinna

- ✓ la réduction de l'impact du coût des transports liés à la santé qui s'inscrit dans les priorités de gestion des Caisses d'Assurance Maladie, couplée à une gestion rationnelle et adaptée du tissu des transports dans la région inscrite dans le plan de développement durable de la Région (plan climat) ;
- ✓ la démonstration qu'une organisation de soins pluridisciplinaires de proximité innovante, inscrite dans les lignes directrices préconisées nationalement, peut permettre de dégager une méthodologie d'approche pluri partenaires impliquant tous les échelons de la vie d'un territoire (soignants et usagers du système de santé, entrepreneurs, politiques) et peut être transposable à l'échelle nationale ;
- ✓ la démonstration qu'un tel nouveau système de soins génère :
 - un progrès médical, fondé sur la connaissance du patient dans son environnement ;
 - un accroissement de la qualité de vie induit par l'accompagnement de l'autonomie et l'augmentation des liens sociaux créés grâce aux TIC.

Ainsi, il existe maintenant de nombreux projets nationaux et européens mais ceux-ci ne concernent que quelques dizaines ou centaines de patients. Il s'agit de microprojets qui ne permettent pas de valider le modèle économique, juridique, etc.

Le projet de domomédecine en Champagne-Ardenne est, au contraire, un dispositif à **grande échelle** qui vise un déploiement sur 10 000 patients, dans le cadre d'une **approche systémique et multi pathologique au cœur de laquelle les TIC jouent un rôle central**. Ce déploiement constitue un point fort puisqu'il pourra, s'il est validé, être transposable sur d'autres territoires.

Enfin, c'est un projet qui nécessite de la transversalité et de l'interdisciplinarité, qui peut s'inscrire dans la nouvelle vague de contractualisations et de programmations, nationales et européennes. Néanmoins, il faudra rester vigilant quant aux promesses qui naissent autour de la mise en place de soins prodigués à distance...

V. LE GRAND PROJET : DÉPLOIEMENT DE LA DOMOMÉDECINE EN CHAMPAGNE-ARDENNE

Afin de lancer la dynamique domomédecine en Champagne-Ardenne, un consortium est créé en janvier 2010 réunissant une cinquantaine de membres issus de diverses structures²³. L'objectif est de lancer une vraie démarche de domomédecine en région qui prendrait la forme d'une première démonstration en France à grande échelle (10 000 patients), qui associerait toute la chaîne des acteurs de la santé et de l'autonomie et qui concernerait plusieurs pathologies. **La Région Champagne-Ardenne serait pionnière en la matière.**

Présidé par François GUINOT, le consortium a pour but de :

- Coordonner le programme domomédecine ;
- Monter des projets ;
- Promouvoir la domomédecine (conférence, lobbying...).

D'autre part, le Conseil régional a commandé et financé, à hauteur de 86 000 €, une étude de faisabilité préliminaire au déploiement de la domomédecine en Champagne-Ardenne. D'abord portée par le GCS SISCA²⁴, l'étude a ensuite été confiée à CARINNA en raison de la restructuration du groupement et a finalement démarré en 2011.

Dans un premier temps, il est alors décidé de lancer des projets pilotes (DomoCare 3, PiCADO 2, et ÉclairAge), le Grand Projet étant de trop grande envergure pour trouver facilement un ou des financement(s). Aujourd'hui, ces projets pilotes sont actés et le cahier des charges du Grand Projet en cours de rédaction.

A. Les projets pilotes

1. *PiCADO 2*²⁵

Le projet PiCADO 2 répond à un appel à projets de Recherche & Développement (R&D) dans le cadre du Fonds Unique Interministériel (FUI). Le FUI finance les projets de R&D collaboratifs des pôles de compétitivité. Le fonds a vocation à soutenir des projets de recherche appliquée portant sur le développement de produits ou services susceptibles d'être mis sur le marché à court ou moyen terme. Refusé en 2010, le projet sera accepté l'année suivante, en 2011

²³ Cf. annexe p.32-33

²⁴ Groupement de Coopération Sanitaire Système d'Information de Santé de Champagne-Ardenne

²⁵ Source : audition menée le 16 octobre 2012 par le groupe de travail « Domomédecine » auprès d'ALTRAN et documentation remise par ALTRAN

sous le nom de PiCADO 2. Le budget du projet s'élève à 5,5 millions d'euros financé par le Fonds Unique interministériel 12.

Par ce projet, Altran vise à concevoir, réaliser et valider le premier système opérationnel de domomédecine multi pathologies (cancer et diabète notamment) intégrant le maintien à domicile en autonomie et permettant une prise en charge personnalisée à domicile. Il est prévu la réalisation d'un pilote de domomédecine d'une centaine de patients en zone urbaine en Île-de-France et en zone rurale en Champagne-Ardenne.

Le défi est d'assembler des technologies existantes mais hétérogènes dans un ensemble cohérent, performant et robuste, respectant les contraintes propres au monde de la santé (sécurité, confidentialité, etc.). Ce projet vise un passage à une échelle supérieure aux projets de télémédecine existants, ce qui induit des difficultés nouvelles, techniques comme opérationnelles : fiabilité, disponibilité, déploiement et maintien du parc, compatibilité avec une large gamme de matériels et logiciels du marché dans différentes versions...

