



PLEXUS

PLATEFORME SANTÉ NUMÉRIQUE Océan Indien

REPONSE DE L'ARS OCEAN INDIEN  
A L'APPEL A PROJETS  
« TERRITOIRE DE SOINS NUMERIQUE »



**TITRE DU PROJET :** PLEXUS OI

**PLATEFORME D'ÉCHANGE POUR LES NOUVEAUX  
USAGES DES TIC EN SANTÉ DANS L'OCEAN INDIEN**

**BASSIN DE SANTE :** TERRITOIRE NORD-EST DE L'ILE DE LA REUNION  
(SAINT DENIS, SAINTE MARIE, SAINTE SUZANNE CIRQUE DE MAFATE)



## PLATEFORME D'ÉCHANGE POUR LES NOUVEAUX USAGES DES TIC EN SANTÉ DANS L'Océan Indien

EN MEDECINE :

« REORGANISATION FONCTIONNELLE ET  
SPATIALE DES NERFS »



### LES 5 POINTS -CLES DE PLEXUS OI

**Un objectif médical mobilisateur** : l'émergence d'un territoire de soins numériques pour les parcours de prise en charge des maladies métaboliques (enjeu majeur de santé publique pour la zone Océan Indien compte tenu des sur-prévalences très significatives constatées) ;

**Un triptyque d'usages clairement identifiés** : un portail d'usages pour les patients ; un portail d'usages pour les professionnels ; une plateforme de case management faisant le lien entre les deux portails dans une logique de fluidité des parcours de prise en charge ;

**Un partenariat d'excellence et déjà structuré** : dix ans d'expérience au sein du groupement de coopération sanitaire de e-santé TESIS et une dynamique-projet TSN initiée depuis un an avec l'ensemble des acteurs à La Réunion ;

**Un consortium industriel de haut niveau** : des interlocuteurs industriels en prise directe avec le tissu économique local via la Technopôle mis en intégration avec des opérateurs de niveau national et international ;

**Un fort potentiel d'effets d'apprentissage et de rayonnement sur la zone Océan Indien** : des externalités positives immédiatement capturables pour les autres territoires de La Réunion et Mayotte ; une attractivité directe des solutions développées sous TSN pour nos partenaires de la zone Océan Indien grâce au réseau de conventions-cadres hospitalo-universitaires.

INTERLOCUTEUR DU COMITE  
OPERATIONNEL TSN

**M. Denis LERAT**

DSI ARS OI Chef de Projet PLEXUS OI

Fixe : +262 (0)262 93 95 15

GSM : +262 (0) 692 88 93 42

denis.lerat@ars.sante.fr

# SOMMAIRE

<b>1 Plexus Océan Indien en synthèse ..... 9</b>	3.2.3 L'insuffisance cardiaque chronique..... 37
<b>1.1 contexte..... 9</b>	3.2.4 L'accident vasculaire cérébral ..... 38
<b>1.2 Plexus Océan Indien en synthèse ..... 9</b>	
<b>1.3 Objectifs et impact ..... 9</b>	<b>4 Description détaillée du projet ..... 42</b>
<b>1.4 Acteurs associés au projet..... 9</b>	<b>4.1 Attentes métiers..... 42</b>
<b>1.5 Analyse SWOT.....10</b>	4.1.1 Amélioration du parcours des filières .... 42
<b>1.6 Gouvernance.....10</b>	4.1.2 Epidémiologie & Veille sanitaire..... 53
<b>1.7 Calendrier et Principaux éléments financiers10</b>	4.1.3 Services aux Professionnels de Santé ..... 56
	4.1.4 Services aux patients / usagers ..... 57
	4.1.5 Case management ..... 57
<b>2 Contexte général et enjeux du projet.. 11</b>	<b>4.2 Apport des services Plexus OI ..... 61</b>
<b>2.1 Compréhension du contexte et des enjeux TSN 11</b>	<b>4.3 Périmètre ..... 63</b>
<b>2.2 Contexte et enjeux du bassin de santé concerné .....11</b>	4.3.1 Bassin de santé sélectionné ..... 63
2.2.1 Contexte ultramarin et démographique 11	4.3.2 Acteurs impliqués ..... 68
2.2.2 Contexte socio-économique et environnemental ..... 12	<b>4.4 Nature des solutions visées ..... 68</b>
2.2.3 Des inégalités de mortalité ..... 12	4.4.1 Technologies et solutions envisagées .... 69
2.2.4 Des inégalités sociales..... 12	4.4.2 Schéma d'urbanisation général ..... 75
2.2.5 Des inégalités territoriales ..... 13	<b>4.5 Gouvernance ..... 77</b>
2.2.6 L'émergence des maladies chroniques.. 13	4.5.1 Rôles clés de la gouvernance du projet.. 77
<b>2.3 La pertinence du projet .....16</b>	4.5.2 Portage de la maîtrise d'ouvrage opérationnelle ..... 79
2.3.1 PLEXUS OI : en cohérence avec les politiques nationales et leur déclinaisons territoriales ..... 16	4.5.3 Instances de pilotage du projet ..... 80
2.3.2 PLEXUS OI : réponse aux programmes et projets nationaux complémentaire à l'existant 18	4.5.4 Détail des équipes projet..... 84
2.3.3 PLEXUS OI : des objectifs de réalisation en lien avec les attentes territoriales ..... 19	4.5.5 Interlocuteur privilégié du comité opérationnel du projet ..... 92
2.3.4 PLEXUS OI : réponse aux contraintes locales et inscription dans une démarche à vocation industrielle & partenariale ..... 21	4.5.6 Prestataires externes envisagés ..... 92
2.3.5 PLEXUS OI : référence visible de la zone Océan Indien ..... 23	4.5.7 Modalités du montage du Consortium .. 95
<b>2.4 Gains attendus .....26</b>	<b>5 Démarche de mise en œuvre ..... 100</b>
<b>3 Objectifs du projet ..... 28</b>	<b>5.1 Principes de mise en œuvre ..... 100</b>
<b>3.1 Les pathologies retenues.....28</b>	<b>5.2 Calendrier prévisionnel détaillé ..... 103</b>
3.1.1 Le choix des maladies chroniques..... 28	5.2.1 Principes d'articulation des chantiers .. 103
3.1.2 Synthèse des objectifs clefs du projet par pathologie et parcours ..... 29	5.2.2 Planning détaillé : répartition des efforts 105
<b>3.2 Indicateurs de résultats et potentiels de gains par pathologie.....29</b>	<b>5.3 Communication ..... 117</b>
3.2.1 Le diabète..... 29	5.3.1 Lot de conduite du changement ..... 117
3.2.2 L'insuffisance rénale chronique ..... 33	5.3.2 Phase 1 : Mise en place de la stratégie d'accompagnement ..... 119
	5.3.3 Phase 2 : Mise en œuvre des leviers de communication et de formation..... 122
	5.3.4 Phase 3 : Déploiement et évaluation ... 126
	5.3.5 Récapitulatif des actions de conduite du changement ..... 127
	<b>5.4 Modalités de suivi du projet ..... 131</b>

5.4.1 Les attentes en matière de pilotage du projet PLEXUS OI .....	131
5.4.2 Principes clés.....	132
<b>5.5 Modalités de gestion des risques .....</b>	<b>138</b>
5.5.1 Matrice d'analyse des risques.....	138
<b>5.6 Modalités d'évaluation du projet.....</b>	<b>145</b>
5.6.1 Principes de l'évaluation du programme PLEXUS.....	145
5.6.2 Evaluations médico-économiques ou cliniques ciblées s'appuyant sur une très forte expertise.....	148
5.6.3 Facteurs clés de succès .....	149
<b>5.7 Budget primitif et plan de financement ...</b>	<b>149</b>
5.7.1 Arbitrages et principes de mise en œuvre	150
5.7.2 Projections post 2017 .....	152
<b>6 Annexes.....</b>	<b>155</b>
<b>6.1 Lettre d'engagement de la DG ARS OI .....</b>	<b>155</b>
<b>6.2 Courriers de soutien au projet Plexus OI ..</b>	<b>157</b>
6.2.1 Préfet de l'île de La Réunion .....	158
6.2.2 Direction de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale.....	159
6.2.3 Président du Conseil de Surveillance de l'ARS OI.....	162
6.2.4 Conseil National de l'Ordre des Médecins et Pharmaciens.....	163
6.2.5 Conseil National de l'ordre des pharmaciens.....	165
6.2.6 Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion .....	167
6.2.7 Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS)	168
6.2.8 Fédération Hospitalière de France Océan Indien	169
6.2.9 Union Régionale des Médecins Libéraux Océan Indien .....	170
6.2.10 Groupement des Maisons et Pôles de santé de l'Océan Indien .....	172
6.2.11 Union Régionale des Professionnels de Santé Sages-Femmes .....	173
6.2.12 Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens .....	174
6.2.13 Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers .....	175
6.2.14 CHU de La Réunion .....	176
6.2.15 Groupe Hospitalier Est Réunion .....	178
6.2.16 Groupe de Santé Clinifutur .....	180
6.2.17 Association Saint François d'Assise .....	181
6.2.18 Association Utilisation Rein Artificiel à La Réunion.....	182
6.2.19 Fondation Père Favron .....	183
6.2.20 Fédération des Réseaux Océan Indien ..	184
6.2.21 Réseau de santé Reucare .....	185
6.2.22 Prudence Créole – Groupe GENERALI ..	186
6.2.23 Technopole de La Réunion .....	187
6.2.24 Association Réunionnaise des professionnels des TIC .....	188
6.2.25 IdeoSanté.....	189
6.2.26 Bluelinea .....	190
6.2.27 Medecindirect .....	191
6.2.28 Docapost.....	192
6.2.29 Synakene .....	194
6.2.30 Orange Réunion.....	195
<b>6.3 Lettre de mission pour la création d'une cellule régionale d'identito-vigilance .....</b>	<b>196</b>
<b>6.4 Convention CHU URMLOI .....</b>	<b>198</b>
<b>6.5 Convention CHU RSPS Infirmiers.....</b>	<b>199</b>
<b>6.6 Analyse SWOT détaillée.....</b>	<b>202</b>
<b>6.7 Budget prévisionnel détaillé et plan de financement .....</b>	<b>204</b>
<b>7 Glossaire.....</b>	<b>216</b>

## HISTORIQUE DES VERSIONS

<b>Version 1 du 28 février 2014</b>	Document validé par Mme Chantal DE SINGLY, Directrice Générale de l'ARS Océan Indien

## COMITE DE PILOTAGE PLEXUS OI

**Mme Chantal DE SINGLY**

Directrice Générale (ARS OI)

**M. Emmanuel ADAIN**

Président URPS Infirmiers

**M. Laurent BIEN**

Directeur du site Nord du CHU, Administrateur du GCS TESIS

**M. Jean-François CLAIN**

Chargé de mission systèmes d'information de santé, volet sanitaire (ARS OI)

**M. David GRUSON**

Directeur général du CHU Réunion

**Mme Reine-Claude LAGACHERIE**

CGSS de la Réunion, responsable de l'information en santé

**M. Antoine LERAT**

Directeur du GCS TESIS

**M. Denis LERAT**

Directeur des systèmes d'information (ARS OI)

**Mme Véronique MINATCHY**

Présidente du CISS-OI association d'utilisateur

**Dr François RAHMANI**

Président URPS Médecins

**M. Jean-Jacques TOMASINI**

Chargé de mission auprès du SGAR – TIC & Tourisme

**M. Jean Yves VAILLANT**

Conseil Général

**M. Djamil VAYID**

Chargé de mission systèmes d'information de santé, volet médico-social et ambulatoire (ARS OI)

**Mme Sylvie VITRY**

Directrice de la stratégie, des projets et du développement du groupe CLINIFUTUR

## COMITE DE REDACTION PLEXUS OI

**M. Laurent BIEN**

Directeur du CHU Site Nord & Administrateur du GCS TESIS

**M. Etienne BILLOT**

Responsable du pôle Offre de soins (ARS OI)

**M. Jean-François CLAIN**

Chargé de Mission SI Etablissements de santé (ARS OI)

**M. Laurent FILLEUL**

Coordonnateur de la CIRE Océan Indien

**Dr Christine GILBERT**

Conseillère médicale auprès de la DG ARS (ARS OI)

**M. David GRUSON**

Directeur Général CHU de La Réunion

**Dr. José GUISERIX**

Président CME CHU, néphrologue CHU

**M. Denis LERAT**

DSI (ARS OI)

**M. Antoine LERAT**

Directeur du GCS TESIS

**Dr. Jean Marc SIMONPIERRI**

Responsable du service Performance et Projet de santé (ARS OI)

**M. Djamil VAYID**

Chargé de mission SI médico-social et ambulatoire (ARS OI)

## CONTRIBUTEURS

Apport d'expertise médicale sur les filières retenues, participation au brainstorming régional TSN, élaboration de la cible du SI régional urbanisé.

**Dr Marion ARBES**

Directrice de la stratégie et de la performance (ARS OI)

**Mme Ségolène BERNARD**

Directrice Générale ASDR

**M. Laurent BIEN**

Directeur du CHU Site Nord & Administrateur du GCS TESIS

**Mme Virginie BIGALLI**

Chargée de mission à l'ARTIC, Association Réunionnaise des professionnels des technologies d'information et de communication

**M. Etienne BILLOT**

Responsable du pôle Offre de soins (ARS OI)

**M. Pierre BLANPAIN**

Directeur adjoint du centre la Ressource

**Dr Michel BOHRER**

Médecin DIM CHU de la Réunion & Médecin Hébergeur GCS TESIS

**Mme Guylaine CAILLIERE**

Secrétaire du CISS-OI association d'utilisateur

**Mme Nadège CAILLIERE**

Epidémiologiste (CIRE)

**Mme Florence CAILLIEZ**

Géomaticienne (ARS OI)

**Dr Christophe CELERIER**

Pharmacien, responsable OMEDIT

**M. Guy-Noël CHANE WAN**

Responsable PMSI (ARS OI)

**M. Eric CHARTIER**

Responsable du service métiers et formations des professionnels de santé (ARS OI)

**Dr Philippe DE CHAZOURNES**

Médecin généraliste

**Dr Frédéric CHOMON**

Médecin DIM Groupe Clinifutur & Expert médical GCS TESIS

**M. Jean-François CLAIN**

Chargé de Mission SI Etablissements de santé (ARS OI)

**Mme Roselyne COPPENS**

Responsable du service prévention (ARS OI)

**Dr Rachid DEKKAK**

Président de CME du CH Gabriel Martin, urgentiste

**M. Matthieu DRUILHE**

Responsable Sécurité des SI Régional (GCS TESIS)

**M. Laurent FILLEUL**

Coordonnateur de la CIRE Océan Indien

**Dr Christine GILBERT**

Conseillère médicale auprès de la DG ARS (ARS OI)

**M. David GRUSON**

Directeur Général CHU de La Réunion

**M. Hugues HOAREAU**

Vice-président du CISS-OI association d'utilisateur

**M. Philippe JANIN**

DSIO CH Gabriel Martin et EPSMR

**M. Denis LERAT**

DSI (ARS OI)

**M. Gil LECLERC**

Directeur MFD réunion, Domusvi

**M. Antoine LERAT**

Directeur du GCS TESIS

**M. Eric MARIOTTI**

Responsable du service étude et statistiques (ARS OI)

**M. Georges MAUGUIN**

DSIO Groupement Hospitalier Est Réunion

**Mme Véronique MINATCHY**

Présidente du CISS-OI association d'utilisateur

**Dr Anh-Dao NGUYEN**

Médecin de santé public (ARS OI)

**M. Cyril PAVAYE**

Cadre de santé au CH Gabriel MARTIN

**Mme Elisabeth PEGUILLAN**

Directrice Général Technopole de La Réunion

**Mme Morienn PETON**

Interne de santé publique

**M. Marc RAVAINÉ**

DSIO du groupe Clinifutur

**M. Olivier SAUTRON**

Directeur OSCADI, acteur du monde économique en nouvelles technologies

**M. Gianni SERMONT**

Cadre supérieur de santé, responsable du pôle imagerie & laboratoire

**Dr. Jean Marc SIMONPIERRI**

Responsable du service Performance et Projet de santé (ARS OI)

**M. Dominique TALANDIER**

DSIO du CHU de La Réunion

**M. Djamil VAYID**

Chargé de Mission SI ambulatoire et Médico-Social (ARS OI)



## SOUTIENS

PREFET DE L'ILE DE LA REUNION	CHU DE LA REUNION
DIRECTION DE LA JEUNESSE DES SPORTS ET DE LA COHESION SOCIALE	GROUPE HOSPITALIER EST REUNION
PRESIDENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ARS OI	GROUPE DE SANTE CLINIFUTUR
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS ET DES PHARMACIENS	ASSOCIATION SAINT FRANÇOIS D'ASSISE
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS	ASSOCIATION UTILISATION REIN ARTIFICIEL A LA REUNION
CAISSE GENERALE DE SECURITE SOCIALE DE LA REUNION	FONDATION PERE FAVRON
COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE (CISS)	FEDERATION DES RESEAUX
FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE	RESEAU DE SANTE REUCARE
UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DE L'ILE DE LA REUNION	PRUDENCE CREOLE GROUPE GENERALI
GROUPEMENT DES MAISONS ET POLES DE SANTE DE L'OCEAN INDIEN	TECHNOPOLE DE LA REUNION
URPS SAGES-FEMMES	ASSOCIATION REUNIONNAISE DES PROFESSIONNELS DES TIC
URPS PHARMACIENS	IDEOSANTE
URPS INFIRMIERS	DOCAPOST
	BLUELINEA
	MEDECINDIRECT
	SYNAKENE
	ORANGE REUNION

## PLEXUS OI LE PROJET DE L'OCÉAN INDIEN EN SYNTHÈSE



### CONTEXTE

La Réunion est un département français d'outre-mer (DOM) de 2 500 km<sup>2</sup>. L'île est située dans l'Océan Indien et appartient à l'archipel des Mascareignes avec l'île Maurice et l'île Rodrigues.

L'île de La Réunion dispose d'un contexte sanitaire peu favorable. Le poids des maladies chroniques y est particulièrement élevé en raison de causes multifactorielles. Parmi ces causes, figurent des facteurs de prédisposition génétiques et des facteurs comportementaux.

### PLEXUS OI EN SYNTHÈSE

4 OBJECTIFS STRATÉGIQUES EN COHÉRENCE AVEC LA SNS ET LE PRS DE L'ARS OI		
Moderniser et intensifier la prévention	Améliorer le dépistage	
Fluidifier, coordonner et accélérer les parcours	Faire progresser la qualité de l'observance	
DÉPLOYÉES SUR LE TERRITOIRE NORD-EST (ST DENIS – STE MARIE – STE SUZANNE – CIRQUE DE MAFATE)		
Un bassin de 198 651 habitants (24% de la population de l'île) 24% du total séjour MCO – 30% des journées SSR & HAD		
POUR SUIVRE 4 MALADIES CHRONIQUES À TRÈS FORTE PRÉVALENCE,		
Diabète	Insuffisance rénale chronique	
Insuffisance cardiaque chronique	Accident vasculaire cérébral	
ET RÉPONDRE À 6 ATTENTES		
Amélioration des parcours	Epidémiologie & Veille sanitaire	
Recherche clinique & médico-économique	Services aux professionnels de santé	
Services aux patients/usagers	Case management	
AU TRAVERS DE 6 RÉALISATIONS TECHNOLOGIQUES		
Portail web patient/usager	Portail web professionnel de santé	
Plateforme de case management		
Datamining & Open Data	Pack Sérénité Libéraux	ROR
QUI S'APPUIE SUR UN EXISTANT EN PLACE STRUCTURÉ		
Une infrastructure déployée (R2S-Datacenter)	Socle applicatif fortement urbanisé	
Une maîtrise d'ouvrage régionale e-santé professionnelle et structurée		

### OBJECTIFS & IMPACTS

PLEXUS OI	Objectif 1 Prévention	Objectif 2 Dépistage	Objectif 3 Parcours de soin	Objectif 4 Observance
Diabète	Identifier les populations à risques et les sensibiliser	Inciter au dépistage	Améliorer l'échange et le partage d'informations	Améliorer l'éducation thérapeutique
Insuffisance rénale chronique	Identifier les populations à risques	Informé et inciter au dépistage	Accélérer la coordination	Sensibiliser au respect des mesures hygiéno-diététiques
Insuffisance cardiaque chronique	Identifier et surveiller les populations à risques	Informé et inciter au dépistage	Améliorer l'échange et le partage d'informations	Améliorer l'éducation thérapeutique
Accident vasculaire cérébral	Identifier les populations à risques et les sensibiliser	Informé et sensibiliser les patients et leurs familles	Faciliter le diagnostic et accélérer la prise en charge	Mettre à disposition des outils de surveillance

### ACTEURS ASSOCIÉS AU PROJET

<b>RÉFÉRENTS « DIABÈTE »</b> <b>Dr Xavier DEBUSSCHE</b> praticien endocrinologue au CHU <b>Dr Dominique RIEMENCE</b> médecin coordonnatrice médicale Réuicare	<b>RÉFÉRENTS « INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE »</b> <b>Dr. José GUISEIX</b> Président CME CHU, néphrologue CHU <b>Dr Robert GENIN</b> Chef de service néphrologie, CHU & mi-temps AURAR
<b>RÉFÉRENTS « INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE »</b> <b>Dr. Geoffroy RAMBAUD,</b> Cardiologue, Clinique Sainte-Clotilde <b>Dr. Franck MOSHINALY,</b> Cardiologue, CHU site Nord <b>Dr Olivier GEOFFROY,</b> Cardiologue, CHU site Sud	<b>RÉFÉRENTS « ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL »</b> <b>Dr. Julien DUFOUR</b> Médecin Généraliste, CHU, Coordinateur Régional Filière AVC <b>Mme Arlette HUREZ</b> Cadre de Santé, CHU, Coordinatrice Régional Filière

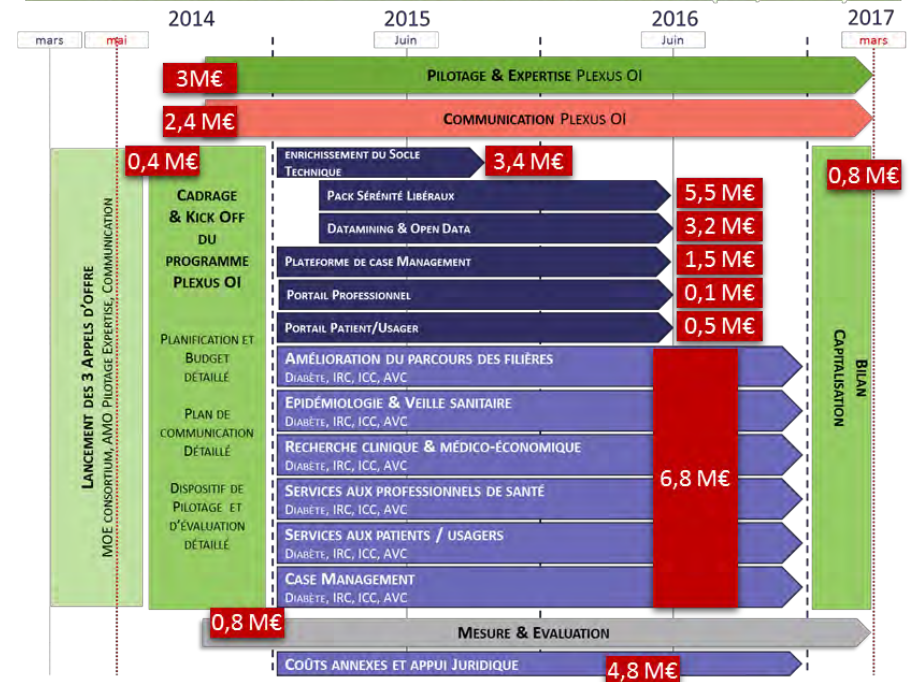
## SWOT

		POSITIF (POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF)	NÉGATIF (POUR ATTEINDRE L'OBJECTIF)
ORIGINE INTERNE	<b>Forces</b>	Le principe d'une solution répliquable, robuste et interopérable a été d'ores et déjà intégré, par construction, sur le socle technique de la plateforme existante Des acteurs de la prise en charge mobilisés (professionnels, et financeurs) et une ARS OI fortement sensibilisée sur la place des TIC dans les enjeux de Santé et le développement des parcours	<b>Faiblesses</b>
ORIGINE EXTERNE	<b>Opportunités</b>	Il existe un potentiel de mutualisation des ressources identifié et déjà partiellement organisé L'île de La Réunion peut faciliter l'accès au marché de l'Océan Indien  Le projet PLEXUS permet de relayer la stratégie d'investissements mise en œuvre dans le domaine et de contribuer au développement du dynamisme régional en matière de TIC	<b>Menaces</b>
			Le projet pourrait être confronté : A des freins au changement, observés sur le terrain malgré l'implication des chefs de file mobilisés À une incompréhension sur le choix officiel de limiter le projet PLEXUS, pour répondre aux critères TSN, à une partie du territoire réunionnais. Aux limites d'une démarche d'élaboration d'une solution mutualisée

## GOUVERNANCE



## CALENDRIER & PRINCIPAUX ÉLÉMENTS FINANCIERS (33,1 M€)



## 2 CONTEXTE GENERAL ET ENJEUX DU PROJET

### 2.1 COMPREHENSION DU CONTEXTE ET DES ENJEUX TSN

L'objectif du programme **TERRITOIRE DE SOINS NUMERIQUE** est de moderniser l'offre de soins au sein des établissements de santé (en lien avec le programme Hôpital Numérique), mais aussi en dehors de l'hôpital, en généralisant l'usage d'outils numériques par les professionnels et en permettant un accès facilité des usagers aux services de notre système de santé. Il consiste aussi à imaginer de nouvelles formes de suivi articulées autour d'acteurs coordonnés qui assureront une prise en charge globale et non calquée sur les spécialités médicales.

Afin d'éviter la multiplication des examens, la médecine de ville souhaite obtenir les comptes-rendus d'hospitalisation, les résultats de radiologie ou de biologie en temps réel. Par ailleurs, et plus particulièrement sur nos territoires éloignés, les outils nationaux (DMP, Messagerie sécurisée,...) sont encore mal compris. Un potentiel de développement très important existe pour irriguer le tissu sanitaire et médico-social de nos territoires.

De même, les actions de prévention et de promotion de la santé ont toute leur place à trouver au travers de moyens de communications modernes (Web 2.0). Les études épidémiologiques ne s'appuient que trop rarement sur des remontées d'informations issues du terrain ou directement des patients. Enfin, les réseaux de coordination traitent d'une voire de deux pathologies, mais ils ne regardent pas le patient dans toutes ses problématiques et dans toute sa complexité.

#### **Le projet de l'ARS Océan Indien s'articule autour de 3 axes :**

- ⇒ Un **portail « patient/usager »**, véritable concentrateur d'informations de santé qui concourt à l'amélioration de la prévention et à la connaissance de l'environnement sanitaire et épidémiologiques des usagers.
- ⇒ Un **portail « professionnels »** plateforme multiservices qui concentre les données de santé, les informations épidémiologiques et une palette d'outils facilitant l'exercice quotidien des professionnels de santé (Pack sérénité, e-learning dans le cadre du DPC, e-prescription, certificat de décès électronique...).
- ⇒ Une **plateforme de case management** qui garantit la prise en charge transversale des patients porteurs de maladies chroniques en impliquant de multiples intervenants et réduira la place historiquement majeure des soins aigus curatifs au profit des prises en charge préventives, dans une logique de parcours coordonné.

### 2.2 CONTEXTE ET ENJEUX DU BASSIN DE SANTE CONCERNE

#### 2.2.1 Contexte ultramarin et démographique

L'identité singulière de La Réunion est liée à sa dimension ultramarine, à son environnement international, aux mouvements de population induits, mais aussi au rapport des hommes et des femmes à leur santé face à des risques sanitaires, naturels et sociaux notables. La population de La Réunion est une population très jeune (37 % de la population de La Réunion a moins de 20 ans).

La croissance démographique se poursuit à un rythme soutenu et l'INSEE prévoit à l'horizon 2030, 1 million d'habitants à La Réunion. La fécondité des femmes se situe à un niveau largement supérieur à celui de la métropole (2,44 enfants par femme contre 1,98).

Par ailleurs, l'INSEE prévoit en 2030, 250 000 personnes âgées de plus de 60 ans, soit le ¼ de la population totale de La Réunion. Les situations d'incapacité et de dépendance apparaissent plus précocement, et le processus de vieillissement intervient plus tôt à La Réunion. Dès 50 ans, les Réunionnais apparaissent en moins bon état de santé que les métropolitains. Les déficiences motrices, viscérales et intellectuelles ont des taux de prévalence supérieurs de 20 points à ceux des métropolitains, en particulier aux âges les plus avancés

### 2.2.2 Contexte socio-économique et environnemental

La Réunion est une des régions françaises les plus exposées aux risques naturels en raison de ses conditions climatiques extrêmes (cyclones, fortes pluies), de son contexte géodynamique (volcanisme actif, sismicité modérée) et de sa morphologie héritée de son histoire géologique récente (mouvements de terrain, érosion). Il existe un retard important en matière d'infrastructures d'adductions d'eau de consommation humaine. Un peu plus de la moitié des eaux distribuées par les réseaux publics proviennent de captages d'eaux superficielles, donc très vulnérables aux sources de pollution.

### 2.2.3 Des inégalités de mortalité

Malgré une constante augmentation, l'espérance de vie reste inférieure à celle de la métropole (77 ans à La Réunion, 81 ans en métropole). Les indices comparatifs montrent une surmortalité globale par rapport à la métropole, surmortalité qui concerne surtout les hommes. Alors que les cancers sont la première cause de mortalité en métropole (30% des décès), les maladies cardio-vasculaires sont au premier rang à La Réunion. Les indices révèlent une surmortalité des hommes par rapport à la métropole pour les pathologies suivantes : asthme, maladies endocriniennes, conséquences de l'abus d'alcool, accidents de transport, et une surmortalité chez les femmes due au diabète sucré, l'asthme, les pathologies liées à la période périnatale.

### 2.2.4 Des inégalités sociales

Malgré les avancées dans les connaissances et les techniques en médecine, le développement de la prévention et l'amélioration des conditions socio-économiques, les écarts en matière de santé entre catégories sociales ne se sont pas réduits. 92 % d'enfants de cadres n'ont aucune dent cariée contre 77 % d'enfants d'employés et d'ouvriers et la proportion d'enfants obèses chez les enfants d'ouvriers est de 14,6 % contre 6,3 % chez les enfants de cadres. Une enquête en population générale a révélé une corrélation entre l'infection à Chikungunya de 2006 et les facteurs socioculturels. La séroprévalence est liée à l'âge passant de 26,6 % pour les moins de 10 ans et atteignant plus de 45 % chez les 80 ans et plus. La fréquence était de 39,9 % pour les personnes nées à La Réunion contre 23 % pour les personnes nées en France métropolitaine. Une bonne maîtrise de la lecture, le fait d'avoir une activité professionnelle ou de suivre des études a été considéré comme un facteur protecteur vis-à-vis de l'infection à Chikungunya.

Par ailleurs, les diagnostics de santé réalisés dans le cadre des ateliers santé ville ont mis en avant un sentiment de mal-être, d'isolement, et de souffrance psychique. Ainsi, la santé semble liée fortement aux activités, qu'elles soient sportives et/ou culturelles, et à l'appartenance à un groupe social. Les problèmes d'accès aux soins sont particulièrement ressentis par les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes isolées et les personnes en situation précaire. Toutes ces inégalités qui touchent l'individu dans sa vie quotidienne ont un retentissement en terme de santé. Il faut savoir qu'à

La Réunion, 16,2% de la population est bénéficiaire de la CMU Base : 134 659 personnes (CMU-C : 291 965 personnes à juin 2013).

## 2.2.5 Des inégalités territoriales

Les espérances de vie varient de 71,5 ans à Cilaos à 77,6 ans à Petite Île. Les 2 cirques de Cilaos et de Salazie sont particulièrement marqués par une importante mortalité masculine, associée à une surconsommation d'alcool, aux maladies métaboliques et à une mauvaise hygiène de vie. Les communes les plus isolées géographiquement (La Plaine des Palmistes, Salazie, Saint Joseph, Saint Philippe, Cilaos) sont les plus exposées aux décès d'enfants de moins de 1 an.