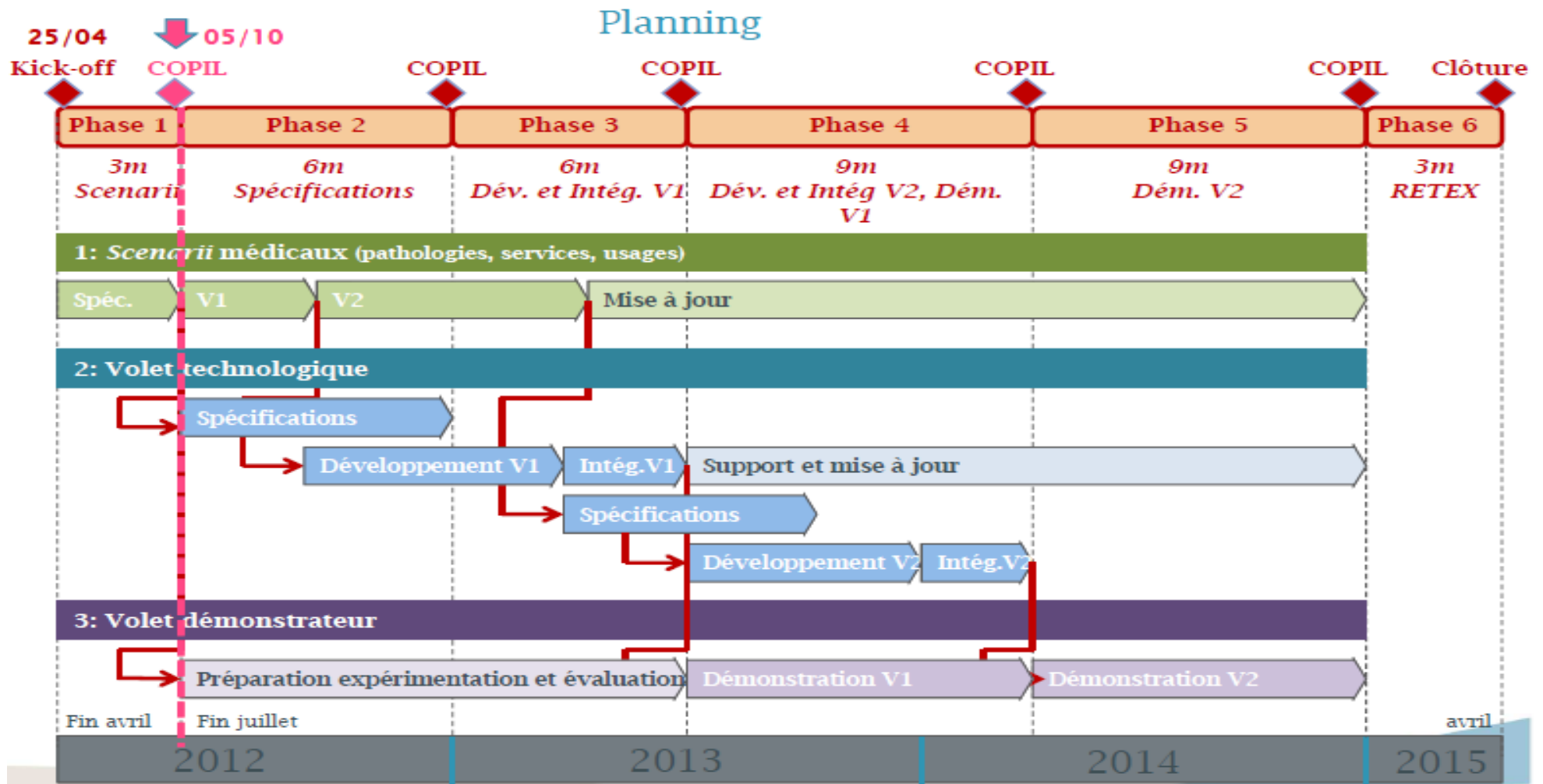
Les partenaires sont au nombre de sept, industriels (Bluelinea, Voluntis, Axon'Cable et ESI) et académiques (INSERM²⁶, UTT, URCA) mais le projet a démarré avec quelques péripéties, notamment à cause de la défection d'un partenaire industriel. Il a fallu trouver une autre société capable d'élaborer le même type de produit ; or, l'identification des sociétés a pris près de 6 mois. Alors que le projet aurait dû commencer il y a un an et demi, il a commencé en avril 2012. Le 8 octobre 2012, un appel d'offres a enfin été lancé par l'INSERM pour remplacer le partenaire défaillant.

Le projet se décompose en 3 volets:

- **Les scénarii médicaux** : création d'acteurs virtuels dont le profil aura été défini et mise en situation réelle pour voir comment les dispositifs peuvent répondre aux besoins ;
- **Le volet technologique** : recueil des besoins fonctionnels puis conception d'un système d'information réactif aux évolutions de ces besoins et permettant l'interconnexion des dispositifs ;
- **Le volet démonstrateur** : travail réalisé avec l'Université de Reims et un ou deux experts pour comprendre quel est l'apport pour le patient et le médecin, et pour réfléchir à la problématique de financement et de tarification ; expérimentation en 2 phases avec le recrutement des patients et des professionnels de santé.

²⁶ Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Un retour d'expérience de 3 mois est prévu avant la clôture en avril 2015.



Légende :

- Kick-off : Lancement
- COPIL : Comité de pilotage
- V(N) : Version (N)
- Dev. : développement
- Intég. : Intégration
- Dém. : Démonstration
- RETEX : retour d'expérience

Source : ALTRAN

2. **DomoCare 3**²⁷

Le Ministère de l'Industrie a lancé deux types d'appels à projets (AAP) «*Santé et autonomie sur le lieu de vie grâce au numérique*» dans le cadre des Investissements d'avenir :

1. AAP e-santé 1 (Recherche et Développement) ;
2. AAP e-santé 2 (Déploiement).

En novembre 2011, AXON'CABLE présente Domocare 1 à l'AAP e-santé 1. Ce projet n'a pas été financé au vu de son ampleur jugée trop importante par rapport au financement possible. Cependant, compte tenu de son aspect systémique et de sa qualité globale, les examinateurs ont alors fortement conseillé à AXON'CABLE de représenter ce dossier dans le cadre de l'AAP e-santé 2 sous la forme de Domocare 2. Ce dernier est présélectionné le 20 décembre 2011, sous réserve d'alléger le projet. En effet, malgré l'intérêt porté à la qualité de ce projet, les examinateurs ont fait les remarques suivantes :

- Réduire le montant financier ;
- Réduire le nombre de projets-pilotes ;
- Ne conserver que les projets-pilotes rentables rapidement ;
- Reprendre les autres projets-pilotes dans les prochains appels à projets.

Les différentes remarques émises par le comité d'examen ont été prises en considération et cette troisième version du projet (DomoCare 3) se focalise sur les applicatifs fondamentaux, à savoir :

- Une plateforme ouverte et relative à l'e-santé (AXO-CARE) ;
- Un système d'analyse comportementale (DOMO-ALERTE) ;
- Un système de télémedecine du travail (E-CHECK) ;
- Un électrocardiographe portable (CARDIAN) ;
- Une organisation transversale pour garantir l'éthique et pour assurer une évaluation non seulement médico-économique mais aussi sociale et d'usage.

²⁷ Source : audition menée le 31 octobre 2012 par le groupe de travail « Domomédecine » auprès d'AXON'CABLE et documentation remise par AXON'CABLE

Aujourd'hui, deux applicatifs DomoCare 3 sont en cours de réalisation : d'une part, la télémédecine du travail avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Reims dont les dispositifs sont transposables au bilan de santé, d'autre part, la prévention par alerte comportementale en Habitation à Loyer Modéré (HLM) avec le Foyer Rémois (équipement de 25 logements pour personnes âgées en téléassistance avec alerte comportementale et 25 autres logements en téléassistance classique).

Mais DomoCare 3 ne constitue en rien un renoncement au projet global initial DomoCare qui propose une approche systémique, évolutive et multidisciplinaire avec un fort ancrage territorial. Il consiste en un développement, sur 3 ans, d'un système comportant une trentaine de projets pilotes simultanés sur plusieurs lieux de vie des personnes âgées et/ou handicapées et/ou malades chroniques pouvant être géographiquement dispersés, afin d'améliorer la prévention et la compensation de la dépendance. Les projets pilotes doivent donc couvrir au moins 80 % des besoins d'une personne dépendante en matière de **lien social**, de **confort de vie** et de **soins**.

Sur les 25 projets-pilotes, 4 sont transversaux et 21 sont spécifiques.

Les 4 projets pilotes transversaux concernent :

1. la coordination, le pilotage ;
2. l'éthique et le référentiel d'évaluation ;
3. le modèle économique systémique ;
4. le système d'information.

Les 21 projets pilotes se répartissent comme suit :

- 3 pour le dépistage et l'admission dans un parcours ;
- 5 pour la prévention ;
- 4 pour l'accès aux soins ;
- 4 pour les maladies chroniques fréquentes ;
- 2 pour le lien social ;
- 3 pour l'autonomie et le confort de vie.

Projet initial et global DomoCare

BESOINS		USAGES	PROJETS-PILOTES	
SANTÉ	Sécurité et alertes	Dépistage (et admission dans un parcours)	1. Coordination des projets-pilotes 2. Ethique et Référentiel d'Evaluation 3. Modèle économique systémique 4. Système d'information (hébergement des données, DMP, interoperabilité, sécurité, alertes)	5. Télémédecine du travail
		Prévention		6. Guichet unique Maison de l'Autonomie (CLIC, MAIA, MDPH..)
				7. Centre de prévention gérontologique à Reims-agglomération
				8. Prévention par alerte comportementale (Logique floue)
Accessibilité aux soins	9. Prévention de la dénutrition			
	10. Prévention de la déshydratation, gestion des canicules et grands froids			
Maladies chroniques	11. Prévention de la non-observance médicamenteuse			
	12. Prévention des chutes			
	13. Maison de Santé Pluridisciplinaire			
	14. EHPAD			
	15. Gestion de l'HAD (Hospitalisation à Domicile)			
	16. Rééducation Fonctionnelle Post-traumatique			
	17. Dépistage précoce des Ischémies, infarctus et arythmies cardiaques			
	18. Maladies Neuro-dégénératives			
	19. Chronothérapie des cancers			
	20. Gestion du Diabète			
LIEN SOCIAL	Outils de Communication et de stimulation	21. Lien social et stimulation de la personne dépendante		
		22. Lien social et soulagement de l'Aidant		
CONFORT DE VIE	Amélioration du confort, de la sécurité et des facilités à la personne	23. Ergonomie des dispositifs communicants pour la population âgée (IHM pour personnes dépendantes)		
		24. Accueils de jour et logements pour personnes à mobilité réduite (Reims & Charleville)		
		25. Lotissement pour personnes âgées ou handicapées en zone rurale		

Source : Axon'Cable

3. *ÉclairAge*²⁸

Solution d'optimisation de la gestion du 5^{ème} risque, le projet *ÉclairAge* a pour but de « Coordonner localement les soins pour faciliter la prise en charge des personnes dépendantes ».

Le projet a été retenu au financement Investissement d'Avenir Grand emprunt (e-santé 2) dont l'objectif est de concevoir une plateforme d'intermédiation pour optimiser la gestion du 5^{ème} risque. En effet, le projet vise à :

- Favoriser la coopération médico-sociale sur le territoire ;
- Accompagner les acteurs locaux et les patients dans le choix du juste bouquet de services médico-sociaux ;
- Soutenir le rapprochement médical/social ainsi que hôpital/ville en favorisant l'émergence d'une permanence de soins ambulatoire (Téléassistance 24/7 avec une régulation des appels suivant les besoins de la personne dépendante : psychologue, famille, urgence...);
- Professionnaliser et pérenniser les réseaux de gérontologie.

Le dispositif est basé sur un « guichet » électronique unique, qui permet d'éditer l'ensemble des services disponibles autour d'un lieu de prise en charge et qui est associé à une plateforme collaborative d'échanges d'informations entre le bénéficiaire, la structure choisie et les proches. La plateforme est dotée d'un outil d'aide à la décision pour aider à la souscription du juste bouquet de services (référencement, qualification, modalités de financement) et d'un dossier collaboratif (cahier de liaison et fiche de suivi médico-sociale).

Quant à la démarche, elle se construit sur deux niveaux, à savoir un socle (solution d'aide à la décision, portail d'intermédiation pour optimiser la gestion des services et cahier de liaison dématérialisé) et des bouquets de services locaux (le maintien à domicile ou en établissement, la permanence de soins et la télé-assistance médicalisée).