Selon une récente publication de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé, seul le canton de Saint-Paul est identifié comme une zone de surmortalité par maladies vasculaires cérébrales, par maladies infectieuses et de sous-mortalités par cancer et par cardiopathie ischémiques.

Concernant l'offre de soins, La Réunion est la région française la moins bien dotée pour le court séjour hospitalier, excepté en gynécologie-obstétrique. Par ailleurs, les taux de recours aux soins hospitaliers sont inférieurs à ceux observés en métropole quel que soit l'âge, en chirurgie et dans une moindre mesure en médecine selon les données 2009 issues des systèmes d'information hospitaliers. En revanche, on note une prise en charge satisfaisante des soins de 1er recours et une place importante des médecins généralistes libéraux auprès de la population. On constate ainsi que 65% des cantons de La Réunion sont relativement bien dotés en professionnels de santé libéraux (sauf en médecins spécialistes libéraux) mais avec des temps d'accès importants aux établissements de santé (nord, ouest, sud). Par contre, le bassin de vie est du territoire nord-est est classé en zone rurale/ périurbaine avec des densités réduites de professionnels de santé libéraux et des délais d'accès aux établissements de santé plus longs.

La dépense de santé 2009 est d'environ 2 055€ (indexation comprise) par personne protégée (2 311 € Métropole). De même, la dépense en soins de ville est d'environ 1 017 € (1 047 € Métropole) ; la dépense en soins hospitaliers est d'environ 881€ par personne protégée (1 029 € Métropole).

## 2.2.6 L'émergence des maladies chroniques

### 2.2.6.1 Le diabète

Parmi les causes du diabète, figurent des facteurs de prédisposition génétique mais ce sont surtout les facteurs comportementaux liés à l'évolution des modes de vie et de consommation qui expliquent la progression du diabète : sédentarité, surpoids, obésité.

La population adulte réunionnaise est concernée par les problèmes d'obésité avec des prévalences de l'ordre de 35 % pour le surpoids et de 15 % pour l'obésité, contre respectivement 30 % et 11 % au niveau national. Les prévalences de l'obésité augmentent avec l'âge, et ce de manière très nette chez les femmes où le taux de prévalence passe de 14 % chez les 30-39 ans, à 20 % chez les 40-49 ans et atteint 27 % chez les 50-59 ans. Le pourcentage de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement est estimé à 7,8 % de la population en 2007 et 8,8% en 2008 (chiffres CGSS), soit plus du double de celle observée en métropole (3,9 %), ce qui place probablement l'île en tête de toutes les régions de France. Cependant, la prévalence du diabète traité ne tient pas compte des diabétiques connus non traités et des cas non diagnostiqués. L'enquête REDIA en 1999-2001 a ainsi montré qu'un tiers des diabétiques ignoraient qu'ils étaient malades au moment de l'enquête. Selon

cette étude, parmi les Réunionnais de 30-69 ans, la prévalence du diabète connu (traité et non traité) était estimée à 11,9 %, la prévalence totale brute (diabète connu + diabète dépisté) à 18,1% et la prévalence totale corrigée, à 20,9%.

Les complications du diabète sont fréquentes et graves : cécité, maladies rénales, plaies du pied conduisant parfois à l'amputation, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral (AVC), ... Elles sont toutefois évitables au prix d'un très bon auto contrôle de la maladie.

Une diversité d'acteurs intervient dans la prévention du diabète aussi bien dans le cadre d'actions menées en population générale (dépistage précoce de la maladie, promotion de l'activité physique adaptée et de l'alimentation équilibrée) que dans le cadre d'actions en faveur des patients diabétiques (éducation thérapeutique).

Le diabète représente le 2ème motif d'admissions en ALD à La Réunion, soit 28% de l'ensemble des admissions, derrière les maladies cardiovasculaires (35%) et devant les cancers (13%). Entre 2008 et 2010, près de 3 900 Réunionnais ont été admis en Affections de Longue Durée (ALD) pour diabète en moyenne chaque année, les trois quarts d'entre eux ont moins de 65 ans. Au 31 décembre 2010, plus de 42 000 personnes bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour diabète à La Réunion. Le taux standardisé de prévalence des inscriptions en ALD pour diabète, estimé à 7,1% sur l'île, est deux fois plus élevé que le taux métropolitain (3,3%).

En 2011, plus de 3 300 séjours en hospitalisation complète ayant pour diagnostic principal le diabète ont été recensés sur l'île, soit un taux brut régional de 4 séjours pour 1 000 Réunionnais.

Sur la période 2008-2010, près de 250 décès liés au diabète ont été enregistrés, en moyenne chaque année, à La Réunion. Le quart d'entre eux survient avant 65 ans. Le taux standardisé de mortalité lié au diabète est de 62 décès pour 100 000 habitants sur l'île, soit près de 4 fois le taux métropolitain.

Les premiers acteurs de la prise en charge du patient diabétique sont les médecins généralistes libéraux et les infirmiers libéraux qui assurent le suivi à domicile. Les podologues-pédicures sont également associés à l'offre de soins de premier recours en cas de diabète. Avec 54 podologues-pédicures en activité sur l'île au 1er janvier 2013, la densité régionale de ces professionnels est 3 fois inférieure à celle observée au niveau national.

Les autres professionnels de santé concernés par le diabète et ses complications sont divers : endocrinologues et ophtalmologues pour le suivi courant des patients, cardiologues en cas de comorbidité cardiovasculaire associée, néphrologues à l'apparition des premiers signes d'insuffisance rénale chronique,...

Au 1er janvier 2013, on dénombre près de 150 médecins spécialistes (hors médecins généralistes) concernés par la prise en charge du diabète et de ses complications à La Réunion, dont 66 cardiologues, 17 endocrinologues, 42 ophtalmologues et 24 néphrologues.

La prise en charge hospitalière spécialisée des patients diabétiques est assurée par les 2 services de diabétologie - endocrinologie au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de La Réunion (site Nord et site Sud), ainsi que par le service de médecine interne – diabétologie du Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER).

### 2.2.6.2 L'insuffisance rénale chronique

En 2011, 217 patients ont été nouvellement traités pour Insuffisance rénale chronique terminale IRCT à La Réunion, dont 215 par dialyse. Au total, plus de 1 600 personnes souffraient d'IRCT traitée à La Réunion fin 2011 dont 1 308 (80%) traitées par dialyse et 323 (20%) porteuses d'un greffon fonctionnel.

Le taux standardisé de prévalence de l'IRCT traitée par dialyse est estimé à 235 patients traités pour 100 000 habitants au 31 décembre 2011 à La Réunion, soit près de 4 fois le taux enregistré dans les 25 régions françaises participant au registre REIN (pour lesquelles les données sont disponibles). Au 1er janvier 2012, 193 malades domiciliés à La Réunion étaient inscrits sur la liste nationale d'attente pour bénéficier d'une greffe rénale (77 nouveaux inscrits en 2012). En 2012, 31 greffes rénales ont été réalisées à La Réunion à partir de donneurs en état de mort encéphalique.

Entre 2009 et 2011, près de 280 patients ont été admis en ALD pour IRC, en moyenne chaque année à La Réunion. Plus de 4 patients admis en ALD sur 10 avaient moins de 65 ans. Fin 2011, plus de 1 900 personnes bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour IRC. Sur la période 2008-2010, 29 décès par IRC ont été enregistrés, en moyenne chaque année, à La Réunion. Le taux standardisé de mortalité par IRC est de 7 décès pour 100 000 habitants sur l'île, contre 4 pour 100 000 habitants en métropole.

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de La Réunion (site Nord et Sud) et la clinique Sainte-Clotilde disposent de services de néphrologie qui constituent des centres de recours pour la prise en charge des pathologies rénales et des patients en IRC. Le CHU (site Nord) est le seul établissement autorisé à réaliser des greffes rénales à La Réunion. Pour le traitement par dialyse, La Réunion dispose au 1er janvier 2013 de 8 centres d'Hémodialyse en Centre pour les patients dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin, 6 Unités de Dialyse Médicalisée pour les patients nécessitant une présence médicale non continue, 13 unités d'autodialyse pour les patients assurant seuls ou avec l'assistance d'une infirmière les gestes nécessaires à la réalisation de leur séance de dialyse, et une activité régionale de dialyse péritonéale.

### 2.2.6.3 Les pathologies cardio-vasculaires (ICC et AVC)

Près de 700 réunionnais ont été nouvellement admis en Affection de Longue Durée (ALD) en moyenne chaque année pour AVC invalidant sur la période 2009-2011. Dans plus de la moitié des cas (54%), l'admission survenait avant 65 ans (35% en métropole), avec une précocité plus marquée chez les hommes. Le taux standardisé d'admissions en ALD est près de 2 fois supérieur sur l'île par rapport à la métropole. Au total, près de 4 300 réunionnais bénéficiaient de l'ALD 1 pour AVC invalidant au 31/12/2011. Plus de 1 400 patients ont été hospitalisés pour AVC en 2012 après passage dans un des 4 services des urgences de l'île.

Les maladies vasculaires cérébrales ont causé 331 décès en moyenne chaque année sur la période 2008-2010 sur l'île (soit 8% de l'ensemble des décès et 28% des décès par maladies cardio-vasculaires). Les AVC représentaient 90% des décès par maladies vasculaires cérébrales. La mortalité masculine par maladies vasculaires cérébrales est 1,6 fois plus élevée que celle des femmes sur l'île (en particulier avant 65 ans). La région se caractérise par une surmortalité par rapport à la métropole, plus nette chez les hommes.

Les taux comparatifs de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont en baisse globale (-21% entre 2000 et 2007). Cette baisse est identique à celle de la France entière (-22%) et on l'attribue en



partie à la prévention, en partie aux progrès effectués dans la prise en charge. Néanmoins, la mortalité par cardiopathie ischémique a diminué de façon moins marquée qu'en métropole (-17% versus -26%), et La Réunion apparaît en surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale (+32%). Par ailleurs, les accidents cardiaques surviennent en moyenne 7 ans plus tôt à La Réunion.

#### *2.2.6.4 Le vieillissement de la population*

L'INSEE prévoit en 2030, 250 000 personnes âgées de plus de 60 ans, soit le ¼ de la population totale de La Réunion.

Les situations d'incapacité et de dépendance apparaissent plus précocement, et le processus de vieillissement intervient plus tôt à La Réunion. Dès 50 ans, les Réunionnais apparaissent en moins bon état de santé que les métropolitains. Les déficiences motrices, viscérales et intellectuelles ont des taux de prévalence supérieurs de 20 points à ceux des métropolitains, en particulier aux âges les plus avancés.

## 2.3 LA PERTINENCE DU PROJET

### 2.3.1 PLEXUS OI : en cohérence avec les politiques nationales et leur déclinaisons territoriales

Le projet PLEXUS-OI est en cohérence avec les axes structurants de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) et avec ceux du plan stratégique de santé (PRS).

#### *2.3.1.1 Faire le choix de la prévention et agir tôt et fortement sur tout ce qui influe sur notre santé*

Notre système de santé doit donner toute sa place à la prévention, volet négligé depuis des décennies, levier majeur de réduction de la mortalité et de la morbidité évitables, et à la prise en compte des déterminants de santé qui agissent en amont sur l'évolution de notre état de santé. Le projet de La Réunion va permettre d'identifier et de combler les manques en matière de prévention. Thématique par thématique, des modules de e-Learning seront mis en place à destination des patients/usagers et de manière coordonnée à destination des professionnels de santé afin de sensibiliser les acteurs aux différentes approches et techniques de prise en charge et d'accompagnement.

#### *2.3.1.2 Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : la révolution du premier recours.*

L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé et de sa prise en charge intégrant les logiques d'éducation thérapeutique, de dépistage, de promotion de la santé et de modification des modes de vie. PLEXUS ambitionne clairement de répondre à ce défi. La mise en place d'une ou plusieurs plateformes de dépistage, coordination, suivi et télésurveillance va permettre de renforcer le premier recours en mobilisant les moyens nécessaires à la mise en réseau des acteurs et en s'appuyant sur les nouvelles technologies pour assurer un suivi efficace et protecteur.

### *2.3.1.3 Affirmer la démocratie sanitaire*

Pour affirmer la démocratie sanitaire, il faut, au préalable, donner accès aux informations de santé. C'est en souhaitant positionner le patient au cœur du parcours de soins que le projet PLEXUS vise à lui donner un accès privilégié aux informations de santé qui le concernent et qui servent la coordination de sa prise en charge. Les associations de patients et d'usagers auront également la possibilité d'interagir sur les briques fonctionnelles de PLEXUS en recherchant de manière récurrente des axes d'amélioration.

### *2.3.1.4 Faciliter l'installation des jeunes médecins et transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé*

Afin de faciliter l'installation des médecins, le projet PLEXUS prévoit la construction d'un pack professionnel appelé « pack sérénité ». Il est prévu que ce pack comprenne un logiciel de gestion de cabinet en mode Software As a Service (SAaS), un logiciel métier type Vidal (SAaS), une connexion au réseau R2S<sup>1</sup>, des outils de travail collaboratifs qui permettent d'échanger de l'information et de participer éventuellement à des réunions de concertation pluridisciplinaires, ainsi que la sauvegarde sécurisée (sur Datacenter Régional) des données du cabinet. PLEXUS vise à faire de la Réunion un territoire d'excellence propice aux innovations et modes innovants d'exercice de l'art médical, cette ambition doit rendre attractive notre région. D'ores et déjà, des développements sont en cours afin de doter les cabinets, les maisons de santé et les pôles de santé de dossiers de coordination auxquels sont adossés des plans personnalisés de soins génériques.

### *2.3.1.5 Bien connaître pour mieux agir*

Le premier axe de travail du Projet régional de santé pour La Réunion et Mayotte porte sur la connaissance en matière de santé. Il s'agit de mieux connaître l'état de santé de la population, d'identifier plus finement les causes des maladies, et les facteurs comportementaux sur lesquels il faut agir. Il s'agit aussi de partager cette connaissance en développant une culture approfondie et multidisciplinaire étendue à toutes les dimensions de la santé associant tous les acteurs (malades, usagers, professionnels de la santé, anthropologues, sociologues, élus politiques,...). Un des enjeux de PLEXUS à faciliter la circulation de l'information entre tous ; cela devrait accélérer et amplifier le travail collaboratif nécessaire pour y parvenir.

### *2.3.1.6 Promouvoir un espace favorable à la santé*

Il convient de porter une attention renforcée à la santé des populations les plus vulnérables en lien avec les collectivités territoriales, du fait de leurs connaissances des situations locales et avec l'appui de l'ensemble des services de l'Etat.

Il est nécessaire d'améliorer le dispositif global de santé en développant l'offre et en favorisant la coordination des différents secteurs (prévention, soins ambulatoires et hospitaliers et accompagnement médico-social), l'accessibilité à des prises en charge de qualité, la formation, l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé. Il s'agit là, du cœur du projet PLEXUS. La promotion et la mise en œuvre d'un espace favorable à la santé en :

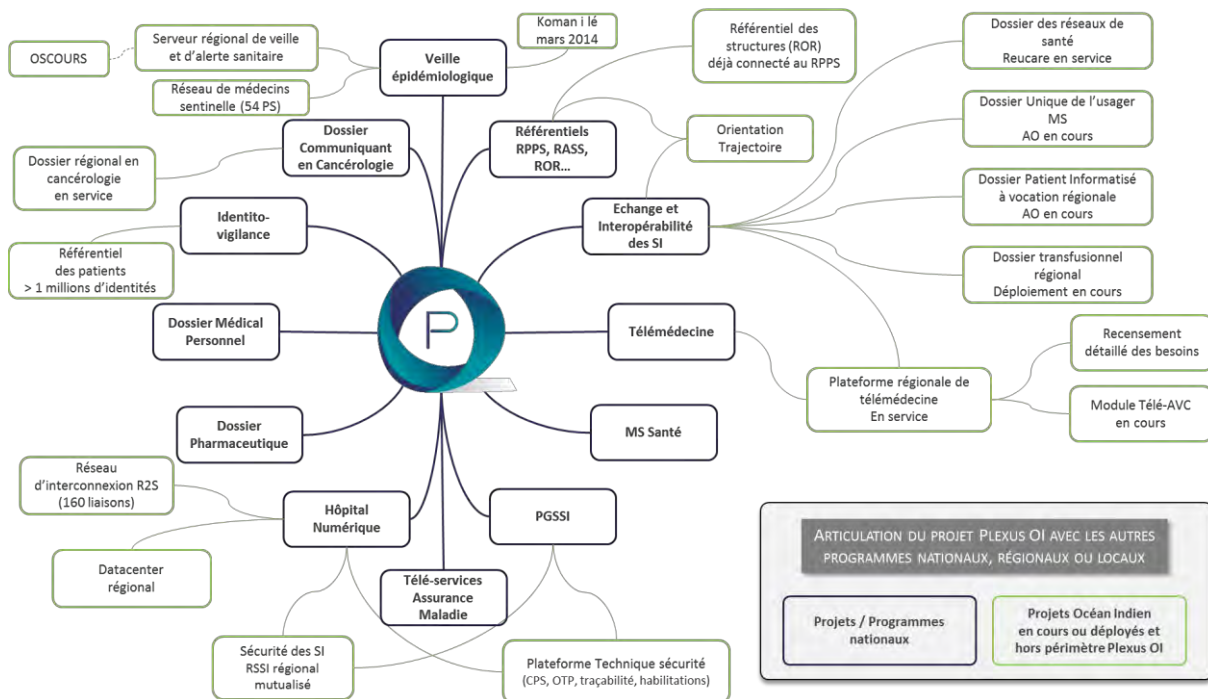
- ✓ permettant aux patients et professionnels de santé de disposer de la bonne information au bon moment

---

<sup>1</sup> Réseau d'interconnexion santé social

- ✓ facilitant le travail des acteurs de terrain
- ✓ tissant des liens entre eux, et, entre eux et les structures de soins ou de prise en charge médico-social.
- ✓ construisant des espaces de dépistage, de coordination, de suivis et de télésurveillance.
- ✓ diffusant les messages de prévention selon les bons vecteurs de communication
- ✓ faisant le lien avec les outils nationaux.

## 2.3.2 PLEXUS OI : réponse aux programmes et projets nationaux complémentaire à l'existant



Le projet PLEXUS OI constitue une réponse cohérente aux projets et programmes nationaux déclinés sur le territoire dans le PRS et son volet SI et Télémédecine, le PSIT<sup>2</sup>.

Au-delà du périmètre adressé par PLEXUS OI et décrit dans ce document, l'ARS OI, le GCS TESIS et ses adhérents, déploient ou ont déjà déployé de très nombreux outils qui viennent le compléter et l'enrichir :

Le **serveur régional de veille et d'alerte sanitaire** est en place depuis 2006 et organise la remonté des Résumés de Passage aux Urgences à l'INVS.

Le réseau **OSCOURS** est un système de surveillance qui repose sur l'ensemble des activités d'urgence, SAMU, centre 15 de la Réunion et de Mayotte. Un **réseau de médecins sentinelles** est déjà en place et est constitué de 54 professionnels de santé.

Porté par l'ARS OI, l'OMS et l'INVS avec la CIRE Océan Indien, le module « **population sentinelle** » **koman i lé** ([www.koman-i-le.re](http://www.koman-i-le.re)) est en cours de lancement et vise à suivre un échantillon de la population réunionnaise à des fins de surveillance épidémiologique et d'étude.

<sup>2</sup> Programme des Systèmes d'Information et de Télémédecine

Le **référentiel des structures (ROR)** est en service et déjà alimenté chaque mois avec le RPPS.

La solution **Trajectoire** est déployée sur l'ensemble des SSR du territoire et sur les MCO de l'ouest. Le déploiement est en cours sur l'ensemble des MCO de l'île.

Le **réseau ReuCARE**, qui vise à prévenir les complications cardio-vasculaires et rénales, dispose depuis 2012 d'un outil métier urbanisé avec l'infrastructure applicative régionale. Sa généralisation à l'ensemble des autres réseaux est programmée.

2 appels d'offres sont actuellement en cours et visent à construire et déployer progressivement à l'échelle du territoire, un **dossier unique de l'utilisateur médico-social** ainsi qu'un **dossier patient informatisé à vocation régionale**.

Un **dossier transfusionnel régional** en cours de déploiement permettant d'assurer la traçabilité tout au long de la chaîne transfusionnelle.

Une **plateforme régionale de télémédecine** urbanisée avec l'infrastructure applicative régionale et destinée à servir l'intégralité des besoins en matière de télémédecine a été récemment acquise. Un recensement détaillé des besoins du territoire est en cours et un module de prise en charge des AVC phase aiguë est en cours de déploiement.

Une **plateforme technique sécurité** est constituée d'un serveur d'habilitation ouvert qui respecte les obligations réglementaires en matière de confidentialité des données, de traçabilité des actions, de gestion des accès (carte CPS et OTP) ainsi que les standards et normes d'interopérabilité.

Le GCS TESIS a recruté, avec l'appui financier de l'ARS OI, un **expert sécurité des SI mutualisé** qui est financé par 7 des adhérents du groupement à la hauteur du temps passé chez eux.

Le **réseau d'interconnexion haut débit et crypté R2S**, rassemble près de 120 sites et 160 liaisons. Il est en place depuis début 2012.

Un **datacenter régional** est en place depuis juillet 2013, le dossier d'agrément est en cours de dépôt.

Un **référentiel des patients**, appuyé sous l'angle organisationnel par la cellule régionale d'identito-vigilance, contient à ce jour plus d'un millions d'identité et qui est interconnecté avec la base patient du CHU de La Réunion

Le **dossier régional en cancérologie** est déployé et généralisé à la presque totalité des Réunion de Concertation Pluridisciplinaires des deux îles.

### 2.3.3 PLEXUS OI : des objectifs de réalisation en lien avec les attentes territoriales

L'ARS OI et le GCS ont fait le choix d'ancrer le projet dans des réalisations permettant :

- ✓ D'assurer le **développement des usages** par le déploiement de solutions favorisant l'échange d'informations et l'intervention à distance
  - Au plus près des praticiens et acteurs du parcours de Santé
  - S'appuyant sur des réseaux et acteurs/relais locaux en premier recours.

- Au plus près des patients et des usagers par le biais d'équipements communicants (à domicile et en structure d'hébergement, médicaux & domotique)
- Ouvrant des perspectives de coopération pour les prises en charge spécialisées des patients des pays de l'Océan Indien.
- ✓ De prendre en compte la **logique de parcours** dans ses dimensions médicales et médico-sociales. Notre conviction s'appuie sur le fait que l'identification, la gestion active et préventive des situations de rupture sont au centre du dispositif. Ces principes sont déclinables à l'ensemble des filières de soins et de prise en charge.
- ✓ De mettre en place un dispositif de **Supervision, Coordination et de Gestion des cas**, relais des acteurs du territoire et des usagers
  - Proposant des services favorisant la coopération et la coordination des acteurs (agendas partagés – prise de rendez-vous, dossiers commun)
  - Agrégeant des services mis en place par espaces sécurisés, plateforme de visioconférence, orientations – gestion dynamique des files d'attente en lien avec le projet Trajectoire et DUMS, concertation pluridisciplinaire...)
  - Assurant le premier appel auprès des professionnels et des usagers (hors urgence)
  - Offrant la possibilité de créer des parcours de prise en charge (ou plan de soin selon) adaptés au contexte. Il vise à planifier et suivre la prise en charge (workflow).
  - Suivi des activités
- ✓ De mettre en place un **dispositif d'évaluation médico-économique**
  - Visant à démontrer la rationalisation des dépenses de santé
    - En renforçant le dépistage
    - En évitant les complications des maladies chroniques dépistées
    - En évitant des journées d'hospitalisation grâce à un meilleur suivi des cas
  - Visant à définir un plan de financement qui, si à l'origine s'appuie sur des subventions pour assurer la prise en charge des coûts d'investissements et de fonctionnement, vise à terme à définir des mécanismes de financement alternatifs :
    - Un reversement d'une partie des économies réalisées (sur les coûts directs)
    - Un modèle de facturation forfaitaire (au regard du coût global comparé par exemple)
    - Un modèle qui intègre un engagement de résultat (qualitatif et quantitatif)
  - S'appuyant sur une évaluation de l'impact (médico-économique) sur la cohorte – groupe témoin
- ✓ De proposer un **espace dédié à la connaissance et à la formation** adaptée au besoin (Formation en ligne : E-learning, MOOC<sup>3</sup>, serious game...)
  - Pour les professionnels
  - Pour les usagers :
    - prévention, éducation thérapeutique...
    - offre de soins
- ✓ De disposer d'un système permettant de **valoriser l'information de Santé (Datamining- Big Data)**

<sup>3</sup> « Massive Open Online Course »

- De restituer les éléments nécessaires à l'évaluation et au pilotage de l'offre de soins sur le territoire
- De développer des services à destination des usagers et des PS
- De réaliser des ciblage pertinent dans le contexte précis des filières retenues dans le cadre du projet afin d'adresser les patients et usagers vers les services PLEXUS
- De constituer une base de données enrichie et un environnement permettant d'exploiter l'information à des fins :
  - de recherche clinique et translationnelle
  - de veille épidémiologique

### 2.3.4 PLEXUS OI : réponse aux contraintes locales et inscription dans une démarche à vocation industrielle & partenariale

L'ARS Océan Indien souhaite réunir les conditions nécessaires pour impulser le développement d'une plateforme de soutien aux parcours de prise en charge des patients et d'accompagnement des usagers. Cette plateforme propose des services qui concourent à la **fluidification du parcours**, par une meilleure coordination des acteurs du territoire, qui améliorent les réponses apportées aux **situations d'urgence** et, plus largement, aux **situations de ruptures**.

**La mise en œuvre de la plateforme de case management doit répondre à plusieurs exigences :**

**Le développement des services doit s'inscrire dans un projet médical** dont les priorités portent sur 4 filières. Le déploiement de ces services s'accompagne de l'évolution de l'organisation médicale et médico-sociale sur l'île afin de coordonner au mieux l'allocation des ressources (humaines, matérielles et financières), moderniser les modes de prise en charge en proposant des services innovants et des alternatives à la prise en charge pratiquée jusqu'alors et enfin, un dispositif d'évaluation et de pilotage du dispositif médical (prévention, prise en charge et veille sanitaire).

**La conception du projet doit être propice à l'innovation et à la construction partenariale entre les industriels**, l'ARS OI et les professionnels de santé. Si les principes directeurs du projet ainsi que la cible fonctionnelle de la plateforme sont définis dès le lancement du projet, il est entendu que la trajectoire et les modalités de mise en œuvre devront être ajustées au fur et à mesure du développement de la plateforme pour répondre au mieux aux besoins et aux moyens affectés au développement du projet. Le modèle de gouvernance du projet prévoit à cet effet des instances de concertations avec les usagers/patients, les partenaires et professionnels de santé, porteurs des usages et de l'évolution de l'organisation médicale, ainsi qu'une instance d'évaluation médico-économique du projet. Par ailleurs, par construction, le projet prévoit dès le départ, l'objectif de définir et d'évaluer, avec les industriels, le modèle économique qui soutiendra le développement et la pérennisation de la solution et du consortium industriel qui la développe. A cet égard, TSN est une opportunité pour accélérer le développement de la plateforme PLEXUS, dont les briques techniques centrales avaient été initiées par le GCS TESIS. L'ARS OI souhaite soutenir un projet porté par un consortium qui réunit des industriels capables de répondre non seulement aux exigences d'une commande publique mais de s'approprier et développer une offre de service répliquable sur d'autres territoires. Dans cette perspective, ce projet industriel doit permettre de dégager les marges bénéficiaires pour assurer le développement de la plateforme (et sa répliquabilité) d'une part, et pour les professionnels de santé d'autre part, de pouvoir bénéficier de services technologiques fiables et économiquement viables pour répondre aux objectifs stratégiques qui ont été fixés par l'ARS OI. Ces principes supposent donc d'être vigilant sur le modèle de gouvernance adopté par le consortium et par anticipation, que le marché MOE prévoit la transition

entre la construction du projet, le transfert de responsabilité de la puissance publique vers le consortium et les modalités d'usage des services déployés.

**PLEXUS OI doit prendre en compte les spécificités locales** tout en visant à être redéployé sur d'autres territoires (et en dehors des frontières). Cet objectif adresse tant le fait que l'organisation médicale est propre à chacun des territoires, que le fait qu'un tissu local de partenaires industriels existe et qu'il contribue aux services déjà déployés.

L'appel à projet TSN est vu comme un formidable accélérateur des travaux déjà démarrés dans l'Océan Indien : le déploiement d'une cible régionale construite et partagée par les adhérents du groupement de coopération Sanitaire TESIS. PLEXUS OI constitue par conséquent une étape importante d'une trajectoire à la cible qui va bien au-delà de 2017.

**Les principes directeurs au modèle économique et au financement du projet sont les suivants :**

✓ **Durant toute la vie du projet (de mai 2014 à mars 2017)**

- Les fonds TSN et ARS OI, financent tout ou partie de la phase de construction, de mise en place et un début d'exploitation qui se terminera par un bilan validant la pertinence, la pérennité et la reproductibilité du modèle économique.
- Les industriels du consortium doivent contribuer aux efforts d'investissement initiaux soit directement, soit au travers d'offres services/produits à des tarifs préférentiels.
- Le niveau de contribution des différents partenaires (tutelle et consortium), devra se faire de manière transparente et prendre en compte la prise des risques concédée par les différents partenaires.

✓ **A l'issue du projet (mars 2017)**

- Les industriels, les professionnels de santé, et autre acteurs du financement de la santé (Assurance Maladie, complémentaires santé, mutuelles, patients) devront impérativement tendre vers un modèle où la totalité des coûts d'exploitation et de renouvellement sont financés sans aucun recours à des fonds ARS OI.
- Le modèle de facturation doit par conséquent être défini au regard du service rendu et de la contribution à la définition de nouvelles marges budgétaires :
  - de part les économies réalisées en matière de dépenses de soins,
  - de part la contribution directe des structures parties prenantes du parcours de santé
  - de part le bénéfice d'une mutualisation des services avec d'autres territoires que l'île de La Réunion. Il s'agit ici, pour le consortium d'étendre l'utilisation de la plateforme à d'autres marchés et d'y trouver retour sur investissements.

Par ailleurs, le principe du partenariat impose que le consortium cherche à optimiser sa marge bénéficiaire (à service égal) en réalisant les investissements nécessaires pour optimiser le coût de possession du service sans compter sur les fonds publics. Cet objectif ne devra, en aucun cas, être un frein au développement de services à valeur ajoutée du point de vue des utilisateurs.

Ces principes ainsi posés, il s'agit de déterminer les mécanismes de financement de la plateforme PLEXUS, nécessaires au démarrage du projet (build) jusqu'à la bascule en mode croisière de la solution (run).

Le paiement à l'usage peut faire l'objet de différentes variantes qui permettront, à terme de définir des mécanismes de financement qui prendront le relai aux fonds d'amorçage (fonds TSN et fonds ARS OI en fond propre ou au titre du FIR) :

- ✓ Un modèle de **paiement différencié** : Mixité des modes de paiement (forfait & usages), Paiement/bonus à la performance, bundled payment
  - Un modèle de facturation forfaitaire sur un nombre de patients pris en charge (au regard du coût global comparé par exemple sur la globalité de la population concernée ou en fonction d'une segmentation de la population)
  - Un modèle qui intègre un engagement de résultat (qualitatif et quantitatif) qui repose sur une maîtrise des métriques du projet médical
- ✓ Un modèle **lié à l'usage** de services :
  - SaaS
  - Actes / transactions (par service de la plateforme et refacturés aux structures qui les utilisent par exemple)
  - Nombre de prises en charge
- ✓ Un **versement d'une partie des économies** réalisées (sur les coûts directs) en complément d'un forfait à l'usage par exemple
- ✓ Une **évaluation plus large** que l'expression d'une rentabilité financière issue de l'économie de coûts ou de gains directs qui intègre des principes propres à l'économie de la Santé. En l'occurrence, il pourrait s'agir d'évaluer l'intérêt des services proposés en fonction de leurs effets escomptés à la fois sur l'espérance de vie et la qualité de vie (QALY, DALY...) par exemple.