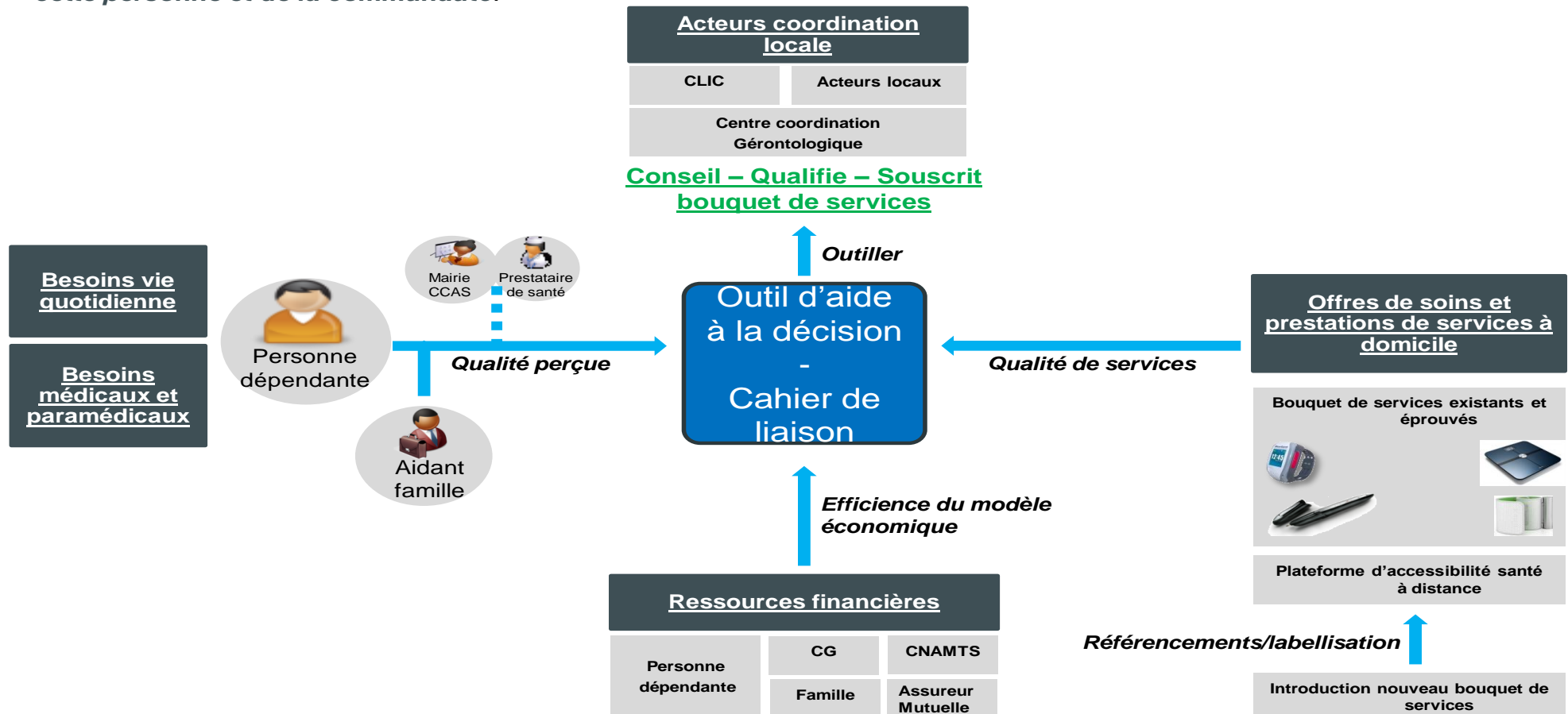
L'expérimentation doit durer 27 mois à compter du 1^{er} octobre 2012 avec 1500 personnes, 50 professionnels de santé et 50 professionnels assistants sociaux sur 2 départements d'expérimentation (Yvelines et Essonne). Une étude est en cours sur l'intérêt de déployer tout ou partie du dispositif dans d'autres territoires et en particulier en Champagne Ardenne. Le budget est de 6 millions d'euros et de 2 millions d'euros en subvention.

²⁸ Source : audition menée le 16 octobre 2012 par le groupe de travail « Domomédecine » auprès d'ALTRAN et documentation remise par ALTRAN

Une méthode et des outils pour enrichir l'action de coordination

Les acteurs de coordination locale sont le point névralgique de rencontre entre une demande segmentée et évolutive et une offre variée peu coordonnée.

Notre objectif est de participer à la construction d'un modèle efficient qui permette de satisfaire le citoyen dépendant en lui proposant un bouquet de services et de soins coordonné, évolutif, reconnu et adapté aux contraintes financières de cette personne et de la communauté.



Source : ALTRAN

	PiCADO 2	DomoCare 3	ÉclairAge
Porteur	ALTRAN	AXON'CABLE	ALTRAN
Objectif	Intégrer des solutions technologiques existantes pour la mise en œuvre opérationnelle de la domomédecine	Être une solution systémique d'e-santé et d'autonomie sur le lieu de vie : couvrir 80 % des besoins les plus courants	Optimiser la gestion du 5 ^{ème} risque
Financement	5,5M€ FUI 12 :25 % du financement⇒ALTRAN Les CR Champagne-Ardenne et Île-de-France et Mairie de Paris : 75 % ⇒ autres acteurs [CR Champagne-Ardenne ²⁹ : 470 000€ ⇒ 214 120€ AXON'CABLE, 104 520€ URCA et 151 914€ UTT] OSÉO coordonne les fonds	8,5 M€ dont 3,6M€ en subvention Financement public/privé ½ État (projets télémédecine du travail et alerte comportementale) ½ Privé : à trouver ou autofinancement	6 M€ et 2 M€ en subvention Financement public/privé
Partenaires financés	Axon'Cable, Bluelinea, Voluntis et ESI INSERM, UTT et URCA	Partenaires divers	Bluelinea, CEV (Groupe Chèque Déjeuner) ; FREGIF, ADAMA Conseil, BEMOBEE, Fédération ADESSA A DOMICILE, DOMIDOM Soins
Calendrier	36 mois. 1 ^{ères} expérimentations mi 2013 + 3 mois de retour d'expérience début 2015	À partir de la confirmation écrite de la DGCS, 3 ans	27 mois à compter du 1 ^{er} octobre 2012
Territoires d'expérimentation	Zone urbaine en Île-de-France Zone rurale en Champagne-Ardenne	La Champagne-Ardenne	Les Yvelines et l'Essonne La finalisation du projet sera peut-être l'occasion de présenter un nouveau territoire (Champagne-Ardenne)