A cet égard, un profil économiste de la santé, travaillant en lien avec des laboratoires de recherche nous semble indispensable pour porter un regard innovant permettant d'identifier des pistes de financements alternatifs. Devront également être prises en compte les évolutions conventionnelles et les nouveaux modes de rémunérations déjà avancés et qui soutiendront la révolution du premier recours inscrite dans la stratégie nationale de santé.

**L'ensemble de ces hypothèses est à valider lors de la phase de consultation des entreprises et devra être évalué lors du projet (sur la période 2014-2017).**

Cette évaluation doit s'appuyer :

- ✓ sur une évaluation de l'impact médico-économique appliquée au bassin de population concernée par le projet. Celle-ci doit être confortée par une observation d'un groupe témoin sur le territoire et doit permettre de prendre en compte objectivement les impacts dont l'origine est endogène au projet,
- ✓ sur un calcul du coût complet de la prise en charge pour la population (prise en charge par PLEXUS et hors PLEXUS). Ce principe suppose une gestion rigoureuse du coût de mise en œuvre du projet et des services déployés (ressources médicales comprises).

**A cet égard, le consortium doit être partie prenante dans l'évaluation factuelle des impacts des services dont il a la charge et s'engager, auprès de l'ARS OI, à garantir la pérennité du dispositif au-delà de l'échéance TSN.**

## 2.3.5 PLEXUS OI : référence visible de la zone Océan Indien

### *2.3.5.1 Des opportunités de renforcer les coopérations sanitaires dans l'Océan Indien*

La zone sud-ouest de l'Océan Indien abrite une population d'environ 20 millions d'habitants et regroupe des pays aux situations économiques très diverses. Cette même disparité caractérise les données sur l'état de santé des populations et l'accessibilité aux soins : tous les pays ne disposent pas



d'infrastructures et d'équipes médicales permettant des prises en charge très spécialisées et coûteuses.

Des patients venant des pays de la zone ont donc recours à des systèmes de soins à l'étranger. Les établissements de la Réunion accueillent ainsi des patients de l'ensemble de la zone Océan Indien et ont tissé des relations privilégiées de coopération internationale avec les autres pays de la zone.

En 2011, l'Agence Française de Développement, le Centre hospitalier régional et les établissements de santé de la Réunion ont souhaité engager une réflexion sur les modalités de prise en charge des patients provenant de pays de la zone Océan Indien pour des pathologies qui ne peuvent être prises en charge localement, afin de permettre l'accueil de certains patients ressortissants de la zone dans des conditions stabilisées et dans un cadre prédéfini avec ces pays et de partager et optimiser l'expertise et les plateaux techniques existant à la Réunion.

**Les travaux conduits ont mis en exergue** « l'importance des besoins non couverts et l'aspiration à recourir à des soins à l'étranger sont indéniables à Madagascar et dans l'Union des Comores. Les besoins sont plus limités à Maurice mais peuvent exister pour des prises en charge très spécialisées à la Réunion. Les attentes des pays de la zone Océan Indien vis-à-vis des établissements de santé de la Réunion - notamment celles de l'Union des Comores et de Madagascar – concernent donc davantage le renforcement des compétences et des capacités des offres de soins locales. » En effet, si l'opportunité d'une coopération a été mise en évidence, le coût du déplacement et de l'hébergement sur l'île est rédhibitoire (facteur 1,3 sur le coût de certaines prises en charge par rapport à la métropole). Les pistes portent sur une intervention dans des domaines hyper-spécialisés non couverts localement, sur la réduction des séjours au profit d'une offre de modes d'hébergements alternatifs à l'hospitalisation.

Par ailleurs, le jeune CHU de la Réunion, classé au 15<sup>ième</sup>, rang en termes d'activités, propose une offre locale de formation médicale, rendant plus accessibles les métiers de la santé aux réunionnais, aux mahorais, et ouvrant au-delà la possibilité de former les professionnels de santé de la zone Océan Indien. Des activités de recherche hospitalo-universitaires de haut niveau sont également structurées et développées, notamment sur les pathologies spécifiques de la zone Océan Indien : maladies métaboliques, maladies infectieuses et immunopathologies, périnatalité et génétique.

Au regard de ces besoins, le projet PLEXUS a vocation à soutenir des activités de coopérations sur la télé expertise, l'éducation thérapeutique et la recherche épidémiologique.

### *2.3.5.2 L'île de la Réunion est reconnue pour son dynamisme dans les domaines en pointe de la Santé, pharmaceutique et biomédical*

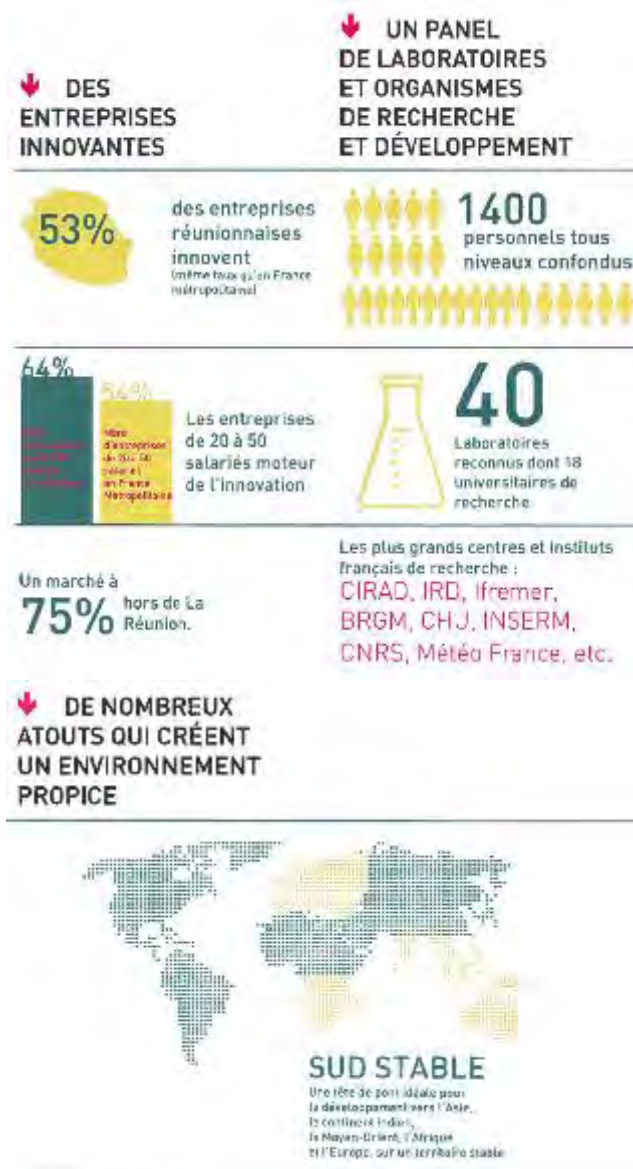
La Réunion est le pôle médical d'excellence de l'Océan Indien. Grâce à sa recherche scientifique dynamique (4 laboratoires universitaires et plusieurs grands laboratoires pharmaceutiques), une main d'œuvre de haut niveau, des infrastructures performantes (18 établissements sanitaires) et plus de 150 entreprises privées, ce secteur génère plus de 12 000 emplois directs (publics/privés). Cette recherche peut contribuer à renforcer le projet PLEXUS et elle peut bénéficier de certains services offerts au travers du datamining. A titre d'exemple, une équipe de recherche travaille sur les questions de diabète notamment sur la **prévention des risques primaires** et la prévention des risques de complications vasculaires chez le patient diabétique (Dr Olivier MEILHAC INSERM).

**Dans le Sud, en particulier sur le parc Techsud, deux nouveaux projets ont vu le jour :**

Un **Centre de Recherche Médicale et en Santé** qui regroupe trois maillons incontournables de la recherche clinique, à savoir la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) et la Direction de la Recherche et de l'Innovation (DRI) du CHU et d'autre part, le Centre d'Investigation Clinique – Epidémiologie Clinique (CIC-EC) existant depuis 2004, chargée de développer la recherche et d'apporter un soutien méthodologique aux investigateurs.

Un **Centre de Simulation en Santé pour l'Océan Indien** : proposant aux étudiants et aux professionnels de santé – dans le cadre de la formation médicale continue et du Développement Professionnel Continu (DPC) – les moyens d'apprendre et de se former en sécurité. Actuellement d'une superficie de 250 m<sup>2</sup>, des extensions futures de ce centre sont prévues dans le cadre d'un partenariat étroit avec l'UFR Santé de l'Université de La Réunion.

### 2.3.5.3 Île de La Réunion : un savoir-faire pour l'accompagnement et l'incubation des entreprises innovantes



Le projet PLEXUS vise à intégrer des services innovants développés par des entreprises dont la taille ne permet pas à elles seules de se développer sur le plan international. L'île de La Réunion s'est inscrite, via sa technopole, dans le développement de l'innovation culturelle, industrielle et territoriale et la recherche-développement en créant un environnement adéquat dynamisant le processus d'innovation.

A ce titre, elle dispose d'un tissu d'entreprises innovantes qui ont bénéficié de l'accompagnement de la technopole et des structures de recherche en place sur l'île.

La technopole de l'île de La Réunion se porte volontaire pour accompagner PLEXUS OI dans le développement et la coopération industrielle.

Dans le domaine de la valorisation de la biodiversité, qu'elle soit terrestre ou marine, il est fait référence aux molécules qui pourraient présenter un intérêt en thérapeutique humaine. C'est particulièrement le cas dans la zone Océan Indien, où les pratiques traditionnelles sont encore très fortes.

Le plateau technique du GIP CYROI a aujourd'hui atteint une maturité qui permet de s'engager dans la voie d'un programme intégré de coopération territoriale dans le domaine de la valorisation de molécules pouvant présenter un intérêt pharmaceutique.

Le projet vise à constituer une équipe spécialisée dans le domaine de la valorisation pharmaceutique, qui aura en charge de réaliser, en partenariat avec les pays de la zone, les travaux allant de l'extraction jusqu'à l'essai préclinique et l'imagerie.

Les îles de l'Océan Indien sont situées parmi les 10 premiers hot-spot mondiaux de la biodiversité. A titre d'illustration, sur les 4 220 espèces d'arbres et de grands arbustes malgaches, 96 % sont endémiques<sup>4</sup>. Ce fort taux d'endémicité est l'une des caractéristiques des îles environnantes.

L'utilisation traditionnelle des plantes est une réalité encore fortement ancrée dans ces sociétés insulaires, autorisant ainsi les études ethno pharmacologiques et ouvrant la voie à la découverte de molécules d'intérêt pharmaceutique.

Ainsi, à titre d'exemple, la pervenche de Madagascar a permis d'isoler la vincristine, pour soigner certains cancers ; et sous forme de dérivés hémisynthétiques, la vinorelbine et la navelbine, utilisés contre les cancers de l'ovaire et du sein.

## 2.4 GAINS ATTENDUS

L'appréciation des gains attendus est ici présentée en synthèse et porte essentiellement sur la coordination des parcours par pathologie.

Le détail des hypothèses et les principes appliqués pour l'évaluation des gains sont développés dans les chapitres qui suivent. En ce qui concerne la recherche (épidémiologie & clinique), la valorisation des gains n'est pas explicitée. Elle contribue à court terme à l'évaluation du programme PLEXUS et à plus long terme, par principe, à améliorer le confort et l'espérance de vie des Réunionnais.

Les services PLEXUS déployés pour fluidifier et améliorer le parcours de prise en charge ont différents impacts :

**Impacts sur l'efficacité de la prise en charge.** A titre d'illustration, les économies liées à l'optimisation des transports, un hébergement en structure non justifié, des examens redondants qui auraient pu être évités ...

**Impact sur l'efficience de la prise en charge.** Dans le cadre d'un AVC, une mauvaise orientation, un retard dans la réalisation d'un diagnostic, rendent les opérations plus lourdes (au-delà de 2h30) et

---

<sup>4</sup> Source : Flore générique des arbres de Madagascar –Georges Schatz/Missouri botanical garden

augmentent le risque de séquelles et renchérissent le cout pour la collectivité et les conséquences négatives pour le patient et son entourage.

La notion de gain est appréciée en synthèse, de manière non exhaustive, dans les grandes masses. Sont valorisés ceux générés directement par les services PLEXUS du fait d'une meilleure prise en charge du patient et indiqués les gains non valorisés qualitatifs.

Ce choix, à lui seul, justifie l'investissement à réaliser sur le programme PLEXUS.

**Amélioration de la prise en charge coordonnée (parcours) à l'échelle de la Réunion, soit 3 ans après le démarrage PLEXUS :**

Pathologie	Gain direct	Quantitatif Qualitatif
<b>Diabète</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Une <b>maîtrise de l'évolution des dépenses</b> ambulatoires des patients</li> <li>➔ Une <b>réduction de l'évolution des dépenses</b> hospitalières</li> </ul> Retour d'expérience du programme ASALEE : évaluation publiée par le CNAMTS en 2010 mettant en évidence une économie relative de la consommation de soins de 10% chaque année et une constance des résultats.	Economie de 11,1 M€/an
		Qualité de vie
<b>IRC</b>	Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entre-elles pourraient être retardées de nombreuses années, sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée.  Dans le cadre du programme PLEXUS OI, un diagnostic et un traitement plus précoces du patient, associé à la promotion de la dialyse péritonéale et à la mise en place de la télésurveillance visent à <b>éviter ou ralentir la progression de l'insuffisance rénale.</b>	Economie de 1,8 M€/an
		Qualité de vie
<b>ICC</b>		<i>Sans Objet</i>
		Du point de vue de l'organisation des soins, être plus efficace grâce à une analyse pertinente.
<b>AVC</b>	La mortalité par AVC est <b>supérieure de 117%</b> à la moyenne nationale pour la Réunion.	A déterminer en fonction de la valorisation du QALY et DALY dû fait d'une prise en charge efficace (sans séquelle, vie sauvée)  A déterminer en fonction de l'impact lié au fait qu'un patient ait été pris en charge rapidement lui évitant des séquelles. On estime, d'après une appréciation a posteriori, que l'identification des cas d'AVC pourrait être améliorée de 50%.
		Vivre plus longtemps et en meilleur Santé

## 3 OBJECTIFS DU PROJET

### 3.1 LES PATHOLOGIES RETENUES

#### 3.1.1 Le choix des maladies chroniques

Les maladies chroniques sont un enjeu majeur de santé publique compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes, du retentissement sur la vie quotidienne et de l'impact en termes de dépenses d'Assurance Maladie.

La population de La Réunion est principalement concernée par les pathologies cardio-vasculaires et rénales et par le diabète de type II dont les prévalences respectives sont nettement supérieures aux moyennes nationales. Le nombre de personnes en affections de longue durée (ALD) pour ces pathologies est estimé à 84000 en 2013 pour l'ensemble des territoires de la Réunion soit près de 70% de l'ensemble des ALD.

Le Projet Régional de Santé (2012-2016) s'est fixé en matière de maladies chroniques deux priorités. D'une part, **agir sur les déterminants de santé** afin de prévenir l'apparition de certaines pathologies et faciliter l'accès des populations à risque à un dépistage ciblé. D'autre part, **adapter le système de santé à la prise en charge des maladies chroniques**.

La prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques doit s'intégrer dans un parcours de santé coordonné par le médecin traitant. Il s'agit en pratique :

- ✓ de favoriser l'exercice coordonné et pluridisciplinaire des professionnels de santé
- ✓ d'encourager les prises en charge de proximité, en particulier au niveau de l'éducation thérapeutique du patient
- ✓ d'offrir un dispositif de coordination des parcours de santé à l'échelle des territoires de santé.

Au cours des travaux préparatoires du PRS, des outils d'information et de communication en direction des patients et de leur famille, de la télésurveillance pour éviter et prévenir les hospitalisations, des outils d'éducation du patient facilement accessibles à domicile ont été réclamés par les associations de patients et par les professionnels de santé.

Ainsi, en développant chez les patients des capacités d'adaptation et des compétences d'auto-soins, en fluidifiant les parcours de santé par une anticipation sur les situations de blocage et par la généralisation de l'usage des plans personnalisés de soins (PPS) par les professionnels de santé, projet de vie et projets de santé seront en adéquation.

La qualité de vie sera améliorée, l'évolution des pathologies sera moins émaillée de complications et les hospitalisations pour décompensation seront moins fréquemment observées.

Ainsi, en tenant compte des prévalences propres à l'île de La Réunion, des orientations nationales et des professionnels de santé en capacité de porter les projets médicaux TSN sur le bassin de santé sélectionné, le comité de pilotage du projet PLEXUS OI a retenu quatre pathologies pour illustrer cette démarche d'adaptation du système de santé : le diabète, les pathologies cardiaques et vasculaires (accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque) et insuffisance rénale chronique.

A noter que les équipements et nouvelles pratiques développées par PLEXUS OI pour les 4 pathologies chroniques serviront à l'ensemble de l'organisation territoriale de la santé et des parcours de soins.

### 3.1.2 Synthèse des objectifs clefs du projet par pathologie et parcours

PLEXUS OI	Objectif 1 Prévention	Objectif 2 Dépistage	Objectif 3 Parcours de soin	Objectif 4 Observance
<b>DIABETE</b>	AMELIORER L'IDENTIFICATION DE LA POPULATION A RISQUE INTENSIFIER LES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION	INDUSTRIALISER LES CAMPAGNES DE DEPISTAGE AFIN DE LUTTER CONTRE LA PREVALENCE MECONNUE ET LES RETARDS DE DIAGNOSTIC	AMELIORER LES COMPETENCES D'AUTO-SOIN DEVELOPPER LA TELESURVEILLANCE	REDUIRE LA FREQUENCE DE SURVENUE ET LA GRAVITE DES COMPLICATIONS LIEES AU DIABETE
<b>INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE</b>	AMELIORER L'IDENTIFICATION DE LA POPULATION A RISQUE INTENSIFIER LES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION	AMELIORER LE DEPISTAGE PRECOCE RETARDER L'APPARITION DE L'IRC	AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DEVELOPPER LA DIALYSE PERITONEALE	REDUIRE LES PASSAGES EN IRCT AMELIORER L'OBSERVANCE DES PATIENTS TRANSPLANTES
<b>INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE</b>	AMELIORER L'IDENTIFICATION DE LA POPULATION A RISQUE INTENSIFIER LES CAMPAGNES DE SENSIBILISATION	AMELIORER LE DEPISTAGE PRECOCE RETARDER L'APPARITION DE L'ICC	COORDONNER LE PARCOURS DE SOIN ET DE REEDUCATION	AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DEVELOPPER L'ETP DEVELOPPER LA TELESURVEILLANCE ET LA TELECONSULTATION
<b>ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL</b>	AMELIORER LA PREVENTION ET L'INFORMATION DE LA POPULATION AVANT, PENDANT ET APRES L'AVC	ASSURER L'INFORMATION, LA FORMATION ET LA REFLEXION DES PROFESSIONNELS	METTRE EN ŒUVRE DES SYSTEMES DE PRISE EN CHARGE ADAPTES	AMELIORER LE SUIVI DES PATIENTS AFIN D'EVITER LA SURVENANCE D'UN 2eme AVC

## 3.2 INDICATEURS DE RESULTATS ET POTENTIELS DE GAINS PAR PATHOLOGIE

### 3.2.1 Le diabète

#### 3.2.1.1 Chiffres clés

A fin 2013, l'assurance maladie compte plus de 47 700 personnes en ALD pour Diabète de type 1 et diabète de type 2, soit le deuxième taux le plus élevé d'ALD de ce type : 6 844 pour 100 000 habitants, après la Guadeloupe (6913 pour 100 000 habitants), alors que la moyenne sur la France entière se situe à 3 647 pour 100 000 habitants.

En 2009, le taux standardisé de prévalence du diabète traité est de 8,8% à La Réunion. C'est le taux le plus élevé de l'ensemble du territoire français, deux fois supérieur au taux national (4,4%), avec une augmentation du taux de prévalence plus rapide à La Réunion (+1,5% entre 2006 et 2009 contre +0,6% au niveau national).

A l'inverse de la métropole, La Réunion présente une prévalence plus importante chez les femmes (9,6%) que chez les hommes (7,9%). Par ailleurs, la survenue du diabète est plus précoce à La Réunion

qu'en métropole (en 2009, les personnes traitées pour diabète sont âgées en moyenne de 60 ans à La Réunion, contre 65,1 ans au niveau national).

En 2011, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré plus de 3 300 séjours hospitaliers liés au diabète à La Réunion en 2011 (dont 62% des séjours hospitaliers pour les femmes).

La mortalité par diabète est plus élevée à La Réunion qu'en métropole : un taux régional standardisé près de 4 fois supérieur au taux métropolitain (62 décès pour 100 000 habitants contre 17 pour 100 000 en métropole sur la période 2008-2010).

La fréquence du diabète traité varie de manière importante selon l'âge (5,8% parmi les 45-64 ans, 13,3% chez les 65-74 ans et 13,4% chez les 75 ans et plus). Le vieillissement prévisible de la population réunionnaise ainsi que la précocité de la survenue du diabète sur l'île laissent supposer que la morbidité et la mortalité par diabète vont s'accroître dans les prochaines années. Ce constat renforce la nécessité de la prévention et de la prise en charge de cette pathologie.

#### Principaux indicateurs disponibles à date

Chiffres clés	Valeur actuelle
Taux de prévalence du diabète traité par ADO et/ou insuline	8,8%
Maitrise ou réduction de l'augmentation du taux de prévalence	1,5
Age moyen des personnes admises en ALD en 2013	54,9 ans
Nombre moyen de nouvelles admissions en ALD pour diabète entre 2009 et 2011	3 869
Taux standardisé d'admissions en ALD pour diabète à la Réunion entre 2009 et 2011	595,4
Nombre d'ALD pour diabète au 31/12/2012	47 700
Nombre de patients autonomes en 2011	10 171

Chiffres clés	Valeur actuelle
Taux standardisé d'inscriptions en ALD pour diabète	3,3%
Nombre de patients diabétiques pris en charge dans un programme d'ETP	< 5%
% de patients diabétiques ayant recours à des soins infirmiers quotidiens	41%
Proportion de diabétiques ayant eu dans l'année : au moins trois remboursements d'HbA1C ; au moins un remboursement d'un bilan lipidique (cholestérol, triglycérides) ; au moins un remboursement pour dosage de la créatininémie (recommandation HAS)	43% (HbA1C uniquement)
Nombre de séjours en MCO en 2011	3 300
Nombre de patients diabétiques en IRCT	1 600
Nombre d'hospitalisations pour coma diabétique en 2012	38 séjours
Nombre d'hospitalisations de personnes diabétiques pour amputation du pied en 2012	249 séjours
Taux standardisé de mortalité par diabète pour 100 000 habitants (moyenne 2008-2010)	62,5
Nombre de décès liés au diabète (moyenne 2008-2010)	247
Part des décès de moins de 65 ans	23%

### 3.2.1.2 Objectifs et résultats attendus

La question du diabète est abordée sur l'ensemble du parcours de santé, de la prévention primaire au suivi au long cours en passant par l'éducation du patient. Cette pathologie a bénéficié de nombreux apports en matière de réflexion en santé publique.



Elle est largement évaluable à partir des bases de données de l'Assurance Maladie et du PMSI, ce qui facilite l'approche médico-économique de la pathologie.

Toutefois, compte tenu du nombre de personnes diabétiques, il est nécessaire d'envisager une adaptation du système de santé sur des bases innovantes s'appuyant sur des solutions devant dépasser les seules ressources humaines fragilisées par le contexte démographique. L'apport des nouvelles technologies est essentiel à ce paradigme qui se dessine actuellement.

### Objectifs et indicateurs retenus

OBJECTIFS	INDICATEURS DE RESULTATS ET DE MOYENS RETENUS	RESULTATS ATTENDUS	
		Valeur actuelle Réunion	Valeur cible TSN à 3 ans
<b>Industrialiser les campagnes de dépistage afin de lutter contre la prévalence méconnue et les retards de diagnostic</b>	Augmentation du ratio régional d'admission en ALD par rapport à la moyenne nationale	0,99	>1
	Baisse de l'âge moyen des personnes admises en ALD pour diabète	54,9 ans	52 ans
	Proportion de diabétiques suivant les recommandations HAS : 3 HbA1C/an ; 1 bilan lipidique (cholestérol, triglycérides)/an ; 1 dosage de la créatininémie/an	43% (HbA1C)	80%
<b>Améliorer les compétences d'auto soin</b>	Augmenter la proportion de patients diabétiques autonomes	21,3%	25%
<b>Améliorer la part des patients stabilisés</b>	Augmentation du nombre de nouveaux patients diabétiques pris en charge dans un programme d'ETP	< 5%	15%
	Réduction de 5% du nombre de séjours hospitaliers MCO liés au diabète	3 300	3055

#### 3.2.1.3 Estimation des potentiels de gains

##### Le retour d'expérience des programmes en cours portant sur l'amélioration de la prise en charge

Au sujet de la valorisation médico-économique des dispositifs d'amélioration de la prise en charge du patient diabétique, les premières évaluations des programmes SOPHIA et du projet ASALEE mettent en valeur des potentiels de gains au niveau national sur plusieurs leviers :

- ✓ Une maîtrise de l'évolution des dépenses ambulatoires des patients
- ✓ Une réduction de l'évolution des dépenses hospitalières

Ainsi, pour le programme SOPHIA, on constate une probabilité d'hospitalisation pour diabète en 2011 (à profils comparables) inférieure de 13 % dans la population adhérente par rapport à la population témoin.

Concernant le projet ASALEE, l'évaluation publiée par l'IRDES en 2008 conclue à son efficacité et à son efficience pour les patients diabétiques de type 2. Ces résultats sont consolidés par une évaluation

publiée par le CNAMTS en 2010 mettant en évidence une économie relative de la consommation de soins de 10% chaque année et une constance des résultats.

### **Une économie potentielle estimée à 11,1 millions d'euros annuelle à l'échelle de la Réunion**

Les services proposés par le programme PLEXUS OI visent en premier lieu à réduire la fréquence de survenue et la gravité des complications liées au diabète.

Au regard du retour d'expérience des programmes en cours mentionnés plus haut et des moyens mis en œuvre dans le cadre de PLEXUS OI, l'objectif d'une réduction de la consommation de soins par an et par patient de 5% est retenu.

Selon les résultats de l'étude ENTRED, tous diabétiques confondus, le remboursement moyen annuel était estimé en 2007 à 5 300 euros par personne.

Compte tenu des 47 700 personnes en ALD à La Réunion pour Diabète de type 1 et diabète de type 2, une réduction de 5% de la consommation actuelle de soins par an et par personne représenterait ainsi, à l'échelle de l'ensemble du territoire, une économie potentielle de 11,1 millions d'euros annuelle.

## 3.2.2 L'insuffisance rénale chronique

### 3.2.2.1 *Les chiffres clés*

#### **Une Population à haut risque rénal**

Avec une prévalence de la dialyse de 2‰, soit 4 fois plus élevée qu'en métropole, la population de la Réunion est à haut risque rénal.

L'étude Rédia (Réunion-Diabète), menée chez les 30 à 65 ans, a permis d'estimer à 17,5% la prévalence du diabète en population générale et montré qu'une personne sur quatre avait une maladie rénale chronique tous stades confondus : 13,8% pour le stade 1 de l'ANAES, 10,3% pour le stade 2, et 0,4% pour les stades 4 et 5 réunis.

Selon le registre REIN, en 2009, 207 cas incidents d'insuffisance rénale chronique terminale ont été recensés à La Réunion, dont 202 nouveaux malades dialysés et 5 résidents ayant bénéficié de greffes préemptives [4].

#### **Un taux d'incidence deux fois plus élevé à la Réunion**

En 2009, le taux d'incidence brut de l'IRCT traitée est de 25 nouveaux cas d'IRCT pour 100 000 habitants à La Réunion, contre 15 pour 100 000 habitants en moyenne pour le total des 20 régions participant au registre REIN.

Le taux standardisé d'incidence de l'IRCT traitée est quant à lui de 39 nouveaux cas d'IRCT pour 100 000 habitants à La Réunion, contre 15 pour 100 000 habitants pour le total des 20 régions françaises.

#### **Une prise en charge tardive et en urgence**

Parmi les nouveaux patients en hémodialyse en 2009 à La Réunion, plus de la moitié (54%) a commencé son traitement en urgence, contre 34% en 2009 au niveau national

#### **Un taux standardisé de prévalence de l'IRCT près de 2,5 fois supérieur au taux national**

Après la prise en compte des différences de structure d'âge et de sexe de la population régionale, le taux standardisé de prévalence de l'IRCT était estimé à 271 pour 100 000 habitants à La Réunion, contre 110 pour 100 000 habitants pour le total des 20 régions françaises.

Le taux standardisé régional est significativement plus élevé que le taux standardisé estimé pour l'ensemble des 20 régions françaises (près de 2,5 fois supérieur).

### Une prévalence de la dialyse près de 4 fois supérieure

Le taux standardisé de prévalence de l'IRCT traitée par dialyse observé à la Réunion est le plus élevé de France avec 220 dialysés pour 100 000 habitants en 2009 à La Réunion, alors que la valeur moyenne nationale est de 59 dialysés pour 100 000 habitants.

### Une prévalence de l'IRCT traitée par dialyse associée au diabète de type 2 près de 7 fois plus élevée qu'en France

Le taux standardisé de prévalence de l'IRCT associée à un diabète de type 1 était de 3 patients dialysés pour 100 000 habitants à La Réunion en 2009, contre 2 pour 100 000 habitants au niveau national.

Le taux standardisé de prévalence de l'IRCT associée à un diabète de type 2 était de 123 patients dialysés pour 100 000 habitants à La Réunion en 2009, soit un taux 7 fois supérieur à celui relevé au niveau national.

### Une Surmortalité par IRC (taux standardisés)

Le taux de mortalité par IRC standardisé sur l'âge augmente à La Réunion entre les périodes 2002-2004 et 2004-2006, de 7 décès pour 100 000 habitants en 1999-2001 à 9 décès pour 100 000 habitants en 2003-2005.

Puis, le taux de mortalité par IRC retrouve son niveau antérieur autour de 7 décès pour 100 000 habitants sur les périodes 2005-2007 et 2006-2008.

Les taux de mortalité par IRC à La Réunion, quelle que soit la période, sont supérieurs à ceux de métropole (près de 2 fois supérieurs en 2006-2008), même si l'écart se réduit depuis 2006.

### Principaux indicateurs disponibles à date

Chiffres clés	Valeur actuelle
Taux standardisé d'incidence de l'IRCT traité pour 100 000 habitants au 31/12/2011	41,2
<i>Dont Hémodialyse</i>	39,7
<i>Dont Dialyse péritonéale</i>	1,3
<i>Dont Transplantation</i>	0,2
Nombre de nouveaux patients traités pour IRCT au 31/12/11	217
Nombre de patients en IRCT traitée au 31/12/2011	1631

Chiffres clés	Valeur actuelle
<i>Dont Hémodialyse</i>	1 254
<i>Dont Dialyse péritonéale</i>	54
<i>Dont Transplantation</i>	323
Taux standardisé de prévalence de l'IRCT traité par dialyse pour 100 000 habitants	235
Nombre annuel moyen d'admissions en ALD pour IRC sur 2009-2011	277
Taux standardisé moyen d'admissions en ALD pour IRC pour 100 000 habitants sur 2009-2011	56,5
Taux standardisé de prévalence des inscriptions en ALD pour IRC pour 100 000 habitants au 31/12/2011	355
Nombre de décès par IRC à la Réunion (moyenne 2008-2010)	29

### 3.2.2.2 Objectifs et résultats attendus

La prise en charge tardive de l'IRC implique souvent un pronostic défavorable car au stade terminal de la maladie, la mise en place d'un traitement de suppléance (dialyse ou greffe) est la seule issue. La maladie a alors des répercussions importantes à la fois sur la qualité de vie des patients et sur le plan économique.

Ceci suppose d'être capable d'identifier les personnes à risque rénal pouvant bénéficier d'un dépistage, et parmi celles ayant une néphropathie avérée, de cibler les « progresseurs rapides » pouvant bénéficier de mesures de prévention (adaptation de la posologie des médicaments et d'hygiène de vie) et d'un traitement plus agressif à visée néphroprotectrice.

Comme le souligne le Pr Maurice Laville, Néphrologue chef de service à l'Hôpital Edouard Herriot (Lyon) et Président de la Société Française de Néphrologie : "le dépistage et la mise en relation précoces avec le néphrologue vont permettre une prise en charge adaptée, donc de ralentir la progression de la maladie. Ainsi, il est possible de préserver plus longtemps la fonction rénale et la qualité de vie du patient. C'est un élément essentiel pour le pronostic."

La fragilité de la démographie médicale alliée à des besoins croissants est le point faible majeur du bon fonctionnement de la prise en charge de l'IRCT à La Réunion.

Aussi, le recours à des solutions innovantes portant sur la surveillance et le suivi des patients pris en charge est largement requis et sollicité par les professionnels de santé et les associations de patients très actives à la Réunion. Par ailleurs, PLEXUS doit permettre de renforcer les liens avec le secteur médicosocial dans le logique d'un parcours coordonné.

Une stratégie de déploiement de la télémédecine en matière d'IRCT est inscrite dans le programme des systèmes d'information et de télémédecine du PRS. Les études épidémiologiques ont soulevé le problème de la méconnaissance de la maladie rénale chronique et de l'intérêt d'un diagnostic et d'un traitement précoce des patients pour éviter ou ralentir la progression et les complications de l'insuffisance rénale.

### Objectifs et indicateurs retenus :

OBJECTIFS	INDICATEURS DE RESULTATS ET DE MOYENS RETENUS	RESULTATS ATTENDUS	
		Valeur actuelle Réunion	Valeur cible TSN à 3 ans
<b>Retarder l'apparition de l'IRC et de l'IRCT</b>	Diminution de 5 à 10% du taux d'incidence de l'IRCT pour les personnes de moins de 65 ans	41,2	39 - 37
<b>Améliorer l'adéquation et la qualité de la prise en charge</b>	Diminution de 20% du taux d'admission en dialyse en urgence	54 %	43,2 %
	Développement de l'usage de la télésurveillance pour 100% des patients autonomes en DP afin de sécuriser et fiabiliser leur pratique et suivi	0%	100%
	Augmentation du taux de dialyse péritonéale	4,1%	8%
	Augmentation du nombre de greffe de 40%	25	35
<b>Améliorer l'observance des patients</b>	Augmentation du nombre de patients dialysés inclus dans un programme d'ETP	3,5% de la file active	20% de la file active
	Diminuer le taux de patients transplantés rénaux non observants	25%	10%

#### 3.2.2.3 Estimation des potentiels de gains

Les experts estiment que 10% des IRC terminales pourraient être évitées et que 30% d'entre-elles pourraient être retardées de nombreuses années sous réserve d'une détection précoce et d'une prise en charge adaptée.

#### L'efficacité des dispositifs et programmes d'améliorations des prises en charge de pathologies chroniques et IRC

Sur le volet de la télésurveillance des maladies chroniques, le LIVRE BLANC 2013 TELEMEDECINE 2020 « Modèles économiques pour le télé-suivi des maladies chroniques » fait apparaître des opportunités de gains calculés sur la base du retour d'expérience de plusieurs programmes internationaux.

Par ailleurs, le programme E-Nephro – Lorraine 2012 et des expérimentations menées par Nancy font apparaître des potentiels d'économie de soin.

Sur ces quelques exemples d'études, les gains économiques (réductions de dépenses directes avec, a priori, une optimisation de la qualité de prise en charge) se situent entre 8 et 12 K€ par an et par patient. En revanche, les détails des dispositifs mis en place ne sont pas connus précisément.

#### Une économie potentielle estimée à 1,8 millions d'euros annuelle sur la dialyse à l'échelle de la Réunion

Les coûts de traitement par la dialyse des 1394 patients à la Réunion sont les suivants :

- ✓ Pour les 1395 patients hémodialysés : 87 M € par an (soit 62 400 € par patient par an)
- ✓ Pour les 54 patients en dialyse péritonéale : 1,4M € par an (soit 25 500 € par patient par an)

Dans le cadre du programme PLEXUS OI, un diagnostic et un traitement plus précoces du patient, associés à la promotion de la dialyse péritonéale et à la mise en place de la télésurveillance visent à éviter ou ralentir la progression de l'insuffisance rénale.

Sur une population de moins de 65 ans au 1/01/2010 évaluée à 649 881 individus, la réduction du taux d'incidence de l'IRCT de 10% permettrait d'éviter 27 nouveaux cas par an, soit à elle seule une économie annuelle de 1,8 millions d'euros.

### 3.2.3 L'insuffisance cardiaque chronique

#### 3.2.3.1 Les chiffres clés

Avec 272 cas pour 100 000 habitants, La Réunion arrive en queue de peloton des régions les plus affectées de France par l'insuffisance cardiaque, devant la Guyane, la Picardie, la Basse-Normandie et le Nord-Pas-de-Calais.

Par rapport à la moyenne nationale, la prévalence est ici supérieure de 38 %. Des données qui n'ont rien de véritablement surprenantes car les pathologies cardiaques ont toujours été plus fortement représentées à la Réunion, en particulier les maladies coronaires.

D'après l'observatoire régional de la santé (ORS), plus de 5 100 Réunionnais sont nouvellement admis en affection de longue durée (ALD) pour une maladie cardiovasculaire en moyenne chaque année. C'est le premier motif d'admission en ALD (37 %), devant le diabète (28 %) et les cancers (12 %).

La moyenne annuelle de séjours hospitaliers au CHRU est estimée à 1730 pour la période 2005-2007

Concernant la mortalité :

- ✓ Chaque année on observe en moyenne le décès de 1 175 Réunionnais pour insuffisance cardiaque. Une surmortalité régionale dont les femmes sont les premières victimes (204 morts pour 100 000 habitants à la Réunion contre 160 en métropole)
- ✓ A l'inverse de la métropole, les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité (29 % des décès) devant les cancers (24 %).

**Principaux indicateurs disponibles à date :**

Chiffres clés	Valeur actuelle
Taux d'incidence pour 100 000 habitants	272
Nombre annuel moyen de patients nouvellement admis en ALD pour une maladie cardiovasculaire	5 100
Moyenne annuelle de séjours hospitaliers au CHRU pour la période 2005 2007	1 730
Nombre annuel moyen de décès pour insuffisance cardiaque	1 175

#### 3.2.3.2 Objectifs et résultats attendus

Que ce soit pour la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral ou l'insuffisance cardiaque chronique, les problématiques portent sur le segment distal du parcours de santé. Il s'agit d'éviter l'apparition d'une complication (AVC) ou d'une décompensation de la maladie (ICC).

Pour l'insuffisance cardiaque, l'enjeu majeur est de maintenir un lien entre le patient qui est à domicile et les professionnels de santé qui le suivent.

## Objectifs et indicateurs retenus :

OBJECTIFS	INDICATEURS DE RESULTATS ET DE MOYENS RETENUS	RESULTATS ATTENDUS	
		Valeur actuelle Réunion	Valeur cible TSN à 3 ans
<b>Développer l'ETP</b>	Taux de patients atteints d'ICC inscrits dans un programme ETP	–	20%
<b>Développer la télésurveillance et la téléconsultation</b>	Equipement d'une partie des nouveaux patients admis en ALD avec des instruments de mesure du poids, de la tension et de la glycémie	0% des patients stade 3 et 4	60% des patients stade 3 et 4
	Réduction du nombre annuel d'épisode d'hospitalisation par patient atteints d'ICC (stade 3 et 4)	4 par patient	1 par patient*
	Taux de patients implantés télé-suivis	-	100% patients nouvellement implantés

\* générateur d'importantes économies.

### 3.2.3.3 Estimation des potentiels de gains

Les services apportés par le programme PLEXUS OI visent avant tout à :

- ✓ Améliorer le niveau des connaissances sur la pathologie et la population à risque
- ✓ Améliorer l'observance thérapeutique
- ✓ Développer les usages de télésurveillance

Au regard des expérimentations en cours, il est prématuré d'attendre des gains économiques à un horizon de 3 ans.

Le service de cardiologie du CHU de Toulouse a lancé l'étude clinique Osicat et un projet de télémédecine visant à évaluer l'apport médical et économique d'un programme de télé suivi à domicile des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Une analyse intermédiaire des premiers résultats de l'étude aura lieu début 2014.

## 3.2.4 L'accident vasculaire cérébral

### 3.2.4.1 Les chiffres clés

La population de la Réunion est jeune (37% de moins de 20 ans contre 25% en métropole), féconde (2,38 enfant par femme) et en forte expansion (+2% par an).

Mais la population Réunionnaise vieillit, les plus de 65 ans sont trois fois plus nombreux qu'au début des années 80. Il représente en 2007 8% de la population (62 000 seniors) avec une prévision de 219000 seniors attendus d'ici 2040.

Les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de mortalité mais représentent une cause d'années potentielles de vie perdues plus importante qu'en métropole pour les hommes et les femmes de 1 à 64 ans.

L'indice comparatif de mortalité par maladie cardiovasculaire cérébrale pour la période 2003 – 2005 est significativement supérieur à celui de la métropole. La mortalité par AVC est supérieure de 117% à la moyenne nationale, La Réunion étant la région qui a l'indice de mortalité par AVC le plus élevé, quel que soit le sexe avec une sur-représentativité chez les moins de 50 ans, cette maladie touchant principalement les hommes du fait des facteurs de risques (Hypertension Artérielle, diabète, obésité) proportionnellement plus important sur l'île.

Selon les données du PMSI 2010, 1 333 patients ont été hospitalisés pour AVC dans les quatre structures dotées d'un service d'urgences.

Le taux pour hospitalisation est particulièrement élevé à La Réunion (+69,6%) par rapport au taux moyen français pour la période 2006-2007.

#### Principaux indicateurs disponibles à date

Chiffres clés	Valeur actuelle
Nombre moyen de décès par AVC entre 2008 et 2010	331
Taux standardisé de décès de mortalité par AVC pour 100 000 habitants entre 2008 et 2010	84,3
Nombre de nouvelles admissions en ALD pour AVC invalidant sur 2009-2011	666
Taux standardisé pour 100 000 habitants de nouvelles admissions en ALD pour AVC invalidant au 31/12/2011	124,4
Nombre de patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC en 2012	1 469
Nombre de patients hospitalisés avec un diagnostic d'AVC en 2011	1 511
Nombre de séjours en 2012 pour AVC	1 697
Nombre de journées de réanimation pour AVC en 2012	13 582
Nombre de journées en SSR liées à un AVC	37 695

#### 3.2.4.2 Objectifs et résultats attendus

L'amélioration de la prise en charge des AVC passe par la structuration de filières régionales autour d'unités neuro-vasculaires (UNV), selon les préconisations des circulaires de 2003 et 2007 sur le sujet, confirmées par le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé de septembre 2007.

Compte tenu du contexte économique actuel, il est primordial d'identifier quelles actions sont les plus efficaces et à quelle étape de la prise en charge les moyens doivent être alloués pour être les plus efficaces.

L'AVC reste méconnu, tant du public que des professionnels de santé : Selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), les connaissances des Français relatives à l'AVC sont faibles et disparates, en ce qui concerne tant les symptômes (seuls 30% identifient la faiblesse brutale



de l'hémicorps comme un signe d'AVC) que la conduite à tenir (seuls 50 % des Français ont recours au Centre 15).

Or le délai d'arrivée aux urgences après AVC, point important de la prise en charge, dépend entre autres facteurs de la connaissance des signes d'AVC par la personne atteinte ou son entourage, la reconnaissance du besoin urgent de services médicaux, la rapidité du transport.

Plusieurs études ont montré un impact positif des campagnes grand public sur les connaissances de la population concernant les facteurs de risque d'AVC, les symptômes et la conduite à tenir en cas de survenue d'AVC. Les campagnes répétées permettent d'améliorer le niveau de connaissance des signes d'alerte (pour AVC et AIT) des publics ciblés (populations présentant des facteurs de risque), impact qui décroît toutefois en cas d'interruption des campagnes (au-delà de 5 mois).

La loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 a fixé un objectif de réduction de la fréquence et de la sévérité des séquelles fonctionnelles des accidents vasculaires cérébraux (objectif 72). L'amélioration, tant de la prévention primaire, que de la prise en charge des AVC (délais d'hospitalisation, filières de soins spécialisées, rééducation précoce et réadaptation, prévention secondaire...) représente un enjeu important pour réduire la fréquence et la gravité des AVC.

Dans cette perspective, un plan d'actions national « accidents vasculaires cérébraux 2010-2014 » a été mis en place pour améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC, mettre en œuvre des filières de prise en charge et les systèmes d'information adaptés, assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels, promouvoir la recherche et veiller aux équilibres démographiques.

Enfin, les besoins exprimés par les professionnels de santé appellent des solutions de télémédecine pour améliorer la communication entre professionnels de santé distants et donc la fiabilité des diagnostics et assurer des décisions thérapeutiques et ce dans le délai le plus court (téléconsultation neurologique, téléconsultation de radiologie et télé-expertise). Ces questions sont tout l'objet de la structuration d'une filière AVC à la Réunion et à Mayotte.

### Objectifs et indicateurs retenus

OBJECTIFS	INDICATEURS DE RESULTATS ET DE MOYENS RETENUS	RESULTATS ATTENDUS	
		Valeur actuelle Réunion	Valeur cible TSN à 3 ans
<b>Améliorer la prévention et l'information de la population avant, pendant et après l'AVC</b>	Augmentation du nombre de séjours en UNV pour AVC de 15%	187	215
	Recul de l'âge moyen de survenue des AVC (T0 = 73 ans ; cible = 77 ans soit +5%)	64,4 ans	67
	Diminution du taux de recours à l'hospitalisation (GMS G049)	3,76 / 1000 habitant	2,57/1000 habitant (taux métropole)
<b>Assurer l'information, la formation et la réflexion des professionnels</b>	Augmentation de la proportion de réalisation d'une thrombolyse lors des séjours liés à l'AVC entre 18 et 80 ans	2,1%	>3%

OBJECTIFS	INDICATEURS DE RESULTATS ET DE MOYENS RETENUS	RESULTATS ATTENDUS	
		Valeur actuelle Réunion	Valeur cible TSN à 3 ans
<b>Mettre en œuvre des systèmes de prise en charge adaptés</b>	Diminution de 10% du taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour AVC invalidant	124,4	112
	Mise en œuvre de la téléconsultation de suivi post-AVC pour 30% des patients	0	30%

### 3.2.4.3 Estimation des potentiels de gains

Tout comme pour l'insuffisance cardiaque, il est prématuré d'attendre des gains potentiels à l'horizon des 3 ans. Vouloir diminuer la mortalité et le handicap dans un objectif de santé public coûte globalement plus cher, mais laisse entrevoir des économies à plus long terme, notamment au niveau de la baisse des soins à domicile.

## 4 DESCRIPTION DÉTAILLÉE DU PROJET

### 4.1 ATTENTES MÉTIERS

#### 4.1.1 Amélioration du parcours des filières

##### 4.1.1.1 Diabète

###### A Parcours

<p><b>1. PRÉVENTION PRIMAIRE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attention particulière pour les personnes ayant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• des antécédents familiaux,</li> <li>• une intolérance au glucose,</li> <li>• une « hygiène de vie à risque » (mauvaise nutrition, pas d'activité sportive et consommation de tabac)</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>2. DÉPISTAGE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse d'une glycémie trop élevée via glycémie sur sang veineux à jeun ou glycémie capillaire ;</li> <li>• Analyse nécessaire tous les trois ans après 40 ans avec facteurs de risque</li> </ul>
<p><b>3. SUIVI DU PATIENT DÉPISTÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleur contrôle par une éducation thérapeutique de qualité :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informations de base pour améliorer les capacités d'auto-soins et d'adaptation ;</li> <li>• Diagnostic éducatif qui détermine les objectifs du patient en matière éducative ;</li> <li>• Etablissement d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>4. TRAITEMENT DES COMPLI- CATIONS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour certains patients, le traitement médicamenteux doit être renforcé par une mise sous insuline ;</li> <li>• Le Déséquilibre du diabète peut conduire à un état de coma nécessitant une hospitalisation d'urgence en service de réanimation....</li> </ul>
<p><b>5. SUIVI DU TRAITEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A surveiller :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pied du diabétique (troubles neuropathiques et vasculaires) car risque de plaies chroniques et de cicatrises longues avec à terme amputation des membres inférieurs ;</li> <li>• Les yeux car risque de cécité par rétinopathie ;</li> <li>• le cœur et les reins.</li> </ul> </li> </ul>

## B Point de rupture

<p><b>1. PRÉVENTION PRIMAIRE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information et sensibilisation nécessaire sur l'hygiène de vie à adopter, a fortiori sur les populations précarisées et/ou éloignées des offres de soins.</li> </ul>
<p><b>2. DÉPISTAGE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilisation nécessaire des acteurs de premier recours sur l'identification des personnes à risque et la sensibilisation au dépistage</li> <li>• Transfert de l'information vers le médecin traitant</li> <li>• Absence d'entrée dans le parcours de soins de la personne dépistée</li> </ul>
<p><b>3. SUIVI DU PATIENT DÉPISTÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence d'information sur les offres en matière d'éducation du patient (ETP)</li> </ul>
<p><b>4. TRAITEMENT DES COMPLI- CATIONS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas d'hospitalisation, décalage d'informations entre l'hôpital et les professionnels du premiers recours.</li> </ul>
<p><b>5. SUIVI DU TRAITEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi de l'évolution de la maladie et prévention de la survenue de complications</li> </ul>

## C Apport PLEXUS OI

<p><b>PRÉVENTION</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Améliorer l'identification de la population à risque par le recensement sur demande des antécédents familiaux et/ou des signes d'alerte (marqueur du syndrome métabolique : excès pondéral, hypertension artérielle, cholestérol)</li> <li>2. Informer et sensibiliser la population aux facteurs de risques (hygiène de vie) via le portail patient et le portail professionnels de santé.</li> </ol>
<p><b>DÉPISTAGE</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informer et inciter via le portail patient et le portail professionnels de santé les personnes de plus de 40 ans présentant des facteurs de risques à effectuer un dépistage métabolique</li> <li>2. Historiser les dépistages effectués via le dossier patient afin d'effectuer des relances lors des soins ultérieurs et de réintégrer ainsi le plus grand nombre de personnes dépistées dans le parcours de soin</li> <li>3. Augmenter la population dépistée au travers de l'équipe mobile de dépistage</li> </ol>
<p><b>PARCOURS DE SOIN</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Transmettre automatiquement au médecin traitant des données du suivi pour des patients requérant une attention soutenue.</li> <li>2. Partager les informations entre l'hôpital et les soins de premiers recours suite à une décompensation de la maladie ou à une hospitalisation pour bilan.</li> <li>3. Suivre à distance les plaies chroniques du pied diabétique ;</li> <li>4. Suivre à distance la rétinopathie diabétique par coopération entre orthoptistes et médecins ophtalmologistes ;</li> <li>5. Mise sous insuline à domicile avec surveillance par IDE et médecin ;</li> </ol>
<p><b>OBSERVANCE</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Améliorer l'éducation thérapeutique en mettant à disposition des patients des outils de e-learning en matière de connaissance de la maladie, de nutrition et d'activité physique;</li> <li>2. Mettre en place un portail de communication entre patients : « La voix des patients-experts » ;</li> </ol>

### 4.1.1.2 Insuffisance Rénale Chronique (IRC)

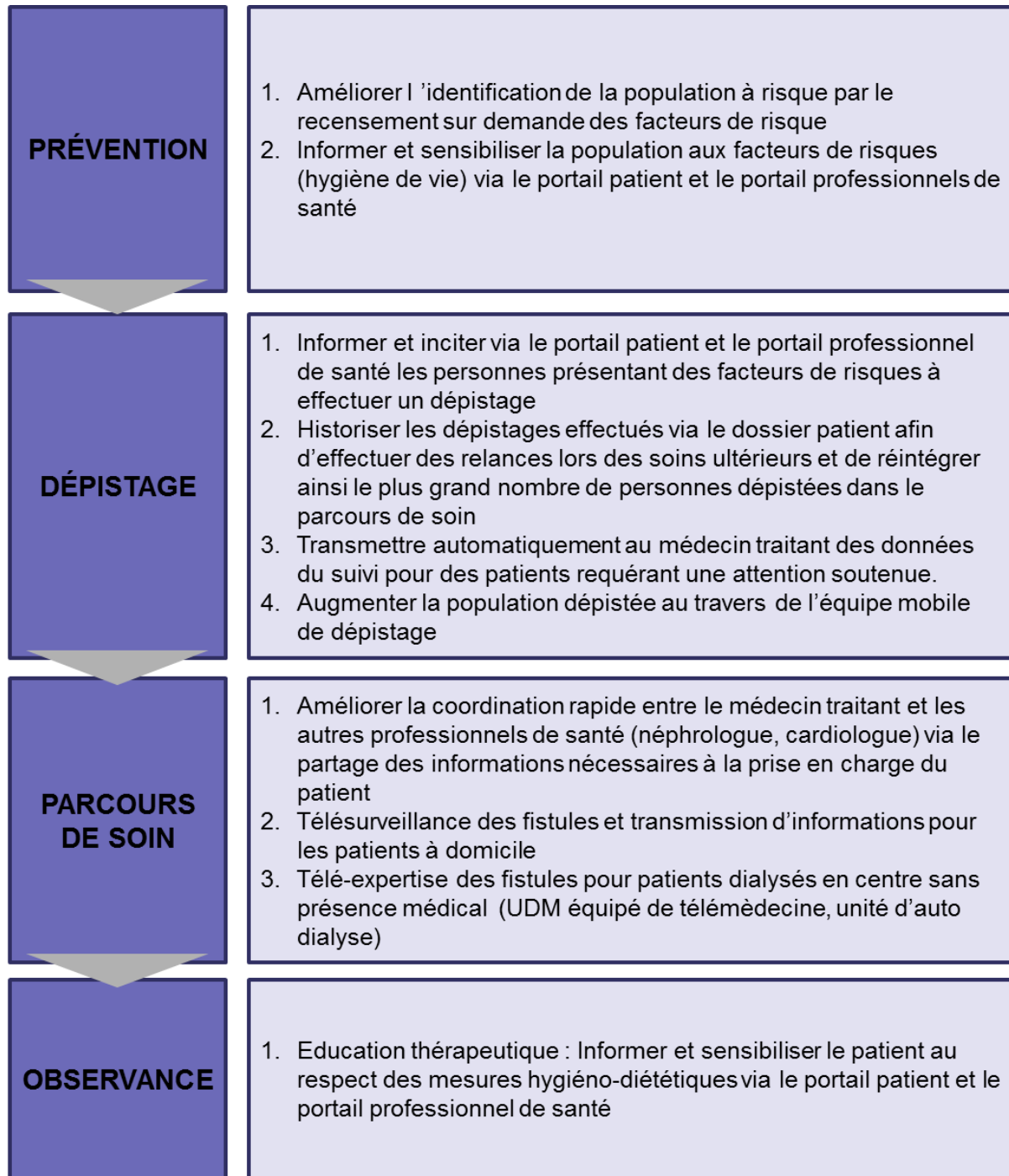
#### A Parcours

<p><b>1. PRÉVENTION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs de risque à surveiller :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète ;</li> <li>• Hypertension.</li> <li>• Anomalie de la fonction lipidique</li> <li>• Tabac,</li> <li>• Obésité</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>2. DÉPISTAGE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Via la médecine scolaire et la médecine du travail (bandelette) ;</li> <li>• Via les soins primaires, notamment pour les diabétiques (bilan biologique) ;</li> <li>• Lors de la semaine du rein.</li> <li>• ...</li> </ul>
<p><b>3. SUIVI DU PATIENT DÉPISTÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Education thérapeutiques à faire auprès du patient ;</li> <li>• Mesures d'hygiène de vie à respecter ;</li> <li>• Règles à respecter dans l'utilisation de certains médicaments ;</li> <li>• Visite chez un généraliste et prise de sang idéalement 2X/an.</li> <li>• ...</li> </ul>
<p><b>4. TRAITEMENT DES COMPLI- CATIONS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si l'état s'aggrave, le patient doit être traité par un spécialiste :             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transplantation rénale ;</li> <li>• Dialyse.</li> </ul> </li> <li>• En phase préterminale, le suivi est opéré par un néphrologue</li> </ul>
<p><b>5. SUIVI DU TRAITEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A domicile : DP (tous les jours) ou hémodialyse (3x semaine)</li> <li>• En centre (3x semaine) : HDC, UDM auto-dialyse assistée ou simple</li> </ul>

B Point de rupture

<p><b>1. PRÉVENTION</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information et sensibilisation</li> <li>• Non observance des règles d'hygiène de vie / des facteurs de risque</li> </ul>
<p><b>2. DÉPISTAGE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La médecine scolaire et du travail ne couvre pas tout le monde ;</li> <li>• Le dépistage ne se fait pas en médecine préventive universitaire ;</li> <li>• Les personnes dépistées ne sont pas tracées dans un « registre » ;</li> <li>• Toutes les personnes dépistées ne donnent pas suite.</li> </ul>
<p><b>3. SUIVI DU PATIENT DÉPISTÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le non respect des règles entraîne des risques de complications ;</li> <li>• Pour les personnes non suivies, le retour dans le circuit se fait via les urgences : dialyse d'urgence, réanimation, hospitalisation longues.</li> </ul>
<p><b>4. TRAITEMENT DES COMPLI- CATIONS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N/A</li> </ul>
<p><b>5. SUIVI DU TRAITEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité ou pas d'un avis néphrologique au cours des séances de dialyse (télé expertise)</li> </ul>

## C Apport PLEXUS OI





### 4.1.1.3 Insuffisance Cardiaque Chronique (ICC)

#### A Parcours

<p><b>1. PRÉVENTION PRIMAIRE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs de risque à surveiller:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète et insuffisance rénale;</li> <li>• Hypertension artérielle;</li> <li>• Maladies cardiaques;</li> <li>• Tabagisme, alcoolisme, dénutrition, manque d'activité physique.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>2. DÉPISTAGE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apparition de symptômes et signes évocateurs (essoufflement, orthopnée, fatigue, difficulté à réaliser les activités quotidiennes, tachycardie, 3eme bruit cardiaque, polypnée, râles crépitants pulmonaires, turgescence jugulaire, hépatomégalie, œdèmes).</li> <li>• Suivi des comorbidités (diabète, HTA, insuffisance coronarienne).</li> </ul>
<p><b>3. SUIVI DU PATIENT DÉPISTÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Education thérapeutique à faire auprès du patient;</li> <li>• Mesure fréquente du poids, de la pression artérielle et du pouls;</li> <li>• Appréciation de l'efficacité et de la tolérance au traitement;</li> <li>• Visite régulière chez le généraliste et le cardiologue au moins 2/an;</li> <li>• Visite de contrôle technique du matériel si dispositif de resynchronisation tous les 2/4 mois.</li> </ul>
<p><b>4. TRAITEMENT DES COMPLI- CATIONS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aggravation des symptômes d'origine;</li> <li>• Episode de décompensation (œdèmes pulmonaires, signes de bas débit)</li> </ul>
<p><b>5. SUIVI DU TRAITEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Après une première hospitalisation, nécessité de suivre de façon journalière le poids, la glycémie et la tension artérielle.</li> </ul>

## B Point de rupture

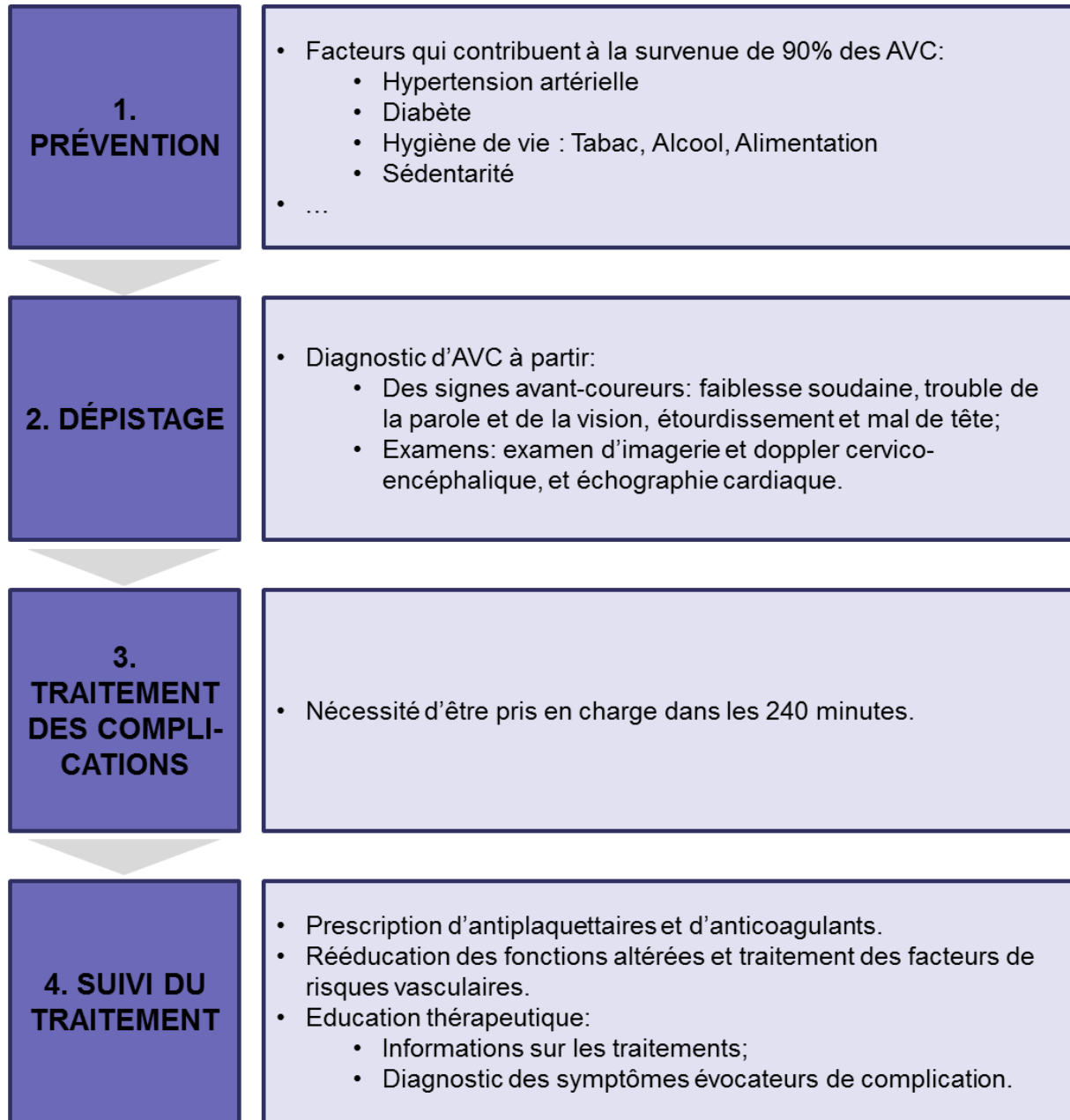
<p><b>1. PRÉVENTION PRIMAIRE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Information et sensibilisation sur les facteurs de risque.</li> <li>• Recherche de maladies nécessitant un traitement propre ou de situations potentiellement réversibles pouvant déclencher l'ICC.</li> <li>• Meilleur suivi : hypertension, pathologies cardiaques, valvulaires, coronariennes, personnes âgées, etc.</li> </ul>
<p><b>2. DÉPISTAGE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi et sensibilisation des personnes à risque.</li> <li>• Coordination et transfert d'information entre le médecin traitant et le cardiologue qui affirme l'anomie de la fonction ventriculaire gauche grâce à l'échocardiogramme ou l'électrocardiogramme.</li> </ul>
<p><b>3. SUIVI DU PATIENT DÉPISTÉ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le non respect des règles entraîne des risques de complications;</li> <li>• Une réadaptation cardiaque dans des structures spécialisées peut être prescrite en cas de déconditionnement à l'effort, de problème de réinsertion sociale et de présence de facteurs de risque;</li> <li>• Coordination de tous les acteurs en charge du suivi.</li> </ul>
<p><b>4. TRAITEMENT DES COMPLI- CATIONS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Détection des signes précurseurs pour un traitement rapide des complications et/ou une convocation d'urgence;</li> <li>• Hospitalisation en cas de non amélioration de l'état de santé du patient.</li> </ul>
<p><b>5. SUIVI DU TRAITEMENT</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les règles à suivre pour éviter des ré-hospitalisation sont simples.</li> </ul>

## C Apport PLEXUS OI

<p><b>PRÉVENTION</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Améliorer l'identification de la population à risque par le recensement sur demande des signes d'alerte (diabète, tabac, excès pondéral, HTA, anomalie du bilan lipidique...)</li> <li>2. Informer et sensibiliser la population aux facteurs de risques (hygiène de vie) via le portail patient et le portail professionnels de santé</li> </ol>
<p><b>DÉPISTAGE</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informer et inciter via le portail patient et le portail professionnel de santé les personnes présentant des facteurs de risques à effectuer un dépistage</li> <li>2. Historiser les dépistages effectués via le dossier patient afin d'effectuer des relances lors des soins ultérieurs et de réintégrer ainsi le plus grand nombre de personnes dépistées dans le parcours de soin</li> <li>3. Transmettre automatiquement au médecin traitant des données du suivi pour des patients requérant une attention soutenue.</li> </ol>
<p><b>PARCOURS DE SOIN</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partager le dossier médical informatisé entre l'hôpital et le médecin traitement.</li> <li>2. Suivre et traiter à distance les symptômes</li> <li>3. Equiper les malades avec des instruments de mesure du poids, de la tension et de la glycémie</li> <li>4. Envoi automatique des données à un centre de traitement et d'analyse.</li> </ol>
<p><b>OBSERVANCE</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre à disposition des outils de surveillance et de transfert systématique des données cliniques au médecin traitant pour une anticipation et une adaptation du traitement;</li> <li>2. Améliorer l'éducation thérapeutique en mettant à disposition des patients des outils de coaching de vie adapté à l'état du patient et des outils de e-learning en matière de sensibilisation et d'information sur les épisodes de décompensation</li> <li>3. Mettre en place de tablettes avec questionnaire à remplir régulièrement par le patient;</li> <li>4. Mettre en place des dispositifs implantables communicants</li> </ol>

#### 4.1.1.4 Accident vasculaire cérébral (AVC)

##### A Parcours



B Point de rupture



## C Apport PLEXUS OI

<p><b>PRÉVENTION</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Améliorer l'identification de la population à risque par le recensement sur demande des signes d'alerte (tabagisme, hypertension, maladies cardio neuro vasculaires)</li> <li>2. Informer et sensibiliser la population aux facteurs de risques (hygiène de vie) via le portail patient et le portail professionnels de santé</li> </ol>
<p><b>DÉPISTAGE</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Informer et sensibiliser les patients sur les signes pathologiques, les symptômes à surveiller et sur la nécessité de l'appel immédiat du SAMU</li> </ol>
<p><b>PARCOURS DE SOIN</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Partager le dossier médical informatisé entre l'hôpital et le médecin traitement.</li> <li>2. Faciliter l'accès au diagnostic et accélérer la prise en charge par le développement de la télé-AVC, la téléconsultation neurologique et de la télé-radiologie dans les hôpitaux non dotés d'une UNV</li> <li>3. Transfert d'imageries et de données biologiques</li> </ol>
<p><b>OBSERVANCE</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mettre à disposition des outils de surveillance et de transfert systématique des données cliniques au médecin traitant pour une anticipation et une adaptation du traitement;</li> <li>2. Mettre en place un rappel automatique des consultations programmées</li> <li>3. Améliorer l'éducation thérapeutique en mettant à disposition des patients des outils de coaching de vie adapté</li> <li>4. Communiquer sur l'offre de soin et la trajectoire de prise en charge</li> </ol>

## 4.1.2 Epidémiologie & Veille sanitaire

### 4.1.2.1 Pour les professionnels de santé

#### A Contribution à la veille sanitaire

##### **Déclaration réglementaire d'événements de santé**

La dématérialisation des déclarations d'événements de santé (Maladies à déclaration obligatoire, décès...) se développe en France. Plusieurs outils informatiques sont aujourd'hui disponibles ou le seront très prochainement pour faciliter la remontée réglementaire d'informations épidémiologiques. Or ces outils sont peu utilisés en raison de localisation variable selon les informations à signaler.