²⁹ Commission permanente du Conseil régional du 21 mai 2012 – Tome 3, Programme A23010- Aide à l'innovation et la R&D dans les entreprises, p.505

B. Le Grand Projet de déploiement sur 10 000 patients

L'objectif est une démonstration à grande échelle et multi pathologies, sur le territoire de la Champagne-Ardenne et de l'Île-de-France, du traitement des maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, métaboliques et neuro dégénératives) tout en restant à domicile.

Il s'agit d'une démarche de développement d'un secteur de soin original en Champagne-Ardenne.

Sept tâches (ou Workpackages) ont été définies et structurées :

1. Aspect médical, procédures médicales, progrès médical : le médecin traitant a un rôle central car c'est lui qui a une vision globale.

Pilotes : INSERM et Francis LÉVI.

2. Système d'information (SI) : le SI doit être fiable car il doit traiter des données en continu et détecter les alertes 24h/24. En outre, il doit s'adapter à la mobilité du patient.

Pilote : ALTRAN.

3. Métiers, éducation, formation : le volet formation est très important du côté à la fois des patients et du corps médical car les TIC peuvent susciter de la crainte, voire de l'angoisse. Les TIC devront être les plus simples possibles (téléphone, montre, etc), robustes et fiables. Il faut préciser qu'il n'y aura pas d'obligation de participer à l'expérimentation ; elle se basera sur le volontariat.

Pilote : GIP EFTLV.

4. Responsabilité et sécurité : éthique et responsabilité de chacun.

Pilote : à déterminer, peut-être le Conseil national de l'Ordre des Médecins.

5. Progrès technologiques : les capteurs doivent pouvoir émettre des données utiles aux différentes pathologies dont souffre le patient.

Pilote : AXON'CABLE.

6. Compétitivité, modèle économique : le paiement à l'acte ne peut pas fonctionner, il faut un modèle économique auquel tout le monde puisse adhérer et il doit être compatible avec les contraintes budgétaires. La Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) est d'accord avec ce principe, ce n'est donc pas un frein. Par ailleurs, l'Assurance Maladie, les mutuelles et les Conseils généraux doivent être associés. C'est

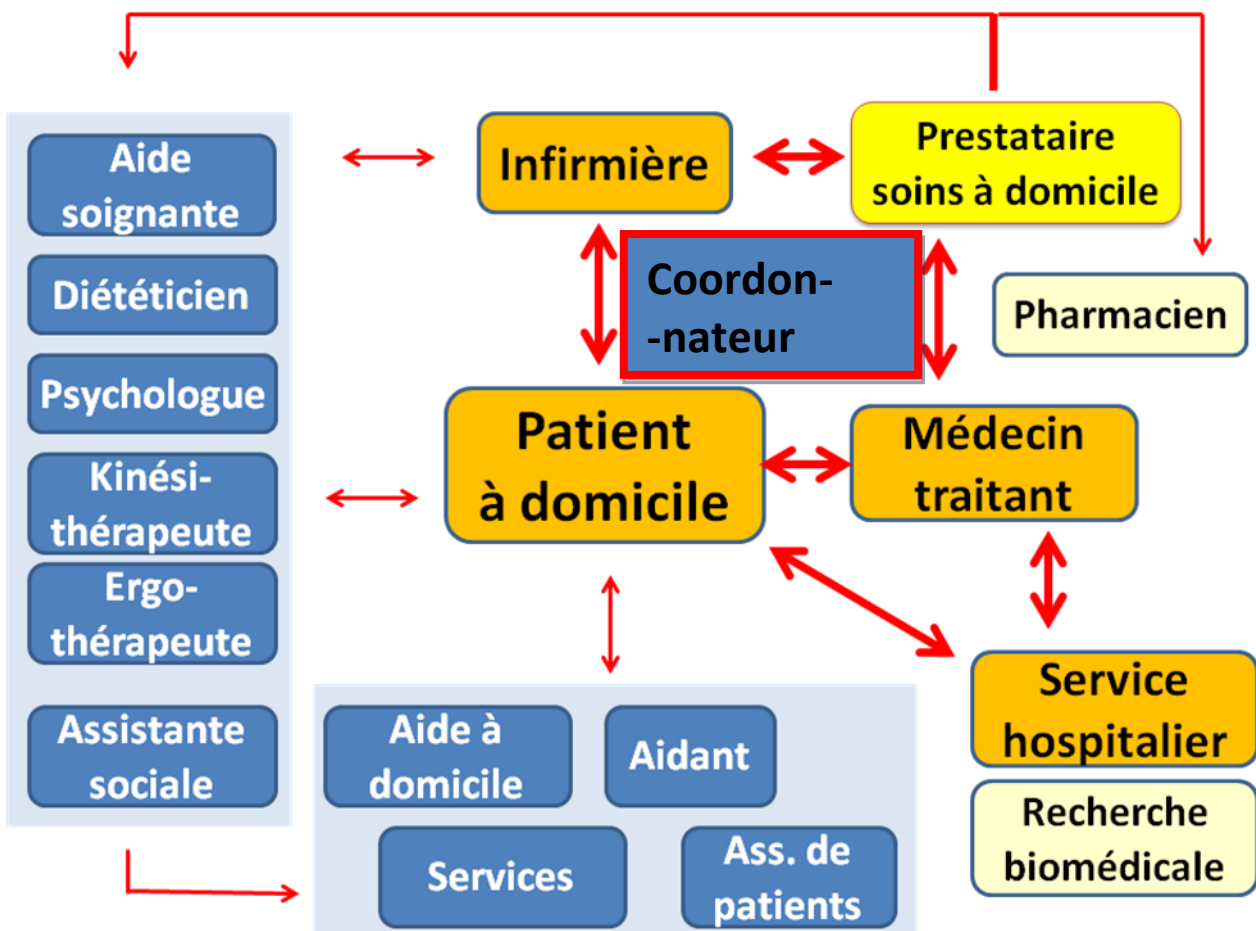
déjà le cas pour la MGEN³⁰, la MSA³¹, le Conseil général de la Marne et celui de l'Aube. Des discussions sont en cours avec les services d'aide à domicile.