La mise à disposition d'un outil comprenant l'ensemble des outils de déclaration (télé-détection pour les maladies à déclaration obligatoire, e-syn pour les infections nosocomiales, la certification électronique des décès) contribuera à faciliter la déclaration pour les professionnels de santé et bien entendu d'améliorer l'exhaustivité des données recueillies. En termes de santé publique, la finalité sera une réactivité optimale pour la mise en place de mesures de gestion et une meilleure surveillance de la santé des populations.

Une réforme des vigilances et l'élaboration d'un système d'information « veille sanitaire » sont en cours au niveau national. Les outils produits seront intégrés dans PLEXUS afin de faciliter les remontées d'informations sanitaires réglementaires aux tutelles.

### **Déclaration non réglementaire d'événements de santé**

Une plateforme de veille et d'urgence sanitaire (PVUS) a été mise en place au sein de l'ARS OI Océan Indien dont un des objectifs est de réceptionner les signalements d'événements de santé inhabituels provenant des professionnels de santé. L'onglet « déclaration » de PLEXUS permettra de mettre en contact cette plateforme avec le professionnel de santé qui souhaitera faire remonter aux autorités sanitaires une information.

## **B Participation à des réseaux de surveillance**

### **Pour les médecins libéraux**

Il existe à La Réunion un réseau de médecins sentinelles, auquel peuvent participer tous les médecins volontaires. L'intégration de l'outil permettant le recueil de données d'activités hebdomadaires au sein de PLEXUS permettra de renforcer le nombre de médecins du réseau (actuellement de 54) à la Réunion. La finalité étant d'anticiper la détection des épidémies saisonnières (grippe et gastro-entérite) et d'en améliorer le suivi. Il permettra également, en cas de crise sanitaire de mettre en place une surveillance épidémiologique ponctuelle, permettant d'apporter des informations utiles pour la mise en place de mesures de réponses adaptées.

### **Pour les médecins hospitaliers**

Les personnels des services d'urgence et des SAMU auront un accès au réseau Oscour® qui est un système de surveillance syndromique qui repose sur le suivi de l'activité de l'ensemble de l'activité des services d'urgences et des SAMU-centre 15 de la Réunion et de Mayotte. Ce système coordonné par l'Institut de Veille Sanitaire permet de suivre les tendances temporelles de l'activité des services mais également de détecter des événements sanitaires inhabituels.

En ayant un libre accès à ces informations, les professionnels pourront ainsi suivre leur activité quotidienne mais également avoir un accès à une information épidémiologique directement liée à leur pratique.

## **C Accès à un dossier patient unique pour des actions de santé publique**

Il s'agit de disposer au moyen d'une solution informatique d'un seul dossier patient unique pour l'ensemble des informations recueillies au cours de différentes activités de dépistages / prévention.

Ainsi les professionnels de santé à travers un socle partagé d'informations communes à toutes les modules applicatifs (Lutte anti-tuberculeuse, tabacologie, dépistage VIH et IST, vaccination, etc...) et

de fonctionnalités similaires communes (recherche patients, listes de travail, gestion des droits, etc...) pourront suivre et piloter différentes actions de santé publique envers les patients.

Au final, il s'agira au moyen de PLEXUS de simplifier l'accès à des informations de thématiques proches ou directement liés, d'améliorer la prise en charge des patients concernés, d'optimiser la collaboration et le partage d'informations entre praticiens, de réduire les informations en doublon pour un seul et même patient et de renforcer le suivi épidémiologique des patients concernés et la veille sanitaire.

#### D Accès à l'actualité épidémiologique régionale

Des informations épidémiologiques sur l'état de santé de la population seront régulièrement mises à disposition des professionnels de santé afin de les aider dans leurs pratiques. En cas de situations d'urgences des informations spécifiques pourront être diffusées. Des documents thématiques sur des pathologies régionales pourront également être mis à disposition.

##### 4.1.2.2 Pour les patients

#### A Contribution à la veille sanitaire : participation à la population sentinelle «Koman i lé»

Les personnes volontaires auront la possibilité de s'inscrire sur une application informatique sécurisée, de type Voozаноо, développée par Epiconcept, agréé hébergeur de données de santé afin de participer à la population sentinelle. Au moyen de cet outil informatique, positionné dans PLEXUS, chaque personne pourra renseigner chaque semaine un questionnaire relatif à son état de santé sur la semaine écoulée, et de répondre aux enquêtes thématiques.

Au final les personnes inscrites auront accès à leurs statistiques personnalisées, qui seront également comparées avec celles de l'ensemble de l'échantillon. Elles pourront également avoir accès à des informations épidémiologiques sur la région et à des messages de prévention.

Cette cohorte de volontaires permettra de suivre la survenue de différents symptômes déclarés en continu dans cet échantillon de la population au niveau de la région et de détecter des événements de santé massifs au sein de cet échantillon. Par des enquêtes ponctuelles, elle permettra également de mieux connaître l'état de santé de cette population.

#### B Accès à un outil complet de dépistage organisé

Il s'agit pour les patients de disposer d'un outil facilitant la prise de rendez-vous avec les cabinets de radiologie, la réalisation d'examen, le suivi des clichés et la centralisation des examens ainsi que le lien avec les radiologues. Les résultats des examens sont enregistrés dans le logiciel de gestion.

Cet outil qui positionne le patient au centre du dispositif de dépistage facilitera son adhésion au programme par une simplification de l'ensemble des étapes.

#### C Accès à l'actualité épidémiologique régionale

Des informations épidémiologiques sur l'état de santé de la population seront régulièrement mises à disposition des professionnels de santé afin de les aider dans leurs pratiques. En cas de situations d'urgences des informations spécifiques pourront être diffusées. Des documents thématiques sur des pathologies régionales pourront également être mis à disposition.



D Accès à des messages de prévention ciblés en fonction de l'actualité sanitaire

Il sera possible de faire passer des messages spécifiques à destination des patients en fonction d'un contexte spécifique : lutte contre le moustique durant la période des pluies, lancement de la campagne de vaccination avant la saison grippale, recommandations aux voyageurs en cas d'épidémie dans des pays de la zone Océan Indien.

#### 4.1.3 Services aux Professionnels de Santé

Construit sur un modèle identique au portail patient, le portail professionnel de santé est l'outil indispensable des acteurs de santé. Ce portail professionnel santé doit devenir une plateforme multiservice qui concentre les données de santé, les informations épidémiologiques et qui rend des services dans l'exercice quotidien des professionnels de santé. Il s'adresse à tous les professionnels de santé qui agissent autour des personnes/patients/malades. Il est articulé autour de trois grands axes :

Un module « **Informations** » qui offre des accès aux différents dossiers médicaux personnels et dossiers pharmaceutiques garantissant la coordination et la sécurité des soins et des prescriptions. Ce module est le réceptacle des comptes-rendus d'hospitalisation et des résultats d'examens en provenance des SIH. Il permet d'accéder au répertoire de l'offre de soins régional, au site professionnel ameli.fr de l'Assurance Maladie et aux différentes informations et alertes sanitaires en provenance de la zone Océan indien et de la Réunion.

Un module relatif à l'**épidémiologie** : Il existe à La Réunion, un réseau de médecins sentinelles auquel peuvent participer tous les médecins volontaires. L'intégration de l'outil permettant le recueil de données d'activités hebdomadaires au sein de PLEXUS permettra de renforcer le nombre de médecins du réseau (actuellement de 54) à la Réunion. La finalité étant d'anticiper la détection des épidémies saisonnières (grippe et gastro-entérite) et d'en assurer le suivi. Il permettra également, en cas de crise sanitaire de mettre en place une surveillance épidémiologique ponctuelle, permettant d'apporter des informations utiles pour la mise en place de mesures de réponses adaptées. En outre, des informations épidémiologiques sur l'état de santé de la population seront régulièrement mises à disposition des professionnels de santé afin de les aider dans leurs pratiques. En cas de situations d'urgences des informations spécifiques pourront être diffusées. Des documents thématiques sur des pathologies régionales pourront également être mis à disposition. Enfin, Les personnels des services d'urgence et des SAMU auront un accès au réseau Oscour® qui est un système de surveillance syndromique qui repose sur le suivi de l'activité de l'ensemble des services d'urgences et des SAMU-centre 15 de la Réunion et de Mayotte. Ce système coordonné par l'Institut de Veille sanitaire permet de suivre les tendances temporelles de l'activité des services mais également de détecter des événements sanitaires inhabituels. En ayant un libre accès à ces informations, les professionnels pourront ainsi suivre leur activité quotidienne mais également avoir un accès à une information épidémiologique directement liée à leur pratique.

Un panel d'outils autour du « **Pack Sérénité** ». L'objectif recherché est de faciliter les conditions d'exercice en limitant le nombre d'interlocuteurs qui gravitent autour des solutions informatiques et techniques (maintenance des ordinateurs, maintenance du logiciel de gestion de cabinet LGC, maintenance du logiciel métier, relations avec le fournisseur d'accès Internet...). Le « pack sérénité » vient suppléer ces différents interlocuteurs en concentrant l'offre autour d'un package qui comprend:

- Un logiciel de gestion de cabinet en mode hébergé, mutualisé qui garantira l'accès en mode connecté depuis internet ainsi qu'un mode déconnecté en cas de rupture du lien réseau.

- Un espace de sauvegarde au sein du Datacenter Régional, afin d'offrir un lieu de sauvegarde sécurisé (agrément hébergeur de données de santé)
- Un lien réseau sur le Réseau Régional R2S qui fédère déjà l'ensemble des Ets de santé et des Ets médicosociaux et qui est la garantie
- Un ou des logiciels métiers en mode hébergé
- Un module de messagerie sécurisée qui garantit la confidentialité et la sécurité des échanges.
- Une suite collaborative qui va permettre aux médecins de ville de participer aux réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie mais aussi d'avoir recours à une expertise via des outils de télémédecine.

#### 4.1.4 Services aux patients / usagers

Le portail patient est un espace numérique accessible en mobilité. Il a vocation à devenir l'espace de référence pour les questions de santé. Construit sur une approche modulaire, il doit apporter de l'information fiable et sécurisée aux patients. Il doit aussi être vu comme une boîte à outils qui permettra aux patients de disposer :

D'un **accès aux informations de santé** qui le concerne (au Dossier Médical personnel, au Dossier pharmaceutique, à l'offre de soins, au suivi des vaccinations et, éventuellement, aux alertes sanitaires)

De **dispositifs de prévention** sous forme d'applications mobiles qui aide à suivre l'apport calorique/ou l'activité physique, de modules de e-learning et d'un blog santé qui permettra de poser des questions à un professionnel de santé en garantissant l'anonymat du patient. Le patient/usager pourra disposer d'informations générales et d'actualités (campagnes de communication, évènements régionaux,...) ; des liens vers des sites web validés diffusant des données d'observation et d'évaluation, ou consacrés à des thématiques particulières.

D'un module « **épidémiologie** » qui vise à faire de la population réunionnaise un réseau de vigilants nécessaire à la remontée d'informations épidémiologiques dans le but de suivre en continu la survenue de différents symptômes déclarés. L'objectif principal de ce module sera de disposer d'un échantillon de la population bénévole âgée de 18 ans et plus à des fins de surveillance épidémiologique. Un objectif secondaire sera de réaliser des enquêtes ponctuelles thématiques sur l'état de santé de cet échantillon de la population. Chaque participant pourra également consulter les points épidémiologiques présentant les résultats des analyses des données recueillies. Une fois inscrit, le participant recevra chaque semaine un mail lui rappelant de renseigner le questionnaire hebdomadaire. Ce dernier, très rapide à renseigner, consiste à cocher les symptômes ressentis au cours de la semaine précédente, puis à répondre à cinq questions supplémentaires concernant la prise en charge de ces symptômes.

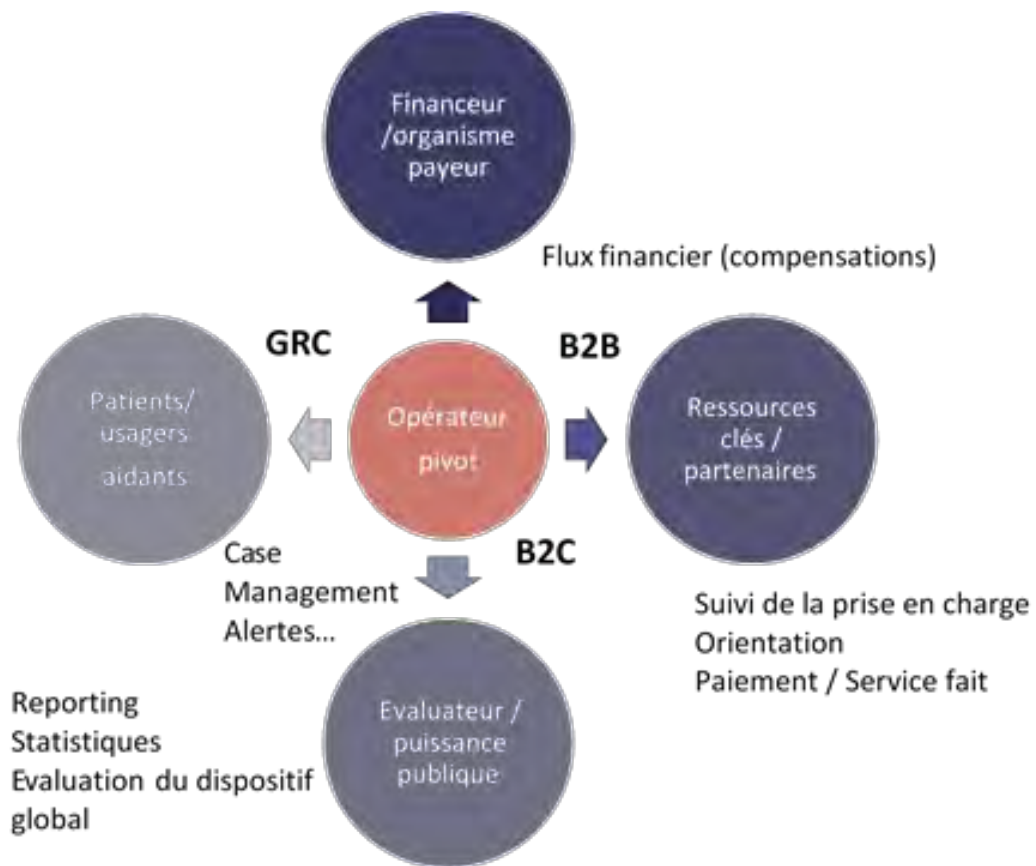
D'outils d'**Organisation** : un agenda patient permettant de concentrer l'ensemble des rendez-vous en dehors ou dans le cadre d'une prise en charge coordonnée. Des liens vers des sites de références qui donnent accès aux droits et facilitent les démarches. Ex : ameli.fr

De modules **actions** qui visent à faire du patient un acteur de sa prise en charge en lui offrant la possibilité de faire remonter, via des équipements communicants, des données de santé qui assureront son suivi à distance et éviteront des déplacements pénibles et coûteux.

#### 4.1.5 Case management

Le Case Management constitue la pierre angulaire du dispositif de coordination du parcours PLEXUS.

Dans un contexte d'organisation du parcours de soins orienté sur des cas complexes (multi-pathologie), le développement du bouquet de service PLEXUS se complète par un dispositif de case management qui vise à organiser et promouvoir le principe de l'intégration des soins dans un parcours de prise en charge global. A cet égard, il est orienté sur le patient, et non sur une pathologie à l'instar du disease management, et assure le lien entre les différents partenaires et intervenants dans le parcours. Il permet d'évaluer et d'ajuster les prestations concourant au parcours de prise en charge d'un patient, compte tenu des moyens dont il dispose. Le Case Manager intervient par conséquent en appui des professionnels et des réseaux, tant dans le domaine de la prévention que lors de la prise en charge. Le Disease Management peut être considéré comme un moyen mis à disposition du case manager pour améliorer la prise en charge du patient.



#### 4.1.5.1 Principales fonctions du Case Manager

Fortement en lien avec les pratiques observées dans le domaine du médico-social et compte-tenu de l'état de l'art en matière de case management, nous proposons de définir les fonctions du case management de la manière suivante :

##### **Identification / ciblage des cas / repérage**

Le Case manager doit être en mesure de cibler les patients à accompagner, soit par voie de recours par un tiers professionnel, soit selon des méthodes statistiques/prédictifs. La décision doit s'appuyer sur des critères opérationnels permettant de juger de manière objective de la capacité à prendre en charge le patient et de l'impact de la prise en charge par le CM (économique, bien être, amélioration/efficacité de la prise en charge du point de vue des professionnels et des aidants).

A cet égard, au fur et à mesure de la montée en charge du Case Management, la définition de la population cible est indispensable pour son bon fonctionnement. Parmi les critères de décision, ceux qui reviennent le plus sont :

L'âge du patient, l'état de santé actuel, l'autonomie de la personne, les antécédents médicaux / de santé, l'environnement familial et social, la situation professionnelle, les revenus financiers disponibles et les droits sociaux. Enfin, la complexité de la coordination du parcours de soins et des compétences requises, compte-tenu de la localisation du patient, semble être un critère prépondérant.

*Besoins SI : banque de données / outils prédictif, référentiel des demandes actives d'accompagnement*

**Coordination de l'évaluation du cas / contribution au projet d'accompagnement en lien avec les différents partenaires / Description de l'environnement du patient (aidants, proches, médecin référents, structures de proximité, habitudes de vie...)**

Remarque : L'orientation du patient/usager, la définition des protocoles médicaux, etc...sont du ressort des professionnels et des structures mandatées pour le faire. Le Case Manager est un coordinateur de l'ensemble des compétences nécessaires à la définition et au suivi du parcours de prise en charge.

*Besoins SI : Référentiels des structures, des correspondants / Référentiels de projet d'accompagnement (structures types), Dossier Patient*

**Coordination des interventions / suivi du PPS / évaluation**

Il s'agit de suivre l'exécution du parcours, en lien avec le patient, les aidants, les professionnels locaux (structures sanitaires et médico-sociale, services à domicile, associations et médecins libéraux) et les dispositifs régionaux (les bouquets de services PLEXUS, la plateforme de case Management, ...). L'éventail des moyens et services mis à disposition du parcours détermineront les modalités et le niveau de suivi. A titre d'exemple, il peut s'agir de suivre l'exécution des prestations à domicile, de préparer et suivre le retour à domicile du patient après une hospitalisation, de réagir en 1er recours à des remontées d'alertes (appel d'un aidant, du patient, télésurveillance, observance – e-pharmacie...) ou de gérer des situations de ruptures. Le Case Manager devrait pouvoir, dans ce contexte, prendre en charge le suivi des aides (compensations) versées au titre de la prise en charge et s'assurer de l'adéquation entre le financement et la prise en charge. Il contribue à l'évaluation globale du dispositif de prise en charge, tant à l'échelle du patient qu'à l'échelle de la population qu'il a en charge.

L'effort de suivi est à ajuster en fonction de l'évolution de la situation du patient et de l'évolution de ses habitudes de vie.

Outil essentiel du Case Manager, le Programme Personnalisé de Soins est un dispositif essentiel pour organiser et planifier le parcours de soins des personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Il explicite les points de vue du patient et du médecin traitant sur la situation de la personne et identifie les objectifs partagés entre le médecin et la personne malade. Il correspond à un plan d'action pour la prise en charge prospective de cette personne. L'utilisation du PPS est une attente forte des professionnels de santé maintes fois exprimée.

*Besoins SI : moteurs de workflow-PPS, Dossier Patient, Datamining*

**Clôture du cas**

Dans l'absolu, dans le cadre d'une prise en charge de maladie chronique, la clôture du cas peut intervenir en fin de vie ou en cas de déménagement / sortie de territoire. Dans le cadre de la montée en charge du service, on peut estimer que la prise en charge d'un patient, par un Case Manager, peut être ponctuelle et concerner un épisode du parcours de prise en charge.

A titre d'exemple : demande d'hébergement provisoire en structure à la demande d'un aidant, retour à domicile suite à hospitalisation pendant une période à risque.

#### *4.1.5.2 Problématiques*

##### **Formation**

La création de **L'Institut Régional de Management en Santé de l'Océan Indien** répond à un véritable besoin en vue de contribuer à la formation initiale et continue des cadres exerçant dans le domaine sanitaire et médico-social de l'Océan Indien. Il prend appui sur le Rapport de la mission de Chantal de Singly sur « le rôle, les missions, la formation et la valorisation des cadres hospitaliers » remis à la Ministre de la Santé et des Sports le 11 septembre 2009.

Dans ce contexte et afin de tisser des liens, dès la formation, avec l'ensemble des partenaires, il pourrait être proposé que les Case Managers soient formés dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers et puissent faire de nombreux stages au sein de cet institut de management qui verra le jour dès 2015.

##### **Recrutement local**

Les case manager, compte tenu de contraintes actuelles liées à la confidentialité des données médicales, sont le plus souvent des infirmiers. On observe à l'étranger, notamment en Allemagne, la création de filières spécifiques de « case manager » visant à former et à certifier du personnel. Compte tenu des spécificités de l'île de La Réunion, des recrutements locaux sont indispensables. L'évaluation du bassin de recrutement est à réaliser.

##### **Juridique**

En lien avec le point précédent pour le recrutement et la création d'une filière spécifique. En lien avec le mode de rémunération et l'inscription dans les textes d'une fonction de case manager.

##### **Plateforme – SI**

Pour un démarrage rapide, la mutualisation avec des structures/plateformes existantes peut permettre de monter rapidement en compétence et d'optimiser les coûts.

La difficulté de l'accès aux données médicales personnelles, aux données médicales globales (coût, consommation...) n'est pas à sous-estimer.

##### **Fidélisation & recrutement des patients**

L'évaluation de critères de sélection, la réalisation d'un modèle prédictif pour le ciblage requiert des expertises rares pour la mise en place.

**Partenariat – cofinancement** : Assurances, Mutuelles, Associations

## 4.2 APPORT DES SERVICES PLEXUS OI

Attentes territoriales / Projets	AMELIORATION DU PARCOURS DES FILIERES	EPIDEMIOLOGIE	RECHERCHE	SERVICES AU PS	SERVICES AU PATIENT /USAGERS	CASE MANAGEMENT
<b><i>D'assurer le développement des usages par le déploiement de solutions favorisant l'échange d'informations et l'intervention à distance</i></b>	utilisation d'outils de coordination DMP, DP, PPS messagerie sécurisée	promotion du dispositif de population sentinelle, et par le datamining	datamining Economiste de la santé	Utilisation des Package d'outils Pack Sérénité Messagerie sécurisée CR d'hospitalisation et d'exams ROR PPS DMP DP Télésurveillance	Applications mobiles Modules de e-learning DMP DP PPS ROR	DMP DP PPS ROR
<b><i>De prendre en compte la logique de parcours dans ses dimensions médicales et médico-sociales</i></b>	Case manager Disease manager DMP DP PPS Equipes Mobiles (dépistage ETP)			Case manager Disease manager DMP DP PPS Equipes Mobiles (dépistage ETP)	Case manager Disease manager DMP DP PPS Equipes Mobiles (dépistage ETP)	DMP DP PPS ROR Trajectoire Equipes Mobiles (dépistage ETP)
<b><i>De mettre en place un dispositif de Supervision, Coordination et de Gestion des cas, relais des acteurs du territoire et des usagers</i></b>	DMP DP PPS Equipes Mobiles (dépistage ETP)			DMP DP PPS Equipes Mobiles (dépistage ETP)	DMP DP PPS Equipes Mobiles (dépistage ETP)	DMP DP PPS Equipes Mobiles (dépistage ETP)

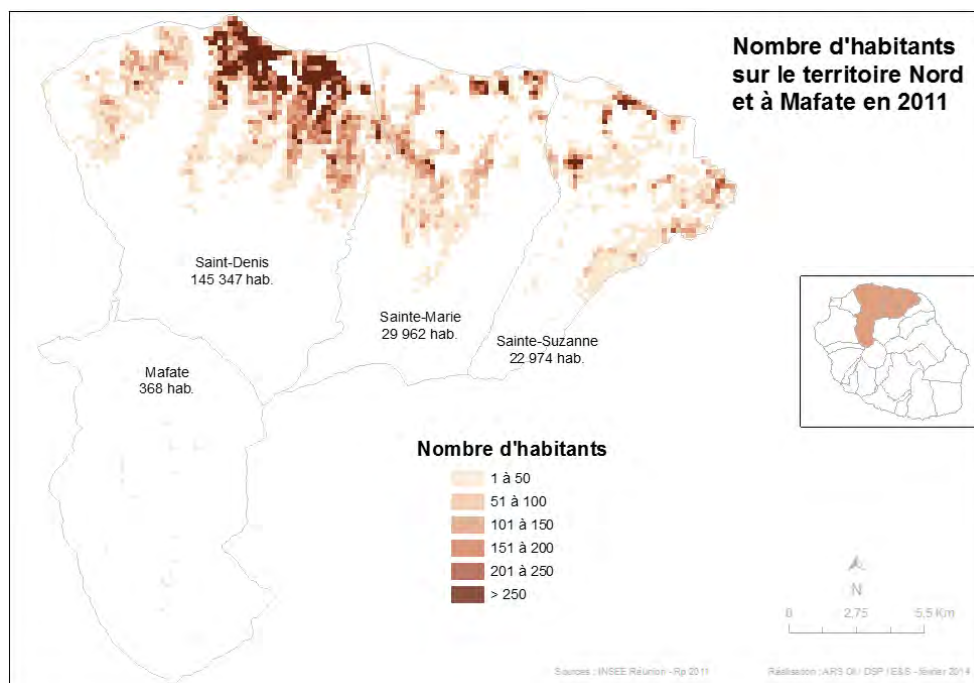
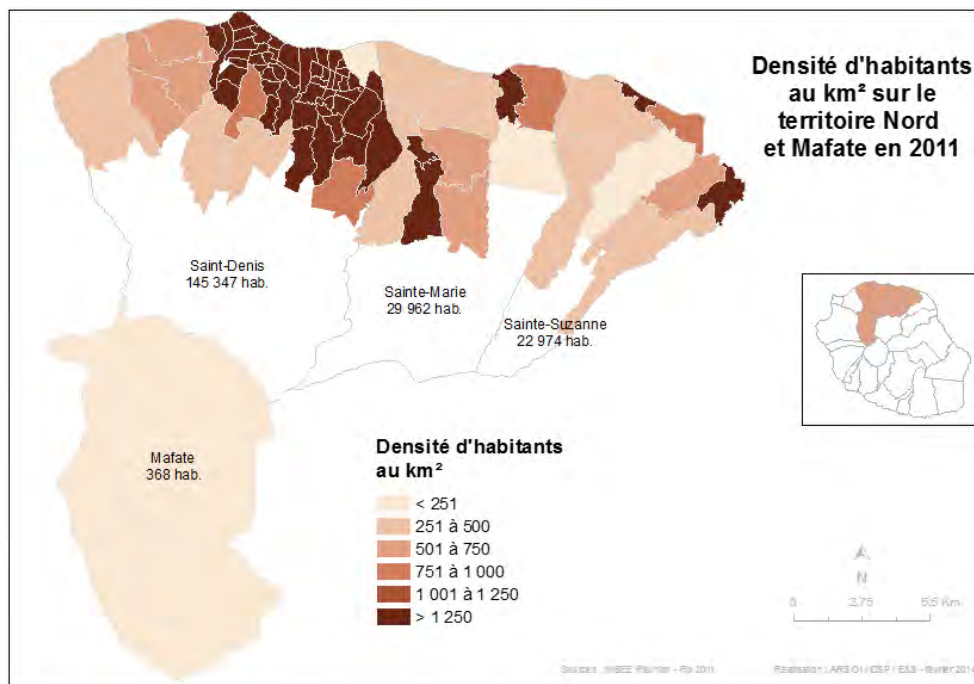
Attentes territoriales / Projets	AMELIORATION DU PARCOURS DES FILIERES	EPIDEMIOLOGIE	RECHERCHE	SERVICES AU PS	SERVICES AU PATIENT /USAGERS	CASE MANAGEMENT
<b>De mettre en place un dispositif d'évaluation médico-économique</b>	Amélioration du dispositif par un processus itératif		Poste d'économiste de la santé			Optimisation de l'organisation et des parcours
<b>De proposer un espace dédié à la connaissance et à la formation adaptée au besoin (Formation en ligne : E-learning, MOOC<sup>5</sup>, serious game...)</b>	Amélioration du dépistage Amélioration des prises en charge	Optimisation du dispositif de veille	Espace de recherche en économie de la santé	Amélioration des connaissances Développement professionnel continu	Connaissance de sa et ses pathologies Module d'éducation à la Santé	Coordination des module de e-learning entre Patients et PS afin d'améliorer le dépistage et la prise en charge
<b>De disposer d'un système permettant de valoriser l'information de Santé (Datamining- Big Data)</b>	Disposer en temps réel d'informations qui permettent de corriger le ou les dispositifs	Connaissance fine de l'état de santé des patients	Mesures anticipatrice ou prédictives	Améliorer la perception de l'état de santé des populations	Améliorer le dépistage des patients pour lesquels les analyses et examens ne parviennent pas au PS	Inclusion de patients nouvellement dépistés via l'interprétation des données

<sup>5</sup> « Massive Open Online Course »

## 4.3 PERIMETRE

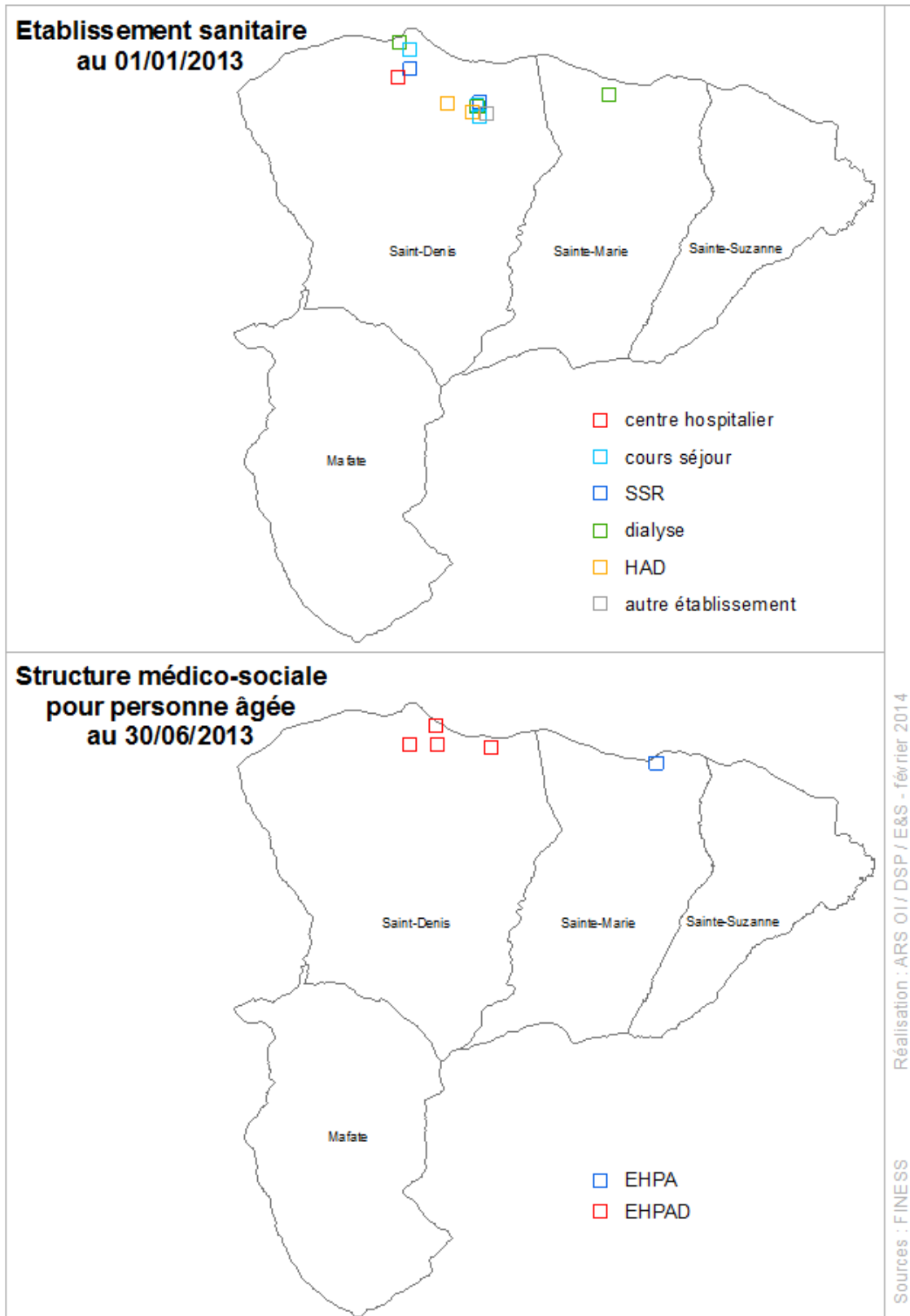
### 4.3.1 Bassin de santé sélectionné

#### 4.3.1.1 Densité et Population

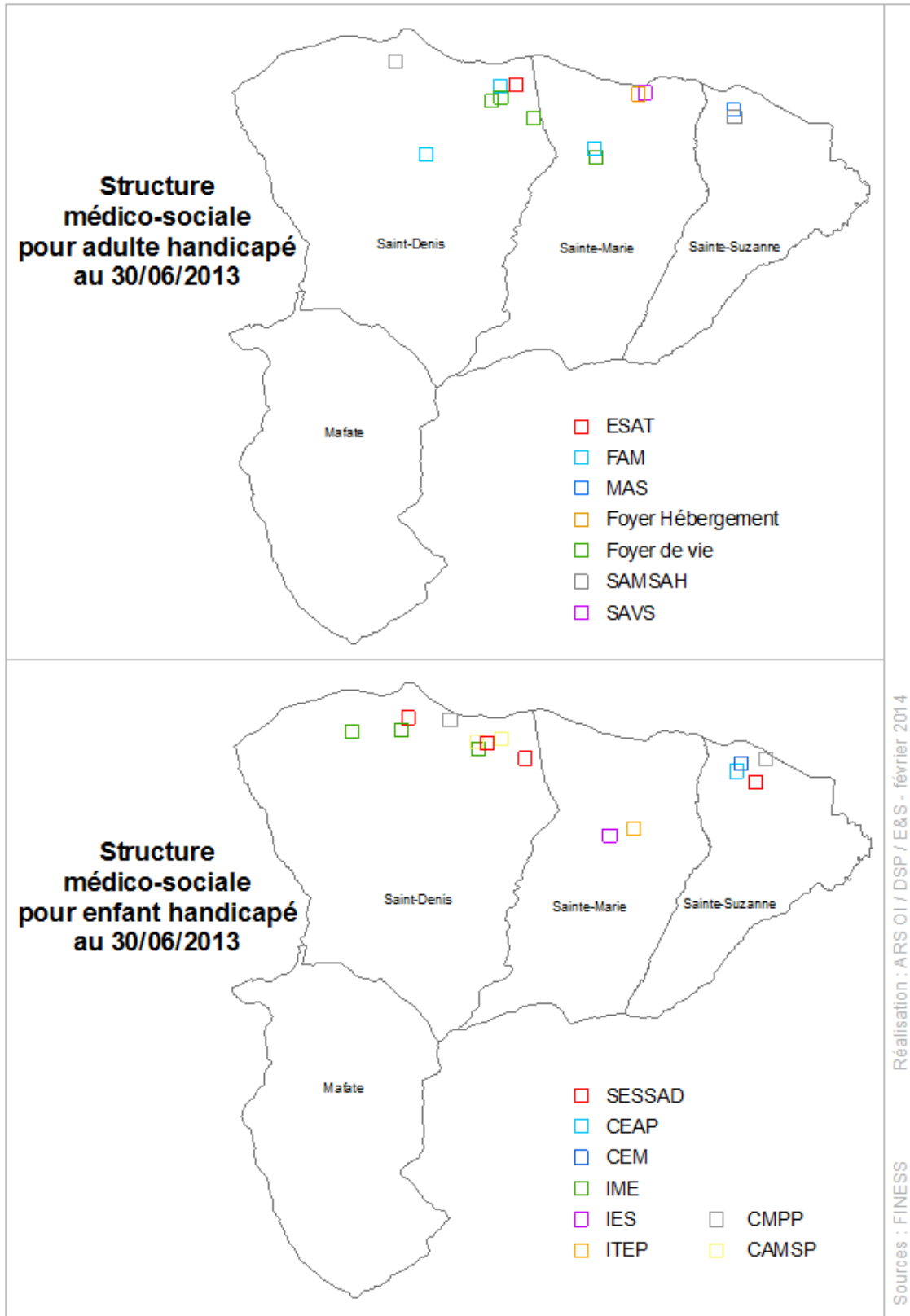




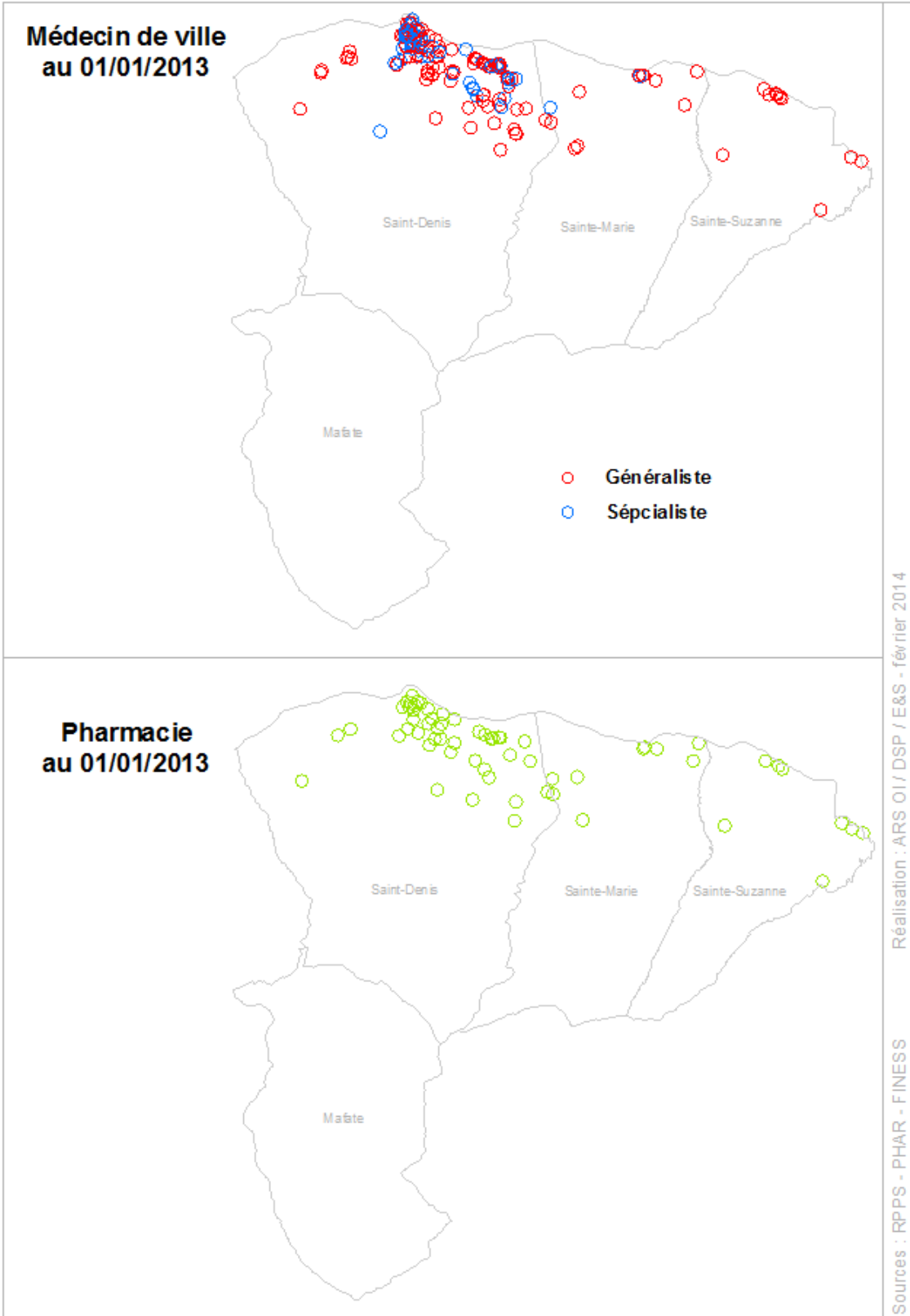
#### 4.3.1.2 Etablissements sanitaires et médico-sociaux (personnes âgées)



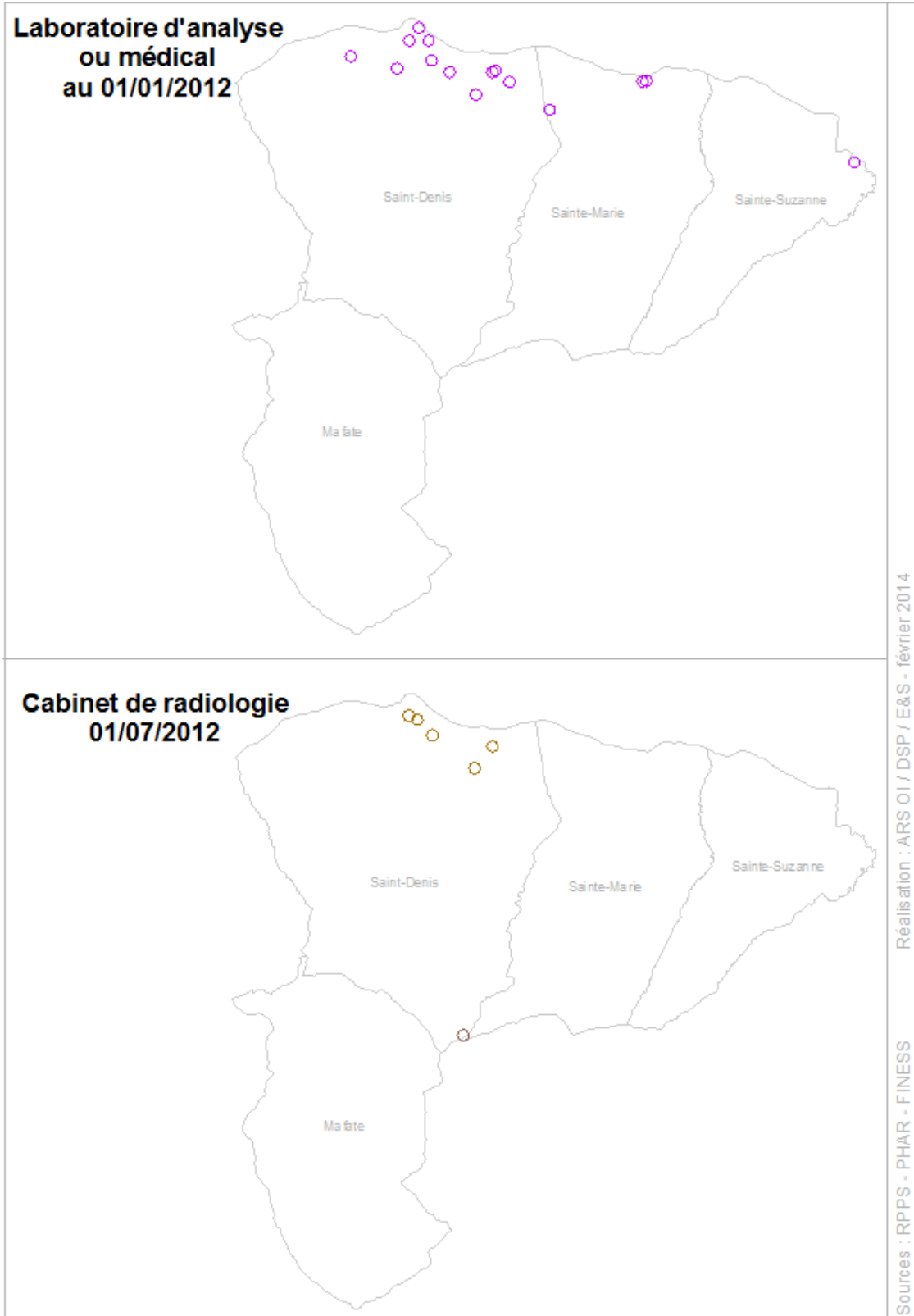
### 4.3.1.3 Structures médico-sociales (handicap)



#### 4.3.1.4 Médecins de ville et Pharmacies



#### 4.3.1.5 Laboratoires et cabinets de radiologie



### 4.3.2 Acteurs impliqués

#### Référents « Diabète » identifiés :

- ✓ **Dr Xavier DEBUSSCHE**, praticien endocrinologue au CHU
- ✓ **Dr Dominique RIEMENCE**, médecin coordonnatrice médicale Réucare
- ✓ Comité de Pilotage « Parcours de soin du patient diabétique » créé en 2012

#### Référents « Insuffisance Rénale Chronique » identifiés :

- ✓ **Dr. José GUISERIX**, Président CME CHU, néphrologue CHU
- ✓ **Dr Robert GENIN**, Chef de service néphrologie, CHU & mi-temps AURAR
- ✓ Autres membres du CRIRC (Comité Régional sur l'Insuffisance Rénale Chronique) créé en 2006

#### Référents « Insuffisance Cardiaque Chronique » identifiés :

- ✓ **Dr. Geoffroy RAMBAUD**, Cardiologue, Clinique Sainte-Clotilde
- ✓ **Dr. Franck MOSHINALY**, Cardiologue, CHU site Nord
- ✓ **Dr Olivier GEOFFROY**, Cardiologue, CHU site Sud

#### Référents « Accident Vasculaire Cérébral » identifiés :

- ✓ **Dr. Julien DUFOUR**, Médecin Généraliste, CHU, Coordinateur Régional Filière AVC
- ✓ **Mme Arlette HUREZ**, Cadre de Santé, CHU, Coordinatrice Régional Filière AVC
- ✓ Autres membres du COTER AVC, Comité Technique Régional AVC créé en 2012

## 4.4 NATURE DES SOLUTIONS VISEES

3 grandes réalisations technologiques viennent servir les objectifs du projet :

- ✓ La mise en place de **2 portails web** multi-plateforme, intégrant de nombreux services
  - Portail professionnels de santé
  - Portail patients-usagers
- ✓ Le développement d'une **plateforme de case management**
  - Un plateau d'appel de télésurveillance et de suivi des patients pour coordonner les équipes mobiles de dépistage
  - Acteurs autour du patient (familles, aidants, professionnels de santé...)
  - Un réseau de santé pour coordonner les actions
  - Des équipes mobiles d'éducation thérapeutique
  - appareils connectés au domicile du patient qui permettent un suivi distant et qui sécurisent les aidants.
- ✓ La mise en place d'une solution informatique packagée intégrant le service, dédiée aux professionnels libéraux (**pack Sérénité**)
  - Solution de gestion de cabinet SAAS avec abonnement
  - Hébergement centralisées, sécurisé,
  - Données sauvegardées
  - Accès internet...

Ces 3 réalisations nécessitent en prérequis, **la création et l'enrichissement de modules applicatifs d'infrastructure déjà en place sur le territoire.**

## 4.4.1 Technologies et solutions envisagées

### 4.4.1.1 Un existant technologique en place

Un socle applicatif conséquent est déjà en place. Il servira de support au déploiement des briques techniques inscrites au périmètre du projet PLEXUS OI :

#### A La suite applicative de la société IdeoSanté

Un **serveur d'habilitation** ouvert qui respecte les obligations réglementaires en matière de confidentialité des données, de traçabilité des actions, de gestion des accès (carte CPS et OTP) ainsi que les standards et normes d'interopérabilité.

Un **référentiel des structures (ROR)** qui est déjà alimenté par des données du RPPS, mais qui nécessite un peuplement par l'ensemble ses établissements de la nature de leur offre de soins.

Un **référentiel des patients** qui est déjà alimenté par les données du CHU de La Réunion (70% de l'offre de soins, > 1 000 000 d'identités).

Un **entrepôt de données structurées** qui stocke déjà les données des applications régionales déployées sur le territoire.

Un **EAI**<sup>6</sup> qui est déjà en place sur plus d'une dizaines de flux.

La **suite collaborative zimbra** (mail, agenda, contacts) nativement intégrée aux référentiels listés précédemment.

Une **solution de gestion de contenu** (portail web multi services) intégrant de nombreuses fonctionnalités (workflow, formulaire, syndication, espace de collaboration, marketing viral...)

#### B La solution Covotem™ de la société Covalia

La solution de télémédecine régionale, retenue à l'issue d'un marché notifié le 13 septembre 2013 est la solution Covotem de la société Covalia. Cette solution, retenue par 11 régions de France, permet de réaliser les 4 actes de télémédecine : Télé-consultation, Télé-surveillance, Télé-assistance, Télé-expertise pour diverses spécialités médicales.

Le logiciel Covotem inclut différents outils dont :

- ✓ Sécurité des échanges : cryptage des flux et identification forte par carte CPS
- ✓ Fiche patient : traçabilité des actions, éditeur de rapports / formulaires, transfert et gestion des dossiers médicaux
- ✓ Imagerie : visualisateur d'images médicales, connecteur DICOM permettant de télécharger ou/et visualiser des examens médicaux provenant de modalités DICOM (PACS, Passerelle DICOM, station de post-traitement)
- ✓ Web-conférence : outils de communication audio/vidéo
- ✓ Interfaçage avec les outils des établissements et avec les outils externes

Au travers de son paramétrage, la solution est en capacité d'inclure entre autres choses :

---

<sup>6</sup> Enterprise Application Integration

- ✓ Des seuils d'alerte en cas de télésurveillance
- ✓ La communication avec des matériels médicaux communicants (pèse personne, modalités, stéthoscope, etc.)
- ✓ La définition du format des comptes-rendus
- ✓ Des applications pour smartphones et tablettes
- ✓ La lecture de photos et vidéos, le calibrage des images, le calcul de données à partir d'une image

Cette plateforme ouverte, permet l'interopérabilité avec les SIH ainsi qu'avec le DMP. Dans une approche urbanisée, la plateforme de télémedecine s'appuie totalement sur le socle applicatif régional :

- ✓ l'annuaire des professionnels de santé et des structures, conforme RASS, RPPS;
- ✓ le portail d'accès unique multiservices «services Professionnels»;
- ✓ le service SSO<sup>7</sup> via une authentification forte par carte CPS professionnel ;
- ✓ l'annuaire patient avec la mise en place des processus du calcul de l'INS-C et de synchronisation avec les SIH en IH PDQ ;
- ✓ la messagerie sécurisée homologuée ASIP et convergente MSSanté.

La plateforme de télémedecine est hébergée au sein du datacenter régional, lui-même raccordé au réseau R2S, le réseau d'interconnexion privatif crypté haut débit des acteurs de santé et du médico-social de la Réunion et de Mayotte.

#### 4.4.1.2 Enrichissement du socle technique

##### A L'enrichissement du référentiel des patients

Le **référentiel des patients régional** déjà en service et alimenté des données du CHU de La Réunion (70% de l'offre de soins, > 1 000 000 d'identités), devra faire l'objet de travaux d'enrichissement des identités patient des acteurs du bassin de santé retenu.

La cellule régionale d'identito-vigilance (lettre de mission ARS OI en annexe 6.3 page 196) permettra de mettre en cohérence l'ensemble des identités au niveau régional. Cette cellule, anime et coordonne un réseau d'identito-vigilants, élément indispensable au maintien et à l'administration des référentiels ainsi qu'à la sécurité des échanges de données.

##### B L'enrichissement du référentiel des structures (ROR)

Le **référentiel des structures (ROR)** déjà en service et alimenté mensuellement par le RPPS, devra faire l'objet de travaux d'enrichissement des données des acteurs du bassin de santé :

- ✓ Accompagner les structures et acteurs du bassin de santé dans la **création et/ou l'alimentation de leur annuaire** en ayant préalablement défini et validé l'**organisation interne** (processus et procédures) pour alimenter et faire vivre ce référentiel.
- ✓ Accompagner l'**interconnexion des annuaires** établissement avec le référentiel des structures régionales.
- ✓ Accompagner les acteurs de santé du bassin dans la **qualification et la mise à jour** des informations les concernant

---

<sup>7</sup> Single Sign On

PLEXUS OI permettra de définir et mettre en œuvre une **organisation régionale** à même de piloter dans la durée la qualité des données stockées. Ce point est indispensable au maintien et à l'administration des données.

#### 4.4.1.3 Pack sérénité libéraux

Il s'agira soit de :

- ✓ développer en mode agile,
- ✓ s'appuyer sur des logiciels existants

afin de permettre aux professionnels de santé libéraux de se doter d'un logiciel de Gestion de Cabinet multiplateforme et pluri professionnel accessible depuis internet.

Enfin, ce pack devra intégrer des services comprenant :

- ✓ Outre un logiciel de gestion de cabinet intégrant nativement l'accès au DMP, la messagerie sécurisée, intégrant nativement dans le dossier patient les compte rendu et examens, un référentiel médicamenteux,
- ✓ La télétransmission FSE
- ✓ La supervision et la maintenance de la solution
- ✓ La gestion des sauvegardes
- ✓ Un accès internet dans le cabinet pour le professionnel

#### 4.4.1.4 Datamining & open data

Urbanisée avec les briques de l'infrastructure régionale existante, cette solution à l'architecture (technique et fonctionnelle) évolutive et à même de stocker un très grand nombre de données, devra stocker/agrégier les données déjà disponibles et s'enrichir de nouvelles informations permettant de servir les grandes catégories de besoins suivants :

- ✓ Veille sanitaire et épidémiologique à destination des professionnels de santé (libéraux et hospitaliers) et des patients/usagers
- ✓ Analyse prédictive à destination des professionnels de santé
- ✓ Puits de données à des fins de recherche

La solution devra intégrer, dans le respect de la réglementation entourant l'accès aux données médicales, plusieurs modalités d'interrogation, d'analyse et de restitution de l'information :

- ✓ Un lien devra être étudié pour intégrer les données du SNIIRAM
- ✓ Un ensemble de rapports statistiques prédéfini
- ✓ Des rapports pré-défini et un « requêteur léger » Directement intégré aux 2 portails
- ✓ Un « requêteur lourd » permettant des travaux complexes d'analyse et de croisement de données

Une cellule dédiée devra être mise en place pour administrer et faire vivre le référentiel.

#### 4.4.1.5 Plateforme de case management

La prise en charge transversale des maladies chroniques implique de multiples intervenants et réduit la place historiquement majeure des soins aigus curatifs au profit des autres prises en charge. La



spécialisation croissante des professionnels de santé amplifie le phénomène. Le champ de la santé doit intégrer la prise en charge sanitaire et sociale des individus. L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant des systèmes de santé.

La plateforme est un espace polymorphe, qui permettra d'une part, d'accompagner la coordination des professionnels qui ont déjà pris l'habitude de travailler ensemble en leur permettant de proposer un relai psychosocial et de disposer de Programmes Personnalisés de Soins structurés et, d'autre part, de structurer le travail en réseau des PS qui auront besoin de se coordonner autour de patients nouvellement inclus dans le dispositif.

La plateforme dispose d'outils de coordination :

- ✓ DMP qui apparaît ici comme un recueil d'éléments statiques d'informations de santé
- ✓ Le PPS qui est l'outil pour la coordination d'un épisode de la prise en charge. Le case manager sera chargé de sa mise à jour
- ✓ Moteur de workflow,
- ✓ outil de gestion de la relation usager/patient (CRM adapté à l'usager)
- ✓ Environnement call center
- ✓ Interface de suivi/pilotage/alerte des remontées des équipements communicants
- ✓ Communication multicanal (mail, sms...)
- ✓ Logistique et SAV des appareils connectés

La plateforme intègre des équipes mobiles de dépistage et d'éducation thérapeutique afin d'agir en amont et en aval de la maladie, au plus près des patients.

Une plateforme téléphonique 24/24, 7/7 disposant d'outils de suivi s'appuyant sur la **plateforme de télé médecine**.

#### 4.4.1.6 Portail professionnels

Ce portail multi-plateformes, dont dispose déjà la région, est nativement intégré à la solution IdeoSSO (authentification, traçabilité, habilitations).

L'ensemble du contenu devra pouvoir s'adapter au profil de l'utilisateur connecté.

Il conviendra en outre de travailler le design et l'ergonomie générale pour en garantir l'usage plein et entier, de développer la version smartphone/tablette et d'y intégrer les différents services servant les objectifs métiers :

A Un module d'accès aux applications régionales et nationales

- ✓ DMP de mes patients
- ✓ [www.espacepro.ameli.fr](http://www.espacepro.ameli.fr)
- ✓ Dossier Pharmaceutique
- ✓ Mes dossiers de télé médecine & télésurveillance
- ✓ Pack sérénité libéraux
- ✓ Orientation SSR (Trajectoire)
- ✓ L'annuaire de l'offre de soins

- ✓ Comptes rendu et examens de mes patients
- ✓ Plus largement l'ensemble des applications régionales déjà en place et auxquelles j'ai accès.

#### B Un module de formulaires dématérialisés

- ✓ Maladies à déclaration obligatoire
- ✓ Certificat de décès électronique

#### C Un module de e-learning

Dans une perspective d'accompagnement au changement des compétences et de progression vers de nouveaux métiers : proposer des contenus, outils et une plateforme de formation en ligne à destination des professionnels de santé. Ceci peut se mettre en lien avec le financement de la formation et notamment du Développement Professionnel continu.

- ✓ Formation à distance dans le cadre de la formation continue et du Développement Professionnel continu
- ✓ Parcours de formation aux nouveaux outils du SI et à la gestion de projet.

#### D Un module collaboratif

Messagerie sécurisée de santé, chat, agenda, carnet d'adresse personnel et professionnel s'appuyant sur le référentiel des structures (ROR), web-conférence.

#### E Un module de partage d'informations

- ✓ Pharmacovigilance
- ✓ Réseau sentinelle Oscours
- ✓ Vigilance et information épidémiologique

#### 4.4.1.7 Portail Patients/Usagers

Ce portail multi-plateformes, dont dispose déjà la région, est nativement intégré à la solution IdeoSSO (authentification, traçabilité, habilitations).

Le contenu de l'ensemble du contenu devra pouvoir s'adapter au profil de l'utilisateur connecté.

Il conviendra en outre de travailler le design et l'ergonomie générale pour en garantir l'usage plein et entier, de développer la version smartphone/tablette et d'y intégrer les différents services servant les objectifs métiers :

#### A Un module d'accès aux applications régionales et nationales

- ✓ Accès à mon DMP
- ✓ [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)
- ✓ Mon Dossier Pharmaceutique
- ✓ Remonter les données de mes appareils communicants
- ✓ Orientation SSR (Trajectoire)  
Doit permettre de réaliser une demande d'admission et d'en suivre l'avancement
- ✓ L'annuaire de l'offre de soins  
Développement d'une version smartphone, permettant d'accéder à l'offre de soins et utilisant les fonctionnalités de géolocalisation permettant d'identifier les professionnels à proximité de mon emplacement.

## B Un module d'application web avec version smartphone

### **Mes vaccinations**

Pouvoir stoker l'historique de mes vaccinations et bénéficier d'une alerte concernant le rappel. Une déclinaison smartphone devra permettre d'accéder à l'ensemble des fonctionnalités en mobilité.