Pilote : à déterminer, peut-être la CNAM avec les mutuelles et la CNSA³².

7. Déploiement.

Le Consortium domomédecine souhaite la mise en place d'un Workpackage Évaluation à part entière.

Architecture du Grand Projet



Source : Académie des Technologies

Le projet a déjà été présenté, sur le principe, aux Ministères de la Santé et de l'Industrie. Il reste à définir la gouvernance des groupes de travail 4 et 6 ainsi que le chiffrage.

³⁰ Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

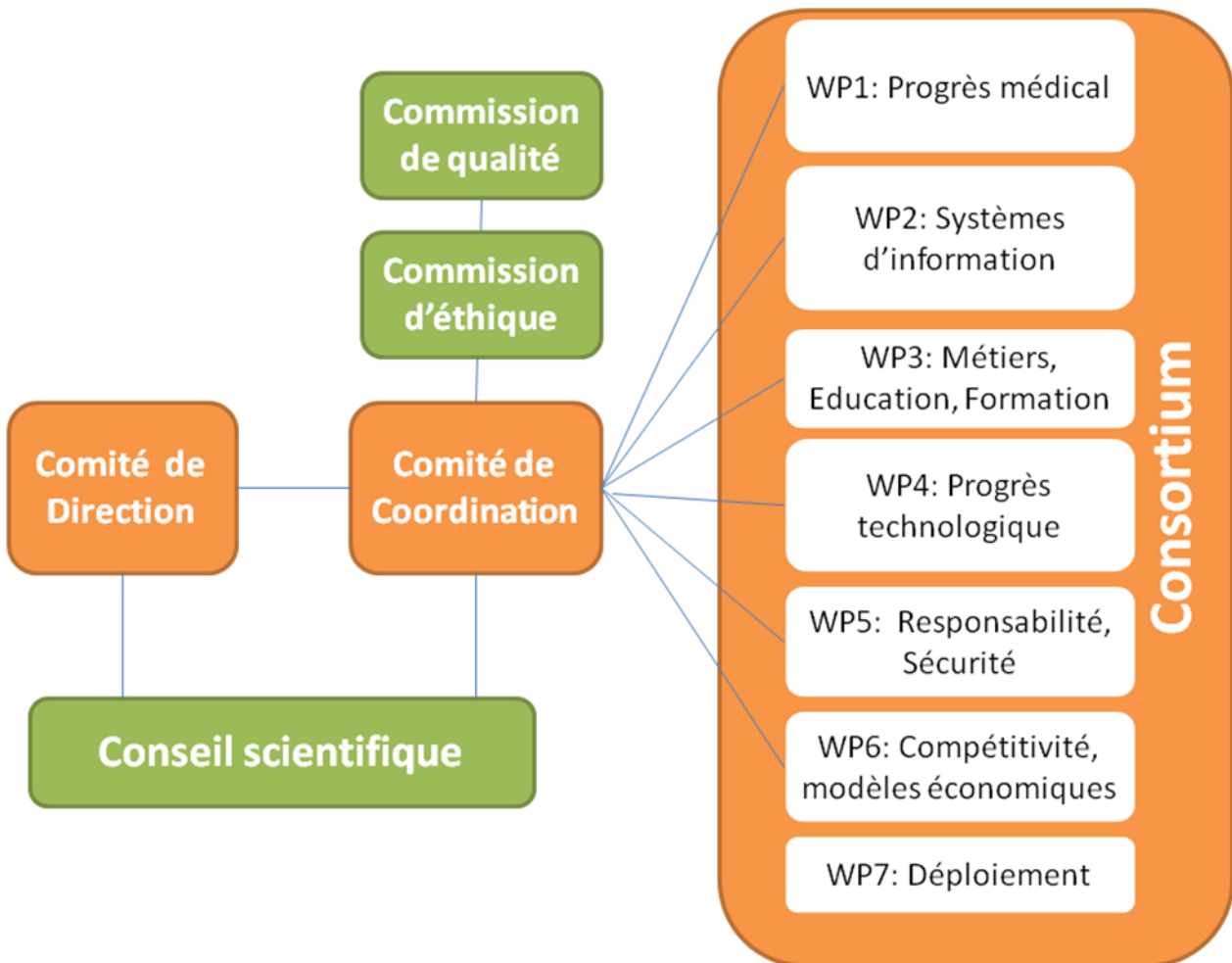
³¹ Mutuelle Sociale Agricole

³² Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

Il faudra également trouver LA personne qui s'investira sur le projet en tant que chef de projet et pilote.

Concernant l'évaluation, le retour d'expérience est indispensable. Par ailleurs, divers travaux en Europe ont permis de déterminer un certain nombre d'indicateurs importants. De ce point de vue, il existe donc déjà une base intéressante.

Pilotage du Grand Projet



Source : Académie des Technologies

VI. AVIS

Président : **Jean-Marie THOMAS**

Rapporteuse : **Sabine DUMÉNIL**

Plénière du 7 décembre 2012

Avis adopté à l'unanimité

La domomédecine suppose une réorganisation du système de soins et des nouvelles pratiques de prise en charge globale des personnes fragiles³³. Elle impliquera, entre autres, la limitation des déplacements des patients qui aura deux impacts positifs : une amélioration du confort de vie, une efficacité du traitement à domicile et une diminution des coûts de transport. Il faudra néanmoins rester vigilant sur son utilisation : si l'objectif de la domomédecine est bien l'amélioration de la surveillance des patients, et donc de leur prise en charge, **le CESER souligne qu'elle ne doit ni pallier le manque de professionnels de santé, ni créer de nouvelles disparités.**

Par ailleurs, le développement de la domomédecine amène à se poser des questions transversales liées à la viabilité économique (financement d'un nouveau système de soins), organisationnelle (méthodologie de travail entre les soignants,

patients, accompagnants), juridique (responsabilité du soignant dans un acte à distance), éthique (confidentialité des données transmises) et technologique. La notion d'**acceptabilité** est donc au cœur de la réussite du Grand Projet.

FINANCEMENT

La domomédecine recouvre à la fois des **actes médicaux** et un **accompagnement médico-social** dont les financements ne relèvent pas des mêmes structures : Assurance Maladie pour l'un, Conseils généraux pour l'autre.

L'accompagnement médico-social est un acte non codé, payé sous forme de forfait. Actuellement, son financement représente une part importante du budget des Départements.

³³ La fragilité se définit sous trois formes : fragilité physique, fragilité sociale et fragilité cognitive

Il faut donc convaincre les Conseils généraux que la domomédecine est source de meilleure prise en charge pour une réelle efficacité.

Aujourd'hui, la Sécurité Sociale ne prend pas en compte le financement de la domomédecine. Néanmoins, dans son rapport du 17 juillet 2012, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) propose de développer la télémédecine « *lorsqu'il existe des gains en qualité et efficacité des soins* ». Les expériences menées jusqu'ici sont souvent financées par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQS) dont l'enveloppe régionale est limitée. Il faut un accord financier ponctuel avec l'Assurance Maladie pour que l'expérimentation en Champagne-Ardenne soit possible.

Par ailleurs, si les médecins traitants deviennent coordonnateurs, ils devront s'accorder avec la CNAM sur leur mode de rémunération.

Quant aux Agences Régionales de Santé (ARS), elles assurent deux grandes missions :

1. Le pilotage de la politique de santé publique en région :
 - la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé ;

- la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé ;
 - l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.
2. La régulation de l'offre de santé qui vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé.

Dans le cadre de ces missions (sanitaires et médico-sociales), le CESER préconise que l'ARS soit fédératrice de tous les acteurs et financeurs autour du projet domomédecine.

ÉCONOMIE

Dans son rapport sur la prospective régionale, le CESER considère la domomédecine comme un secteur d'activité à développer qui peut stimuler l'économie régionale.

Pour le CESER, la domomédecine doit pouvoir s'appuyer sur le savoir-faire des entreprises régionales en matière de Recherche et Développement (R&D) et de production technologique. La construction d'une industrie forte et innovante, comme le cluster antimicrobien, en fera un secteur d'excellence pour la Champagne-Ardenne.

COMPÉTENCES « DROIT DE FAIRE »

La domomédecine va soulever le problème de l'évolution et du transfert de compétences entre médecins et personnels paramédicaux dont les professions sont réglementées par des décrets de compétences. **Le CESER propose que soit engagée une démarche auprès du législateur autour de cette question pour l'expérimentation du Grand Projet.**

FORMATIONS

Les nouvelles pratiques impliquent, d'une part, l'acquisition de nouvelles compétences pour les professionnels de santé, d'autre part, l'adaptation et l'appropriation du système pour les patients et les aidants :

➤ Formation des personnels de santé :

Le CESER préconise que soit inscrit, dans les plans de formation, un axe spécial domomédecine pour les professionnels en exercice. Pour les futurs professionnels, le CESER souhaite que la nouvelle pratique fasse partie des programmes de formation.

➤ Formation des patients et des aidants familiaux :

Le CESER préconise que les patients et les aidants puissent accéder à une formation adaptée sur la domomédecine, en fonction de leurs besoins spécifiques (injection ou

dosage d'insuline, prise de tension, etc.). Pour faciliter cette action, le médecin traitant doit tenir un rôle central.

FONDS EUROPÉENS

En tant que financeur et membre du Consortium domomédecine, le Conseil régional doit s'assurer de l'adhésion de tous les acteurs au Grand Projet.

Dans ce cadre, le CESER souhaite que la domomédecine soit un élément structurant de la stratégie régionale définie dans les futurs programmes européens 2014-2020.

DÉPLOIEMENT DU GRAND PROJET

Le Grand Projet a pour objectif une expérimentation de la domomédecine à grande échelle sur 10 000 patients volontaires en grande partie sur le territoire de la Champagne-Ardenne mais aussi en Île-de-France. **Le CESER estime que le Grand Projet doit se déployer sur l'ensemble du territoire champardennais et donc sur un large panel de patients représentatifs de sa population.**

Pour mener à bien cette expérimentation, et dans les meilleures conditions, **le CESER considère qu'il faut un chef de projet installé au sein d'une structure pilote collective qui pourrait émaner du Consortium.**

Pour assurer la continuité d'alimentation énergétique, **le CESER préconise que les patients suivis dans le cadre du Grand Projet puissent être ajoutés à la liste des patients**³⁴ bénéficiant d'une information auprès des fournisseurs d'électricité en cas de coupure pour leur permettre de prendre les dispositions utiles. De même, **le CESER incite la Région et le Consortium à travailler avec les opérateurs de téléphonie et d'internet pour trouver un dispositif similaire et ainsi garantir une continuité d'accès aux soins.**

Pour développer l'acceptabilité de toute la population, y compris les plus socialement fragiles qui risquent d'être exclus par le système du volontariat, **le CESER estime qu'une sensibilisation et une information auprès de tous sont nécessaires :**

- Les professionnels de santé ;
- L'ensemble des étudiants médicaux et paramédicaux ;
- Les Élus ;
- Les acteurs sociaux ;
- Le grand public.