### **Appli-secours**

Renseigner des informations pertinentes sur ma santé (groupe sanguin, pathologies, allergies, traitements suivis, diabétique, donneur d'organes, mon médecin traitant, les coordonnées des personnes à contacter en cas d'urgence). Faire état de mes compétences en matière de santé.

Permettre aux équipes de secours de disposer d'informations directement accessibles depuis le smartphone du patient.

Permettre de faire partie d'un réseau d'aidants géolocalisés, pouvant intervenir en cas d'alerte déclenchée par un autre utilisateur de l'application.

### **Mes rendez-vous**

Offrir la possibilité d'intégrer directement les rendez-vous santé dans mon agenda ou application spécifique.

## C Un module d'informations médicales et de prévention

En amont du parcours de soins : proposer des contenus et solutions pour la prévention à destination des patients, aidants.

Dans le cadre du parcours de soins : apporter du contenu en éducation thérapeutique pour le patient.

- ✓ Bandes dessinées interactives d'éducation, centrée sur la qualité du savoir à transmettre
- ✓ Moteur de jeu / Gameplay
- ✓ Serious games

## D Un module de partage d'informations

- ✓ Population sentinelle

La santé est une préoccupation majeure pour la population réunionnaise. C'est pourquoi l'ARS Océan Indien et la Cire Océan Indien, en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé, ont initié un projet visant à associer la population à la veille sanitaire.

Ce projet, baptisé Koman i Lé, consistera à recueillir chaque semaine les symptômes présentés par les Réunionnais. A partir de ce suivi hebdomadaire, il sera possible d'identifier d'éventuelles situations sanitaires inhabituelles au sein de ce large échantillon de la population.

Sera étudiée à terme, la possibilité d'inclure à ce portail un formulaire électronique de pré-admission accompagné d'une mise en ligne des pièces jointes demandées à l'admission en Ets de santé.

#### 4.4.2 Schéma d'urbanisation général

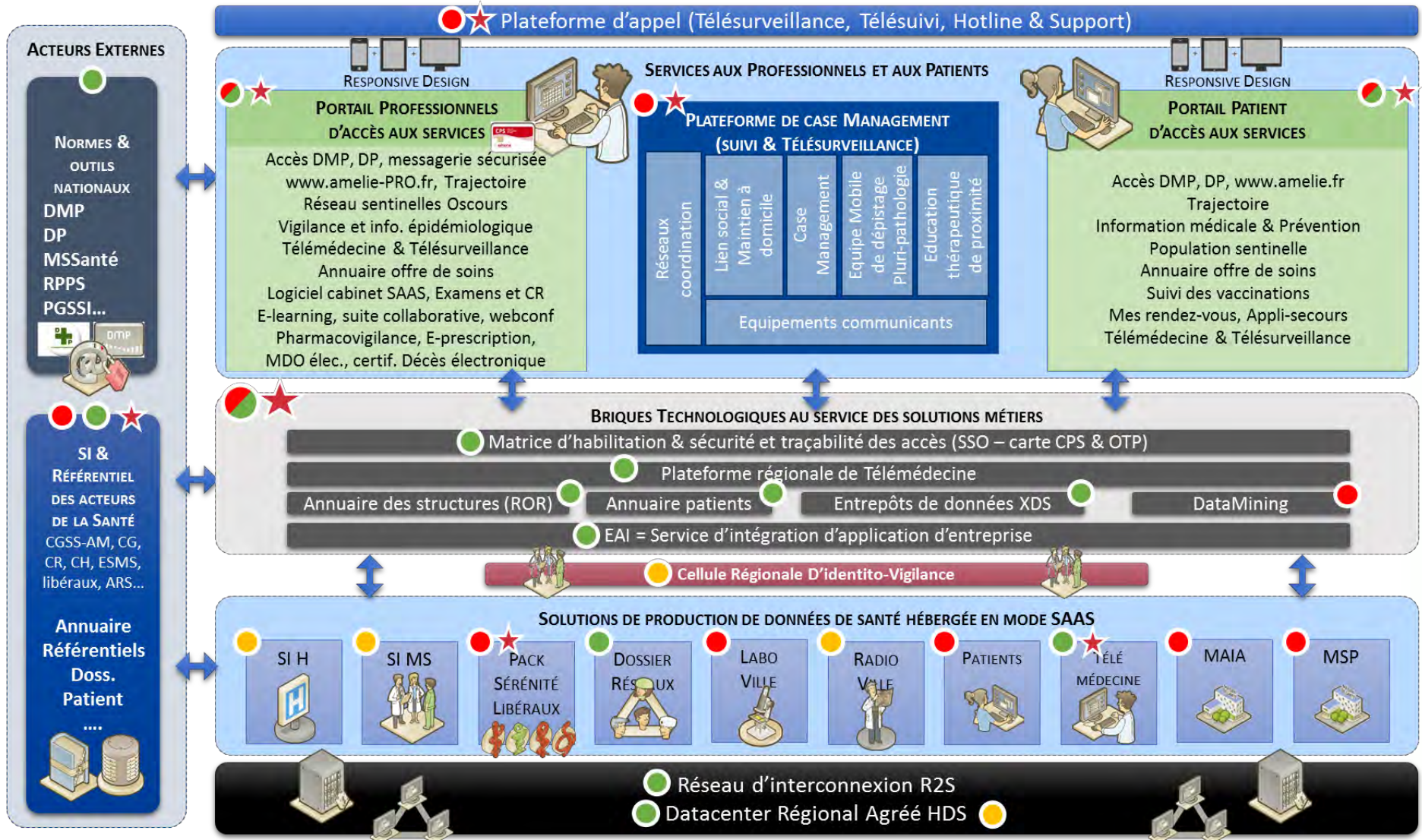
Soucieux de garantir **l'évolutivité et l'interopérabilité** des solutions techniques servant la stratégie régionale et nationale en matière de santé, tout en veillant à **rationaliser les investissements**, l'ARS Océan Indien a accompagné les acteurs de la Santé du territoire, dans la définition et la mise en œuvre d'une **approche urbanisée**.

Cette approche s'appuie sur un **socle technologique urbanisé** en service depuis 2008 ainsi que sur une **stratégie régionale construite et partagée** par l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux rassemblés au sein du GCS TESIS :

- Une **maîtrise d'ouvrage régionale e-santé structurée et professionnelle**, centrée sur un cœur de métier
  - l'ingénierie des marchés publics,
  - l'ingénierie de gros projets SI santé
  - le pilotage de prestations externalisées, sécurisées par un puissant cadre juridique.
- L'installation progressive d'un **modèle économique** (facturation à l'usage) assurant à terme la pérennité des projets régionaux.
- La stricte observance des **normes et cadres d'interopérabilités**
- Une intégration systématique des **référentiels et solutions nationales**
- Des solutions régionales en **mode SAAS**, hébergée au sein d'un **datacenter régional** et s'appuyant sur un **réseau d'interconnexion**

## CIBLE DU SI RÉGIONAL & PÉRIMÈTRE TSN

**LÉGENDE** ● À construire ● En cours de construction ● En service ↔ Echanges ★ Travaux TSN



## 4.5 GOUVERNANCE

Face à l'ambition portée par Plexus OI et au délai court dans lequel s'inscrivent les réalisations (mai 2014 - mars 2017), l'ensemble des réalisations Plexus OI doit impérativement s'appuyer sur une gouvernance fortement structurée et dimensionnée.

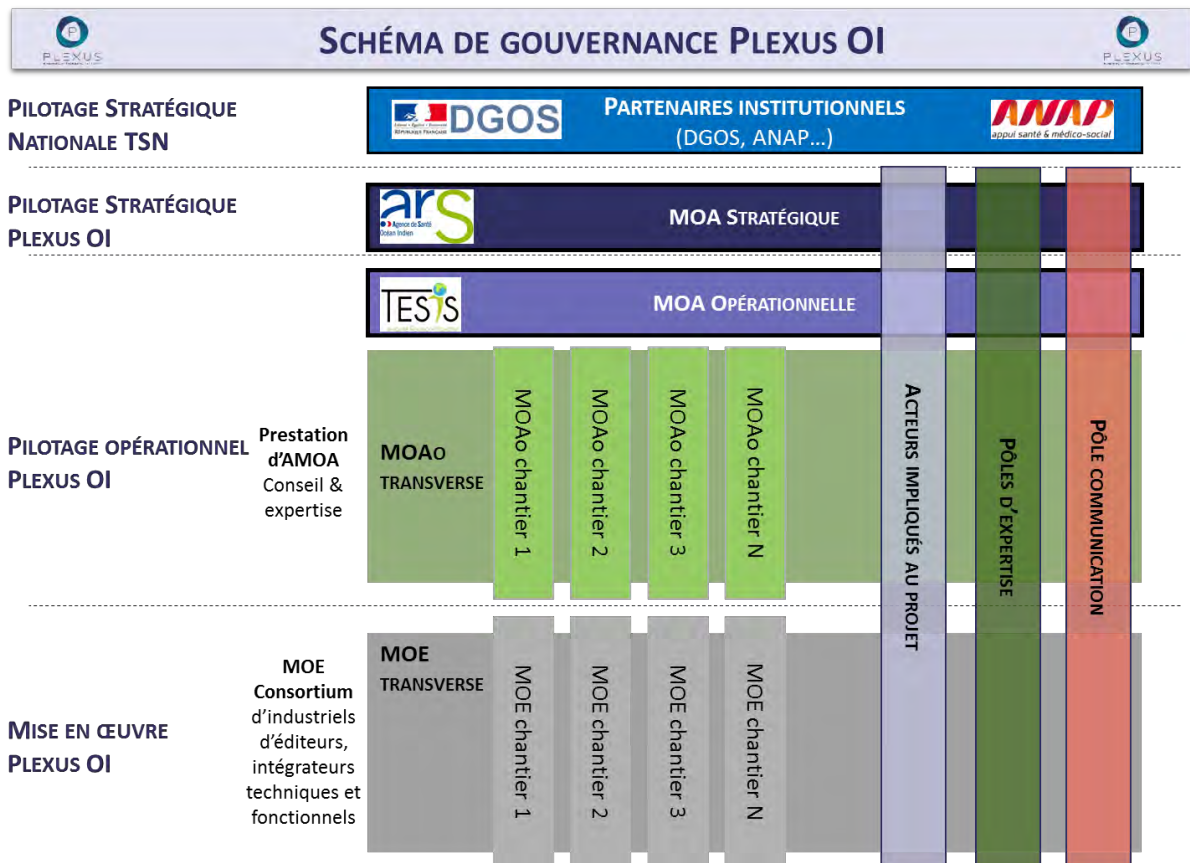
Le nombre et l'hétérogénéité des acteurs à coordonner imposent de mettre en place une gouvernance qui coordonne de façon efficace l'ensemble des acteurs :

- ✓ D'une part sur la partie Offre de soin, pour travailler à l'amélioration des parcours patient ;
- ✓ D'autre part sur la partie technique, pour travailler à la mise en place des solutions techniques adaptées.

Cette partie présente donc les différents acteurs amenés à intervenir dans le projet PLEXUS OI et pose les bases des modalités de son pilotage :

- ✓ Le recensement des acteurs principaux à associer au projet ;
- ✓ Les différents comités de pilotage à mettre en place ;
- ✓ La répartition des rôles et responsabilités ;
- ✓ Les acteurs externes identifiés et leur rôle sur le projet.

### 4.5.1 Rôles clés de la gouvernance du projet



ROLES CLES	RESPONSABILITES
<b>Partenaires institutionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ S'assurer du bon déroulement du projet</li> <li>→ Accompagner la maîtrise d'ouvrage et aider à l'évaluation du projet</li> <li>→ Soutenir financièrement le projet</li> </ul>
<b>Maîtrise d'ouvrage stratégique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Définition et mise en place des orientations stratégiques du programme</li> <li>→ Définition et mise en place de la gouvernance</li> <li>→ Définition des processus internes de fonctionnement en lien avec les différentes équipes du programme</li> <li>→ Contrôle &amp; qualité</li> <li>→ Pilotage et coordination du programme</li> <li>→ Gestion des risques programme</li> <li>→ Planification des travaux</li> <li>→ Evaluation médico-économique du projet</li> <li>→ Reporting aux différentes instances en lien avec les différents pôles</li> </ul>
<b>Maîtrise d'ouvrage opérationnelle transverse</b>	<p><b><i>Pilotage global du projet &amp; Evaluation</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Décliner la stratégie du programme en objectifs et moyens opérationnels ;</li> <li>→ Mettre en place l'organisation et la gouvernance projet en vue de garantir les engagements en termes de qualité, de délais et de budget ;</li> <li>→ Mettre en place des indicateurs de pilotage afin de suivre le bon déroulement du projet et d'en présenter les résultats au comité de projet ;</li> <li>→ Mettre en place la démarche d'amélioration continue basée sur une évaluation des services.</li> </ul>
<b>Maîtrise d'ouvrage opérationnelle par chantier</b>	<p><b><i>Axe 1 : Pilotage des chantiers opérationnels</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Assurer un pilotage efficient des acteurs internes et externes tant au niveau national que local ;</li> <li>→ Identifier, anticiper et prévenir les risques susceptibles d'impacter in fine la bonne réalisation du projet ;</li> <li>→ Fiabiliser la qualité des données afin de faciliter la prise de décision aux différents niveaux du projet et de fournir les éléments nécessaires à une consolidation pertinente ;</li> <li>→ Mettre en place des indicateurs de chaque chantier afin de suivre le bon déroulement du chantier et d'en présenter les résultats au comité transverse opérationnel.</li> </ul> <p><b><i>Axe 2 : Formalisation des parcours patient cible</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Formalisation des parcours patient cible</li> <li>→ Formalisation de l'organisation et des processus concernés</li> </ul> <p><b><i>Axe 3 : Gestion de la conduite du changement</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Identification des acteurs impactés par le changement</li> <li>→ Formalisation des impacts</li> <li>→ Conduite du changement en lien avec les équipes métier</li> </ul>

ROLES CLES	RESPONSABILITES
	<p><b>Axe 4 : Mobilisation des expertises si besoin</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Solliciter l'intervention d'experts si besoin</li> </ul>
<p><b>Maîtrise d'œuvre opérationnelle transverse</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Coordonner l'avancement du programme au niveau de la MOE</li> <li>→ Remonter les alertes éventuelles en terme de planning et de budget</li> </ul>
<p><b>Maîtrise d'œuvre opérationnelle par chantier</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Concevoir les briques techniques et fonctionnelles pour les différents services techniques</li> <li>→ Réaliser des tests unitaires et des tests de non régression</li> <li>→ Aider à la validation technique et fonctionnelle</li> <li>→ Assurer le déploiement des différents services techniques</li> </ul>
<p><b>Pôle communication</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Définir la politique de communication stratégique locale et nationale</li> <li>→ Définir la charte graphique des différents outils à mettre en place</li> <li>→ Coordonner la communication faite auprès du grand public et des professionnels de santé</li> <li>→ Mettre en place et élaborer les supports de communication</li> <li>→ Déployer les actions de communication</li> <li>→ Coordonner les équipes communication des partenaires (ARS OI, CPAM...)</li> <li>→ Suivre le respect du budget</li> </ul>
<p><b>Pôles d'expertise</b></p>	<p><b>Appui des équipes projet sur sollicitation en fonction des problématiques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Economiste de la santé ;</li> <li>→ Expertise juridique ;</li> <li>→ Expertise technique et Systèmes d'information ;</li> <li>→ Expertise Parcours de soin ;</li> <li>→ Expertise Etudes et évaluations ;</li> </ul>
<p><b>Acteurs impliqués au projet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Aider à la définition du modèle d'accompagnement et des trajectoires patients ;</li> <li>→ Aider à la définition des processus à faire évoluer au sein des parcours de soin des patients ;</li> <li>→ Promouvoir les services proposés auprès des professionnels de santé et du grand public.</li> </ul>

#### 4.5.2 Portage de la maîtrise d'ouvrage opérationnelle

Le choix se porte sur une maîtrise d'ouvrage opérationnelle déléguée, notamment au niveau du pilotage des chantiers.



Un des enjeux d'une maîtrise d'ouvrage opérationnelle déléguée repose dans une planification efficace des interventions d'assistance, afin que le prestataire puisse intervenir quand l'Agence Régionale de Santé Océan Indien le souhaite et dans les meilleures conditions.

Les prestations associées au projet de Territoire De Soins Numérique s'inscrivant *de facto* dans un calendrier de plusieurs mois (voire années), il est impératif de mettre en place un dispositif efficace de planification afin que l'AMOA puisse :

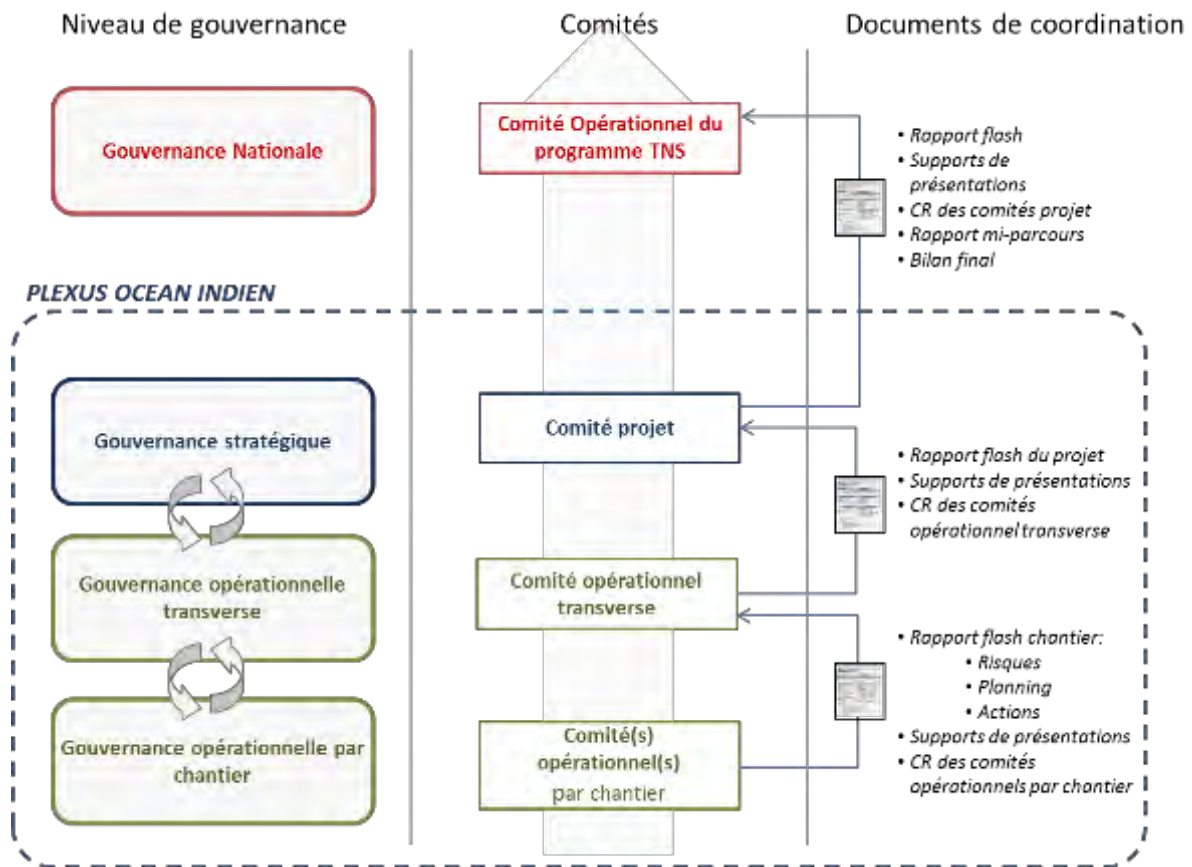
- ✓ Anticiper, pour pouvoir mettre à disposition de l'ARS OI, au moment voulu, les compétences opérationnelles requises au regard de l'environnement, des méthodes, des outils et des procédures des projets,
- ✓ Inscrire dans la durée la gestion des ressources affectées à la réalisation des prestations afin de :
  - Favoriser leur intégration, gage de relations de confiance, et leur permettre de s'approprier les modes de fonctionnement services,
  - Limiter les impacts d'une gestion au coup par coup des ressources :
    - Un effort constant de planification favorisera la stabilité des équipes, d'où une efficacité accrue des travaux et donc un rendement amélioré en qualité et en productivité (coût décroissant dans le temps à périmètre égal) ;
    - Le recours à des intervenants sur de plus courtes durées reste prévu pour absorber des « pics » de charge ponctuels (ex : mobilisation d'une ressource lors d'une phase de prototypage, projet urgent à court terme ...) ou pour compléter l'équipe d'expertises ponctuelles.

En réponse, un dispositif de planification simple doit être mis en place, rigoureux et transparent, favorisant l'efficacité des interventions - disponibilité, réactivité et compétences - tout en apportant la souplesse requise pour l'organisation des travaux, et ce au meilleur rapport qualité/coût pour l'ARS Océan Indien.

### 4.5.3 Instances de pilotage du projet

Le modèle de gouvernance de PLEXUS OI s'articule autour de 3 niveaux :

- ✓ La gouvernance stratégique PLEXUS
- ✓ La gouvernance opérationnelle transverse du projet
- ✓ La gouvernance opérationnelle de chacun des chantiers



COMITES	FREQUENCE	COMPOSITION	ROLES ET RESPONSABILITES
<b>Gouvernance stratégique du projet</b>			
<b>Comité de pilotage stratégique du projet</b>	Mensuel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MOA stratégique</li> <li>• Pilote MOA transverse</li> <li>• Pilote MOE transverse</li> <li>• Responsable pôle communication</li> <li>• Acteurs clés locaux de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Validation de la stratégie globale du projet ;</li> <li>• Suivi de l'avancement des travaux en lien avec les objectifs stratégiques fixés ;</li> <li>• Arbitrage des points remontés par le comité opérationnel transverse.</li> </ul>
<b>Gouvernance opérationnelle transverse du projet</b>			
<b>Comité de pilotage opérationnel transverse</b>	Hebdomadaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilote MOA transverse</li> <li>• Pilote MOE transverse</li> <li>• Pilotes MOA de chaque chantier</li> <li>• Pilotes MOE de chaque chantier</li> <li>• Responsable pôle communication</li> <li>• Experts concernés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b><u>Ce comité constitue l'instance principale de gestion opérationnelle du projet ;</u></b></li> <li>• Il dispose d'un pouvoir de décision sur l'ensemble des sujets opérationnels et est responsable de l'organisation des travaux et de la mise en œuvre des décisions stratégiques ;</li> <li>• Il prépare et instruit l'ensemble des points stratégiques soumis au comité projet ;</li> <li>• Il assure la cohérence globale entre les travaux menés dans le cadre de chacun des chantiers ;</li> <li>• Il synthétise les avancées des chantiers opérationnels afin de suivre les résultats et l'avancée du projet.</li> </ul>

*Gouvernance opérationnelle pour chacun des chantiers*

<p><b>Comité de pilotage opérationnel de chacun des chantiers</b></p>	<p>Hebdomadaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilote MOA du chantier</li> <li>• Pilote MOE du chantier</li> <li>• Relai communication</li> <li>• Acteurs locaux de la santé concernés</li> <li>• Intégrateurs concernés</li> <li>• Experts concernés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il assure la cohérence globale entre les travaux menés au sein du chantier ;</li> <li>• Il synthétise les avancées du chantier ;</li> <li>• Il dispose d'un pouvoir de décision sur les sujets opérationnels concernant le chantier, et remonte des arbitrages nécessaires au niveau stratégique ;</li> <li>• Il sollicite les experts si besoin en fonction des points opérationnels soumis au comité projet.</li> </ul>
---	---------------------	--	--

Une des étapes clé en vue de stabiliser cette gouvernance est de décider des différents chantiers et de leur périmètre. Plusieurs options sont possibles pour avancer en mode projet :

- ✓ Un suivi dont le point d'entrée serait organisé autour des chantiers par pathologie, avec l'avantage présumé d'une meilleure visibilité « métier » et d'un alignement plus lisible sur le modèle économique cible. Cette approche garantit aussi une vision urbanisée du SI.
- ✓ Une seconde option consisterait à suivre les chantiers sous un angle plus technique autour du suivi de l'avancement des trois livrables techniques (chantiers par service) : portail « patient », portail « professionnel », plateforme de case management.

Mais quelle que soit l'option définitive retenue par l'ARS OI, et compte tenu des nécessaires interactions voire imbrications entre les deux approches (lien entre la définition des besoins pour chacun des parcours de soins et les spécifications fonctionnelles et techniques pour bâtir les solutions technologiques), la méthode de gouvernance devra s'inspirer d'une vision parfaitement matricielle, confrontant en permanence la vision « métier » et la vision « technique et organisationnelle ».

Une fois le scénario validé, il conviendra de définir la démarche pour chacun des chantiers et un macro-planning global du projet.

#### 4.5.4 Détail des équipes projet

ROLES CLES	ACTEURS IDENTIFIES
<b>Intervenants institutionnels</b>	<u>Identifiés :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DGOS</b> (suivi stratégique du programme)</li> <li>• <b>ANAP</b> (appui à la maîtrise d'ouvrage et l'évaluation)</li> </ul>
<b>Maîtrise d'ouvrage stratégique</b>	<u>Identifiés :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mme Chantal DE SINGLY</b>, Directrice Générale ARS OI</li> <li>• <b>M. Denis LERAT</b>, DSIO ARS OI</li> <li>• <b>M. Etienne BILLOT</b>, Responsable de l'offre de soin ARS OI</li> <li>• <b>Mme Roseline COPPENS</b>, Responsable Prévention ARS OI</li> <li>• <b>Dr. Jean-Marc SIMONPIERRI</b>, Responsable du service performance et projet de santé ARS OI</li> <li>• <b>Dr. Christine Gilbert</b>, conseillère médicale près la DG ARS OI</li> </ul> <u>A sélectionner :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>1 consultant senior en pilotage de projet</i></li> </ul>
<b>Maîtrise d'ouvrage opérationnelle transverse</b>	<u>Identifiés :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>M. Antoine LERAT</b>, Directeur GCS TESIS</li> </ul> <u>A sélectionner :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>1 à 2 consultants seniors en pilotage de projet</i></li> </ul>

ROLES CLES	ACTEURS IDENTIFIES
<b>Maîtrise d'ouvrage opérationnelle par chantier</b>	<u>A sélectionner :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour chaque chantier : 1 à 2 consultants seniors pilotage</li> </ul>
<b>Maîtrise d'œuvre opérationnelle transverse</b>	<u>A sélectionner :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 consultant senior en pilotage de projet</li> </ul>
<b>Maîtrise d'œuvre opérationnelle par chantier</b>	<u>A sélectionner :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>pour chaque chantier : 1 à 2 consultants</li> </ul>
<b>Pôle communication</b>	<u>A sélectionner :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 consultant senior en communication institutionnelle et stratégique</li> <li>1 consultant en communication opérationnelle</li> </ul>
<b>Acteurs métiers impliqués au projet</b>	<u>Référents « Diabète » identifiés :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dr. Xavier DEBUSSCHE</b>, praticien endocrinologue au CHU</li> <li><b>Dr. Dominique RIEMENCE</b>, médecin coordonnatrice médicale Réucare</li> <li>Comité de Pilotage « Parcours de soin du patient diabétique » créé en 2012</li> </ul> <u>Référents « Insuffisance Rénale Chronique » identifiés :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dr. José GUISERIX</b>, Président CME CHU, néphrologue CHU</li> <li><b>Dr Robert GENIN</b>, Chef de service néphrologie, CHU &amp; mi-temps AURAR</li> <li>Autres membres du CRIRC (Comité Régional sur l'Insuffisance Rénale Chronique) créé en 2006</li> </ul> <u>Référents « Insuffisance Cardiaque Chronique » identifiés :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dr. Geoffroy RAMBAUD</b>, Cardiologue, Clinique Sainte-Clotilde</li> <li><b>Dr. Franck MOSHINALY</b>, Cardiologue, CHU site Nord</li> <li><b>Dr Olivier GEOFFROY</b>, Cardiologue, CHU site Sud</li> </ul> <u>Référents « Accident Vasculaire Cérébral » identifiés :</u> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Dr. Julien DUFOUR</b>, Médecin Généraliste, CHU, Coordinateur Régional Filière AVC</li> <li><b>Mme Arlette HUREZ</b>, Cadre de Santé, CHU, Coordinatrice Régional Filière AVC</li> <li>Autres membres du COTER AVC Comité Technique Régional AVC créé en 2012</li> </ul>
<b>Partenaires techniques/ fonctionnels</b>	<u>A sélectionner :</u>

ROLES CLES	ACTEURS IDENTIFIES
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>1 consultant senior en communication institutionnelle et stratégique</i></li><li>• <i>1 consultant en communication opérationnelle</i></li><li>• <i>Société de communication</i></li></ul>

#### 4.5.4.1 Focus sur les acteurs métiers du bassin de santé

	Identification de la structure ou de l'acteur	Nature	Rôle dans le cadre du projet / Compétences apportées	Représentativité sur le bassin de santé	Maturité PHN Pré-requis	Maturité PHN domaines fonctionnels
1	CHU	ES	Offre de soins Prévention et Dépistage	63% de l'offre de soins	100%	60%
2	Clinique Ste Clotilde	ES / SSR	Offre de soins	28% de l'offre de soins	100%	27%
3	AURAR	Dialyse	Offre de soins	3%	80%	62%
4	Hôpital d'enfants	ES	Offre de soins	3%	83%	59%
5	ARAR	HAD	Offre de soins	1,5%	45%	18%



Identification de la structure ou de l'acteur		Nature	Rôle dans le cadre du projet / Compétences apportées	Représentativité sur le bassin de santé	Maturité PHN Pré-requis	Maturité PHN domaines fonctionnels
6	ASDR	HAD	Offre de soins	1%	<b>28%</b>	<b>42%</b>
7	GMPSOI	Maison de Santé	Offre de soins		<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
8	Fédération des réseaux de santé	Réseaux	Prévention et Dépistage	Forte	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
9	CIRE		Prévention et Dépistage	Forte	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
10	URPS Médecins libéraux	PS Libéral	Offre de soins Prévention et Dépistage	Forte	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
11	URPS Pharmacien	PS Libéral	Offre de soins Prévention et Dépistage	Forte	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>

	Identification de la structure ou de l'acteur	Nature	Rôle dans le cadre du projet / Compétences apportées	Représentativité sur le bassin de santé	Maturité PHN Pré-requis	Maturité PHN domaines fonctionnels
12	<b>URPS Infirmiers</b>	PS Libéral	Offre de soins Prévention et Dépistage	Forte	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
13	<b>URPS Masseurs-Kinésithérapeutes</b>	PS Libéral	Offre de soins	Forte	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
14	<b>Prudence Créole</b>	Complémentaire Santé	Prévention & financeur	15% du marché des complémentaires	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
15	<b>Caisse Générale de Sécurité Sociale</b>	Assurance Maladie	Prévention & financeur	Forte	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
16	<b>Direction Régionale du Service Médicale</b>	Assurance Maladie		Forte	<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
17	<b>Collectif Inter-associatif Sur la Santé Océan Indien (CISS OI)</b>	Association usagers			<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>

	Identification de la structure ou de l'acteur	Nature	Rôle dans le cadre du projet / Compétences apportées	Représentativité sur le bassin de santé	Maturité PHN Pré-requis	Maturité PHN domaines fonctionnels
18	CRF Sainte Clotilde	SSR	Offre de soins			
19	Observatoire régional de la Santé	Observatoire	Etudes et Statistiques		<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
20	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé	INPES	Formation et Prévention		<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>
21	DJSC	Administration	Cohésion sociale		<i>Sans objet</i>	<i>Sans objet</i>

#### 4.5.4.2 Focus sur les pôles d'expertise

Il est proposé une organisation matricielle croisant la vision par chantier avec des visions par « Pôles d'expertise » pour assurer une cohérence et une couverture globale du projet.

Il conviendra de définir l'apport de chacun des pôles suivant la démarche retenue et le phasage des différents travaux.