³⁴ Une définition des malades concernés a été établie par la Direction Générale de la Santé. Il s'agit d'une liste très limitative retenant deux catégories de patients :

- Toute personne placée sous respirateur et ayant une autonomie respiratoire inférieure ou égale à quatre heures par jour.
- Les enfants bénéficiant de Nutrition Parentérale A Domicile (NPAD).

Pour le CESER, la fédération de tous les acteurs, professionnels, politiques, sociaux et associatifs constituera un élément de réussite du Grand Projet.

ÉVALUATION DU GRAND PROJET

Le CESER rappelle la nécessité de déterminer les critères d'évaluation avant la mise en œuvre de l'expérimentation. En préalable à toute généralisation de la domomédecine sur le territoire régional, **le CESER souhaite être informé des résultats de l'évaluation du Grand Projet.**

VII. ANNEXES

A. Composition du Consortium Domomédecine en Champagne-Ardenne

Conseil régional de Champagne-Ardenne
Carinna
Délégation régionale à la Recherche et à la Technologie de Champagne-Ardenne
Caisse d'Assurance retraite et de Santé au Travail Nord-Est
Institut Jean Godinot
Union Régionale des Associations Familiales de Champagne-Ardenne
Centre hospitalier de Troyes
Altran CIS
Réseau gériatrique de Champagne-Ardenne
Institut de Formation en Soins Infirmiers d'Épernay
Kayentis
Mutualité française de l'Aube
Carediab - Addica
Hôpital Maison Blanche
Vigimédis
Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (Section MGEN des Ardennes)
Université de Reims Champagne-Ardenne
Université de Technologie de Troyes
Malakoff Médéric
Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de Champagne-Ardenne
Lycées des Métiers Europe
Ardennes Eco
Axon'Cable
Centre Hospitalier Universitaire de Reims
Inovelan
Oncocha – réseau de santé
Mutualité Sociale Agricole
Académie des Technologies
Agence Régionale de Santé Champagne-Ardenne
Centre Hospitalier Auban Moët

Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales
Réseau Champardennais Accompagnement Soins Palliatifs
Secrétariat Général aux Affaires Régionales – Préfecture de Région Champagne-Ardenne
Collectif Inter-Associatif sur la Santé Champagne-Ardenne
CEA list
Inserm
France Télécom Orange
GIP Education et Formation Tout au Long de la Vie
Réseau gériatrique de Champagne-Ardenne
Réseau périnatal de Champagne-Ardenne
UMR 6519 – réactions sélectives et applications (RCA/CNRS) – équipe hétérochimie organique
Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Champagne-Ardenne
Dataconseil
Conseil général de Marne
Communauté d'agglomération de Nancy

B. Composition du groupe de travail et calendrier

Le groupe de travail se compose de la 9^{ème} commission «Affaires sanitaires et sociales », élargie aux membres de la 8^{ème} commission « Enseignement supérieur et recherche » et à Jean-Pierre GUÉRIN.

Ainsi, les membres composant le groupe de travail sont :

1^{er} collège : Jacky CHARPENTIER, Jean-Pierre GUÉRIN, Pierre POSSÉMÉ.

2^{ème} collège : Sabine DUMÉNIL, Coraline FURIGO, Christophe GIRARDIN, Fabrice PREITE.

3^{ème} et 4^{ème} collèges : Claudette BRIGAND, Jean-Pierre CHÉRAIN, Gérard LAPIE, Patricia LE CORVIC, Christian LERMINIAUX, Élisabeth ROUSSELOT-MARCHE, Jean-Marie THOMAS.

Invités permanents : Daniel BLONDEAU, Jean-Marie-CAILLIEZ, Éric HÉBRARD, Corinne MARCHAL, Patrick TASSIN.

Objectif	Méthode	Calendrier
Validation du cahier des charges/note	Bureau du CESER	5 juillet 2012
Définition des axes de travail et des structures à auditionner	Réunion du GT	5 Juillet 2012
Recueil des informations	Auditions Conseil régional et Carinna Madopa et UTT ARS et Altran Académie des Technologies Axon'Cable	Août à octobre 2012 30/08/2012 01/10/2012 16/10/2012 22/10/2012 31/10/2012
Formalisation des propositions	Réunion(s) du GT	Les 22 et 31 octobre et les 8 et 13 novembre 2012
Présentation du projet de contribution	Assemblée plénière du CESER	7 décembre 2012

C. Intervenants auditionnés

- Joëlle BARAT, Vice-présidente du Conseil régional Champagne-Ardenne déléguée à la santé ;
- Gérald BRUN, Directeur de la Direction de l'Enseignement supérieur, de l'Innovation et de la Recherche de la Région Champagne-Ardenne ;
- Vincent STEINMETZ, Directeur de l'Agence d'innovation CARINNA ;
- Hervé MICHEL, Directeur de MADOPA ;
- Jacques DUCHÊNE, Docteur à l'Université de Technologie de Troyes ;
- Jacques PRINCET, chargé de mission Système d'information à l'Agence Régionale de Santé ;
- Olivier de la BOULAYE, Directeur adjoint du Pôle santé et protection sociale chez ALTRAN ;
- Francis LÉVI, membre fondateur de l'Académie des Technologies;
- Christian SAGUEZ, Président de la Commission des Technologies de l'Information et de la Communication à l'Académie des Technologies ;
- Joseph PUZO, PDG d'AXON'CABLE.

D. Critères d'évaluation des préconisations du CESER

1. Implication de l'ARS dans le Grand Projet ;
2. Caractéristiques du panel de patients ;
3. Mise en place de programmes de formation initiale et continue en direction des personnels de santé ;
4. Actions de formation en direction des patients et des aidants.

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL RÉGIONAL
DE CHAMPAGNE-ARDENNE
HÔTEL DE RÉGION
5 RUE DE JÉRICH0
51037 CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE

TÉL : 03 26 70 31 79

FAX : 03 26 21 69 76

MAIL : ceser@cr-champagne-ardenne.fr

SITE WEB : <http://www.ceser-champagne-ardenne.fr>

RÉGION

CHAMPAGNE
ARDENNE



Conseil Economique, Social et Environnemental