Pôles	Responsabilités	Acteurs
<b>Economiste de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Formalisation du modèle économique global du programme</li> <li>→ Evaluation du programme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ EHESP &amp; Science Po. Paris</li> </ul>
<b>Pôle juridique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Analyse du champ réglementaire du programme</li> <li>→ Préparation des différentes consultations juridiques (CNIL...)</li> <li>→ Gestion contractuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Cabinet juridique spécialisé SI Santé</li> </ul>
<b>Pôle Technique et Systèmes d'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Appui à la formalisation des besoins métier et coordination avec les équipes techniques</li> <li>→ Assurer la cohérence fonctionnelle entre les différentes briques du SI</li> <li>→ Avis sur la mise en place du socle technique et des interconnexions avec les différentes briques techniques internes et externes</li> <li>→ Appui à la mise en production des différents services</li> <li>→ Support</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Chefs de projet du GCS TESIS</li> <li>→ Membres de la DSI de l'ARS OI</li> </ul>
<b>Pôle Parcours de soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Définition de la stratégie d'accompagnement des patients</li> <li>→ Définition des contenus médicaux et validation des supports de communication</li> <li>→ Développement et coordination de partenariats avec les PS et associations de patients</li> <li>→ Veille métier sur les sujets liés aux pathologies couvertes par le projet TSN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Membres du pôle Offre de soins de l'ARS OI</li> <li>→ Membres du pôle Prévention, Santé et Milieu de Vie de l'ARS OI</li> </ul>
<b>Pôle Etudes &amp; Evaluations</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Production d'études d'aide à la décision (définition de la stratégie)</li> <li>→ Evaluation des résultats médico-économiques du programme</li> <li>→ Elaborations d'études adhoc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Pôle recherche de l'EHESP</li> <li>→ Pôle recherche de Sciences Po. Paris</li> </ul>

#### 4.5.5 Interlocuteur privilégié du comité opérationnel du projet

**M. Denis LERAT**

DSI ARS OI

Chef de Projet PLEXUS OI

Fixe : +262 (0)262 93 95 15

Email : denis.lerat@ars.sante.fr

#### 4.5.6 Prestataires externes envisagés

##### 4.5.6.1 *Les acteurs concernés*

Deux types d'acteurs interviennent dans le cadre du projet pour réaliser des prestations de services et/ou de fournitures sans être bénéficiaires directs du projet. D'une part, les acteurs intervenant en qualité **d'assistant à maîtrise d'ouvrage** dans le cadre de la mise en œuvre des missions au titre de la maîtrise d'ouvrage opérationnelle, étant précisé que l'intervention de ce type d'acteurs est facultative en ce qu'elle dépend du choix de la maîtrise d'ouvrage opérationnelle d'y avoir recours ou non. D'autre part, les acteurs intervenant dans le cadre de la **maitrise d'œuvre**. Contrairement à l'AMOA, les acteurs intervenant au titre de la maîtrise d'œuvre sont indispensables pour la mise en œuvre du projet.

Dans les deux cas, l'intervention de ces acteurs dans le cadre du projet donne lieu à des prestations avec une contrepartie financière.

Dans ce contexte, leur intervention doit se faire conformément aux règles de la commande publique.

En pratique, les procédures de mise en concurrence seront lancées par le GCS TESIS, personne morale de droit privé soumis à l'ordonnance du 6 juin 2005.

A ce stade, il semble pertinent que les procédures de mise en concurrence soient lancées conformément au code des marchés publics pour les raisons suivantes. En effet, le GCS TESIS, bien que soumis à l'ordonnance du 6 juin 2005 a la possibilité de se soumettre au code des marchés publics en application de l'article 3 II de ladite ordonnance<sup>8</sup>. En tout état de cause, le GCS TESIS agit dans le cadre d'une maîtrise d'ouvrage déléguée sur décision de l'ARS OI qui est un établissement public administratif de l'Etat, soumise en application de l'article 2 du code des marchés publics aux dispositions dudit code.

##### 4.5.6.2 *La démarche proposée*

Les acteurs ayant un rôle et une implication calendaire différente, il est proposé de traiter les modalités de choix et d'interventions des deux types d'acteurs séparément. Dans les deux cas, sont prises en compte les dispositions de l'article 3.2.4. du cahier des charges visant l'obligation de recourir au droit de la commande publique pour désigner des prestataires privés (AMOA et MOE).

#### A Les modalités de choix du ou des Assistants à maîtrise d'ouvrage

Les modalités de recours à un ou des assistants à maîtrise d'ouvrage dépendent fondamentalement du montant estimé d'où l'importance de procéder à une évaluation financière au préalable.

---

<sup>8</sup> « Les dispositions de la présente ordonnance ne font pas obstacle à la possibilité pour les pouvoirs adjudicateurs d'appliquer volontairement les règles de passation ou d'exécution prévues par le code des marchés publics. », art. 3 II ordonnance n°2005-649 du 6 juin 2005.

Si le montant est inférieur à 15 000 euros, alors l'ARS OI peut en application de l'article 28 III du code des marchés publics<sup>9</sup> se dispenser de procéder à des formalités de publicité et de mise en concurrence s'agissant du choix du titulaire qui exécuterait les prestations souhaitées.

En revanche, si la prestation est supérieure à 15 000 euros HT, une mise en concurrence librement déterminée par l'ARS OI doit être mise en œuvre.

Lorsque le montant estimé est supérieur à 134 000 euros HT<sup>10</sup>, alors l'attribution du marché se réalisera à l'issue d'une procédure de mise en concurrence dite « formalisée ».

## B Les modalités de choix du consortium

Au regard des prestations attendues dans le cadre du projet considéré, il semble acquis que le montant desdites prestations est supérieur aux seuils communautaires.

En conséquence, le choix du consortium attributaire se réalisera à l'issue d'une procédure formalisée.

Les procédures de passation formalisée sont les suivantes :

- ✓ l'appel d'offres<sup>11</sup> ;
- ✓ la procédure négociée<sup>12</sup> ;
- ✓ le dialogue compétitif<sup>13</sup> ;
- ✓ le concours<sup>14</sup>.

Alors qu'il ne fait pas de difficulté que la procédure de concours n'est pas opportune au regard des prestations envisagées, la maîtrise d'ouvrage opérationnelle procédera, si besoin avec l'aide d'une assistance à maîtrise d'ouvrage opérationnelle à une analyse opérationnelle permettant de déterminer la procédure la plus opportune.

Une fois la procédure choisie, la maîtrise d'ouvrage opérationnelle procédera, avec l'appui éventuel d'une assistance à maîtrise d'ouvrage opérationnelle à la mise en œuvre de la procédure considérée aux fins d'attribuer le contrat à un consortium, qui sera donc choisi conformément aux principes de la commande publique.

---

<sup>9</sup> -« III. - Le pouvoir adjudicateur peut également décider que le marché sera passé sans publicité ni mise en concurrence préalables si son montant estimé est inférieur à 15 000 euros HT. Lorsqu'il fait usage de cette faculté, il veille à choisir une offre répondant de manière pertinente au besoin, à faire une bonne utilisation des deniers publics et à ne pas contracter systématiquement avec un même prestataire lorsqu'il existe une pluralité d'offres potentielles susceptibles de répondre au besoin.», art. 28 III Code des marchés publics

<sup>10</sup> Décret n°2013-1259 du 27 décembre 2013 modifiant les seuils applicables aux marchés publics, art. 1. Il est précisé qu'en application de l'article 2 du décret précité que dans le cas d'une entité soumise à l'ordonnance du 6 juin 2005 comme par exemple un groupement de coopération sanitaire, au-dessus de 207 001 euros, le recours à une procédure formalisée s'impose.

<sup>11</sup> Procédure formalisée dans laquelle le choix de l'attributaire est effectué à l'issue d'une procédure sans négociation, sur la base de critères objectifs

<sup>12</sup> Procédure formalisée dans laquelle le pouvoir adjudicateur négocie avec les opérateurs économiques qu'il a préalablement sélectionnés. Les conditions de mise en œuvre de la procédure négociée sont fixées dans les textes. Elle connaît deux variantes : avec publicité et mise en concurrence ou sans publicité ni mise en concurrence.

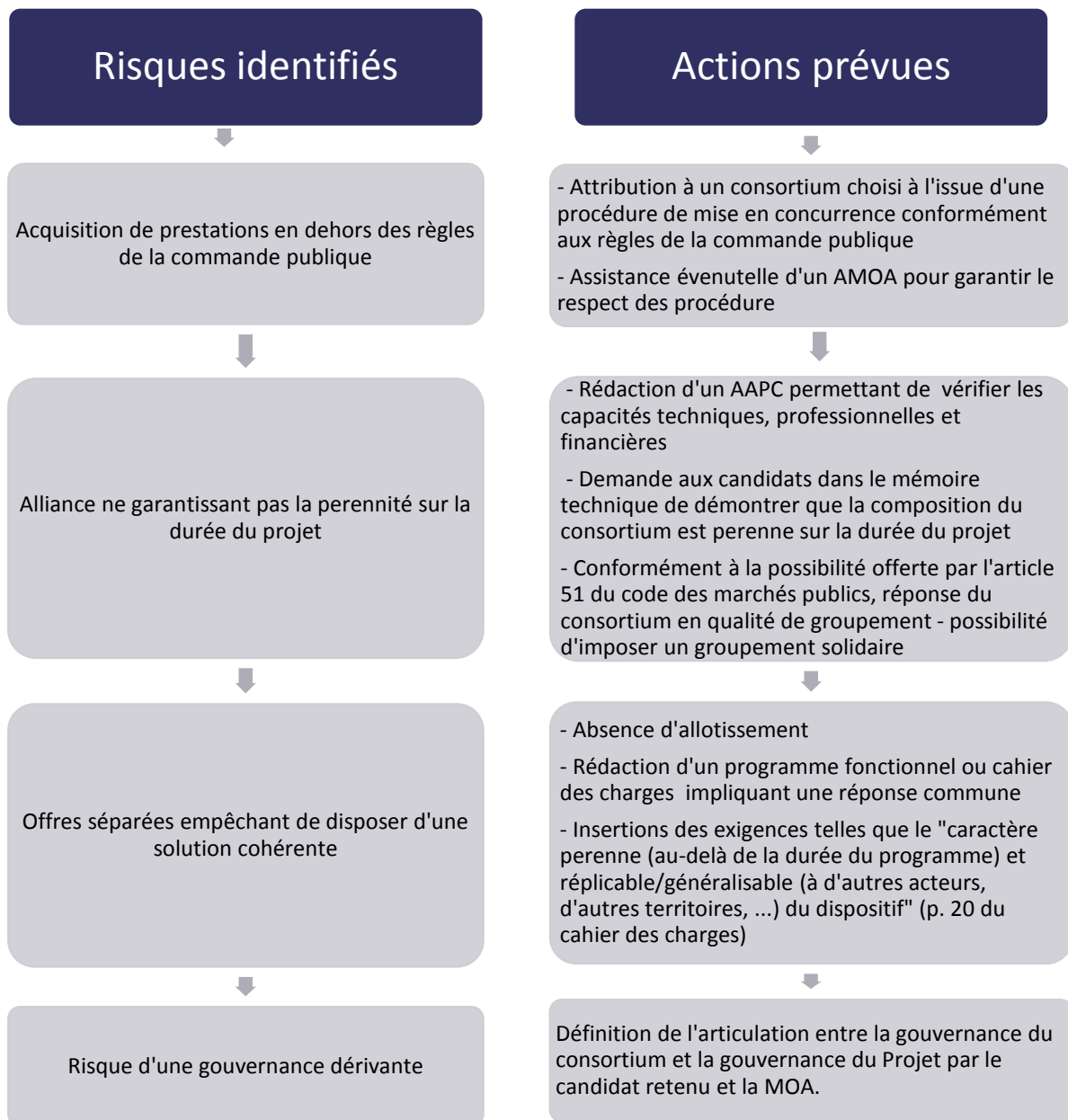
<sup>13</sup> Procédure formalisée dans laquelle le pouvoir adjudicateur conduit un dialogue avec les candidats admis à participer en vue de définir ou de développer une ou plusieurs solutions de nature à répondre à ses besoins et sur la base de laquelle ou desquelles les participants au dialogue seront invitées à remettre une offre.

<sup>14</sup> Procédure utilisée dans le domaine de l'aménagement du territoire, de l'architecture et de l'ingénierie, de l'urbanisme ou du traitement des données et visant à faire réaliser par les candidats un plan ou un projet, avant de leur attribuer le marché.

Quelle que soit la procédure retenue, la préparation ainsi que la passation de la procédure s'effectueront en prenant en compte les risques tels qu'identifiés notamment dans le cahier des charges de l'appel à projet en prévoyant les actions préventives associées.

### C Les garanties d'un choix conforme à la commande publique

Compte tenu de la complexité du projet, de sa longévité (jusqu'en 2017) et de la multiplicité des acteurs engagés, l'ARS Océan Indien a pris le soin d'identifier une série de risques critiques associés au projet ainsi que les actions préventives pour le sécuriser. En voici le récapitulatif :



## D Vision synthétique des partenaires externes envisagés

Ce tableau reprend les prestataires qui ont manifesté leur intérêt pour la participation au consortium prévu dans le cadre du projet PLEXUS OI porté par l'ARS OI. Cette liste peut donc être amenée à évoluer avant le démarrage du projet, notamment suite aux appels d'offres qui seront lancés par l'ARS OI dans le cadre du projet.

#	Type de prestataire	Rôle dans le cadre du projet	Montant estimé
1	Cabinet de conseil spécialisé organisation, ingénierie des processus et pilotage de projet. Expertise pilotage, mesure et évaluation medico-économique	AMOA stratégique et opérationnelle → appui au pilotage stratégique et opérationnel de l'ensemble du projet PLEXUS OI. → Mise à disposition d'expertise e-santé, économie de la santé, médicale → appui méthodologique aux travaux de définition et refonte des organisations → appui aux travaux d'accompagnement au changement	4,5 M€
2	Cabinet de conseil expert en communication e-santé	AMO Stratégique et opérationnelle → Communication stratégique et opérationnelle, lobbying	2,4 M€
3	Industriels, Editeurs et intégrateurs technique de solution dédiés santé	MOE Consortium → Intégration technique et fonctionnelle, développement → Logistique de la plateforme de case management	21,37 M€
4	Cabinet avocat spécialisé IT, santé, droit de la santé, des contrats et de la commande publique	Sécuriser sous l'angle juridique l'intégralité des travaux Plexus	0,16 M€

Nota : Les coûts annexes (4,7 M€) ne figurent pas dans ce tableau

### 4.5.7 Modalités du montage du Consortium

Dans le cadre du projet considéré, la maîtrise d'œuvre est assurée par un acteur désigné par le cahier des charges « consortium d'industriels » dont les rapports avec la maîtrise d'ouvrage sont précisés ci-après (2.3.1.) ainsi que sa gouvernance intrinsèque (2.3.2.).

#### 4.5.7.1 Les rapports entre la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre

Dans le cadre du cahier des charges, il est indiqué qu'un 'consortium d'industriels' intervient au titre de la maîtrise d'œuvre. Comme indiqué ci - avant, le consortium retenu sera choisi à l'issue d'une procédure de mise en concurrence.



En pratique, il est précisé que la soumission à la procédure de mise en concurrence se fera par le consortium intervenant en qualité de groupement d'entreprises, représenté par un mandataire<sup>15</sup>, conformément aux dispositions de l'article 51 du code des marchés publics.

Il est précisé que le consortium, bien que ne faisant pas l'objet d'une définition légale ou réglementaire, se caractérise par un accord de coopération de nature exclusivement contractuelle ne donnant pas naissance à une société. Ce contrat est conclu entre deux ou plusieurs personnes physiques ou morales. Chaque personne s'engage à exécuter des prestations distinctes en vue de la réalisation d'une opération commune et déterminée<sup>16</sup>.

**Il est précisé que ni la maîtrise d'ouvrage stratégique, ni la maîtrise d'ouvrage opérationnelle ne sont membres du consortium.** Dans ce cadre, elles ne participent ni à l'élaboration du contrat, ni à son exécution. En revanche, les membres intéressés par la mise en œuvre d'un consortium afin d'exécuter les prestations afférentes doivent respecter les exigences posées par l'appel à projet et par le dossier de consultation qui sera rédigé par la maîtrise d'ouvrage.

Ainsi, bien que le contrat de consortium soit un contrat sui generis<sup>17</sup>, la maîtrise d'ouvrage peut prévoir des exigences au titre du futur dossier de consultation qui pourront avoir un impact sur le consortium.

Le tableau ci-dessous récapitule les points de jonction entre le consortium intervenant au titre de la maîtrise d'œuvre et la maîtrise d'ouvrage.

	Éléments dans l'appel à projet et la consultation pris en compte par les potentiels membres du consortium	Conséquences sur le consortium
<b>Composition des membres</b>	<p>L'appel à projet indique que le consortium regroupe à la fois des offreurs de solutions technologiques et des acteurs en charge de l'intégration desdites solutions ainsi que le déploiement à grande échelle.</p> <p>Le dossier de consultation pourra par ailleurs reprendre et compléter les exigences techniques posées par l'appel à projet.</p> <p>Enfin, en application de l'article 51 VII du code des marchés publics, la maîtrise d'ouvrage peut prévoir qu'un membre de consortium ne peut être membre de plusieurs consortiums.</p>	<p>Le contrat de consortium étant un contrat intuitu personae, les membres se choisissent entre eux.</p> <p>Le consortium se forme et se consolide toutefois en prenant en considération les éléments de l'appel à projet ainsi que du futur dossier de consultation.</p> <p>Par ailleurs, les exigences posées seront prises en considération au titre de l'engagement d'exclusivité le cas échéant.</p>
<b>Durée du consortium</b>	Le cahier des charges de l'appel à projet précise que le programme	Le contrat de consortium étant constitué uniquement pour l'exécution d'une

<sup>15</sup> Le mandataire est comme indiqué ci-après le coordonnateur.

<sup>16</sup> Chenut C-H, Le contrat de consortium, LGDJ 2003.

<sup>17</sup> « Les contrats sui generis sont « les contrats « sur mesure », spécialement forgés par les parties pour répondre à des besoins très spécifiques. Mais, on désigne aussi par-là des contrats créés par la pratique, le plus souvent au moyen de l'amalgame ou de l'infléchissement de contrats anciens et auxquels leur usage a valu un nom », François Terré, Philippe Simler, Yves Lequette, Droit civil les obligations, 9ème édition, p. 71

Eléments dans l'appel à projet et la consultation pris en compte par les potentiels membres du consortium		Conséquences sur le consortium
	<p>prendra fin officiellement en mars 2017.</p> <p>Le dossier de consultation précise la date de fin du marché</p>	<p>opération spécifique, en l'espèce les prestations objet du futur marché, la durée en principe coïncide ainsi avec la durée du projet</p> <p>Les exigences de durée sont susceptibles d'être prises en considération dans l'article durée du consortium mais également dans les articles afférents à l'évolution du consortium.</p>
<b>Responsabilité entre les membres</b>	<p>En application de l'article 51 du code des marchés publics, la forme du groupement peut être imposée.</p> <p>Il peut s'agir d'un groupement conjoint<sup>18</sup> ou d'un groupement solidaire<sup>19</sup>.</p>	<p>Dans le contrat de consortium, les membres devront prendre en considération les éventuelles exigences posées par le dossier de consultation.</p> <p>Ces exigences se manifesteront dans l'article afférent à la responsabilité mais également à l'article évolution du consortium (conséquences financières encadrées en cas de départ d'un membre du consortium avant la fin du projet).</p>
<b>Evolution du groupement</b>	<p>Le cahier des charges insiste sur la pérennité de l'alliance proposée au titre du consortium.</p> <p>Par ailleurs, dans une réponse ministérielle, il a été précisé que le groupement candidat est identique au groupement d'exécution. Une modification du groupement n'est envisageable qu'en cas de liquidation judiciaire ou d'impossibilité, pour une cause extérieure, d'exécuter ses obligations contractuelles (réponse ministérielle n° 32667 publiée au journal officiel le 15 juillet 2013.</p>	<p>La clause relative à l'évolution du consortium sera rédigée en prenant en considération l'article 51 du code des marchés publics ainsi que les apports de la doctrine administrative.</p>
<b>Gouvernance</b>	<p>Au titre du dossier de consultation, il peut être demandé au candidat de préciser dans leur offre la gouvernance de projet préconisée ou encore des exigences peuvent être imposées.</p>	<p>Une gouvernance propre au consortium est prévue au sein du contrat. Parce que le consortium intervient au sens de groupement d'entreprises de l'article 51 du code des marchés publics, un mandataire sera désigné pour représenter l'ensemble des membres à l'égard de la</p>

<sup>18</sup> Dans le cadre d'un groupement conjoint, chaque membre s'engage à exécuter la ou les prestations susceptibles de lui être attribuées dans le marché.

<sup>19</sup> Dans le cadre d'un groupement solidaire, chaque membre est engagé financièrement pour la totalité du marché.

Éléments dans l'appel à projet et la consultation pris en compte par les potentiels membres du consortium		Conséquences sur le consortium
		<p>maîtrise d'ouvrage et pour coordonner les prestations des membres du groupement.</p> <p>Toutefois, le contrat de consortium sera adapté par les membres au regard des exigences de la maîtrise d'ouvrage.</p>

#### 4.5.7.2 Focus sur la gouvernance du consortium

La pratique<sup>20</sup> fait apparaître que l'organisation du consortium se caractérise par des instances décisionnelles et parfois des instances opérationnelles.

##### A Instances décisionnelles

Dans le cadre du consortium, le comité de coordination est la principale instance décisionnelle.

Le comité de coordination, organe non obligatoire, est l'organe plénier du consortium. En principe, il rassemble l'ensemble des membres du consortium. Son rôle est de définir les orientations stratégiques et techniques du partenariat et de veiller à la cohérence du projet dans son ensemble.

Les fonctions du comité de coordination sont de gérer et d'organiser l'évolution du consortium, d'informer tous les coopérants sur des questions relatives à l'exécution du contrat de consortium et aux éventuelles difficultés.

En d'autres termes, le comité de coordination est un organe de régulation, d'information, de contrôle, de gestion du partenariat.

En principe, le comité de coordination est composé de l'ensemble des membres du consortium désignant chacun leur représentant.

Un président peut être prévu. Son rôle est en principe d'assurer la convocation du comité et la préparation de l'ordre du jour des assemblées générales. Les modalités de désignation du président sont en principe l'élection à l'unanimité ou la majorité absolue pour un mandat temporaire. Dans ce cadre, toute tentation de népotisme ou d'hégémonie est évitée.

##### B Instances opérationnelles

Dans le cadre d'un consortium, les instances opérationnelles sont :

- ✓ le coordonnateur;
- ✓ l'équipe commune.

Le coordonnateur aussi parfois dénommé mandataire commun a pour rôle d'assurer la meilleure coordination possible de la coopération.

<sup>20</sup> [http://www.dgdr.cnrs.fr/daj/modele/contrat/doc/MODELE\\_CONSORTIUM\\_ANRprive\\_FR.pdf](http://www.dgdr.cnrs.fr/daj/modele/contrat/doc/MODELE_CONSORTIUM_ANRprive_FR.pdf);  
[http://reseaucrboie.isped.u-bordeaux2.fr/Doc\\_PDF/contrat\\_de\\_consortium\\_version\\_finale\\_17\\_dec\\_09.pdf](http://reseaucrboie.isped.u-bordeaux2.fr/Doc_PDF/contrat_de_consortium_version_finale_17_dec_09.pdf);  
[http://www.peren.org/UserFiles/File/accord\\_de\\_consortium.pdf](http://www.peren.org/UserFiles/File/accord_de_consortium.pdf)

Plus précisément, il assure des missions internes et externes. Ces missions sont notamment la mise en œuvre des orientations du consortium arrêtées par les organes décisionnels, il est l'interlocuteur unique et privilégié auprès des tiers au consortium. Ce faisant, il s'impose comme l'organe représentant le consortium. Sa présence facilite la représentation commerciale et rend plus intelligible l'action commune.

Au regard des attributions de ce mandataire commun, il est logique qu'il soit élu à l'unanimité par les membres du consortium<sup>21</sup>.

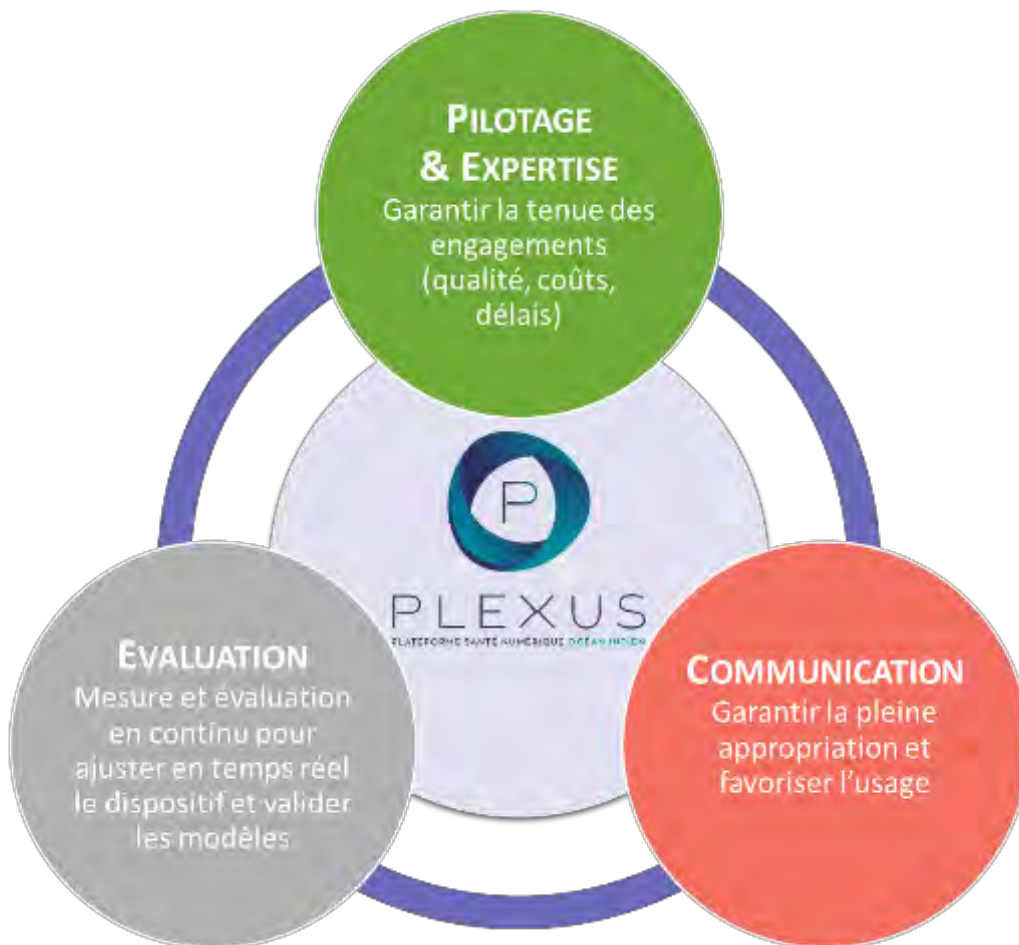
---

<sup>21</sup> dans ce cas, les modalités d'élection seront prévues dans le contrat de consortium

## 5 DEMARCHE DE MISE EN ŒUVRE

### 5.1 PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE

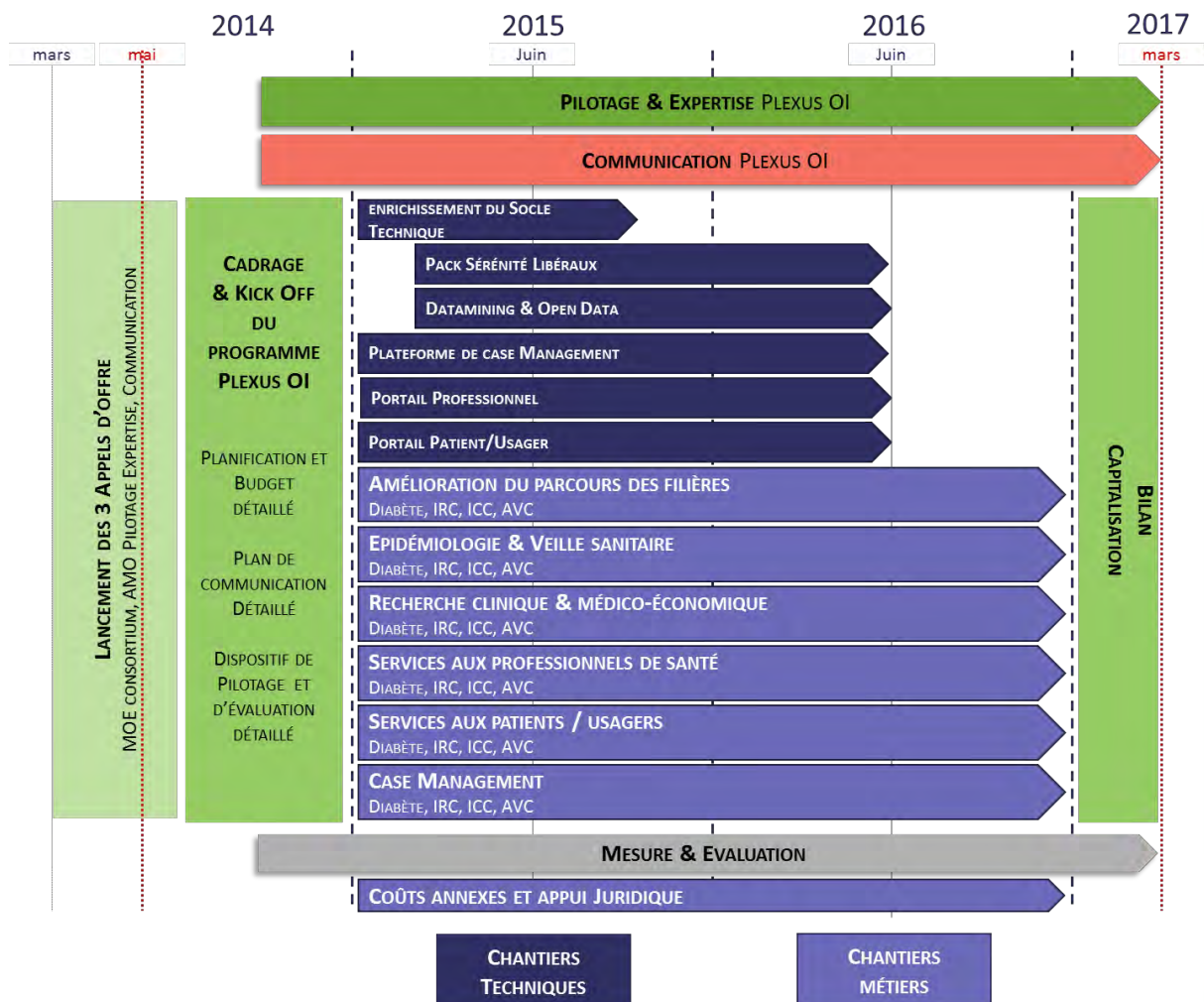
Le projet **PLEXUS OI** s'inscrit dans un délai relativement court au regard des objectifs à atteindre. Garantir le respect des délais, du budget, de la qualité, valider l'appropriation pleine et entière des solutions techniques et organisationnelles et valider la pérennité d'un modèle économique novateur, nécessitent la mise en œuvre d'un dispositif dédié et extrêmement renforcé encadrant les chantiers opérationnels.



**PLEXUS OI** s'articule autour de trois dispositifs complémentaires :

- ✓ Les moyens humains et financiers ainsi que les outils alloués au **dispositif de pilotage** du projet, doivent nous permettre de garantir la tenue de nos engagements : le respect des objectifs, le respect du budget et le respect du planning.
- ✓ **Recueillir l'adhésion** des acteurs impliqués au travers notamment **d'actions de communication**, permettant de sécuriser les travaux de déploiement et de garantir l'usage effectif des solutions et l'appropriation des nouveaux modes d'organisation.
- ✓ Le **dispositif d'évaluation** que nous avons prévu, permettra de vérifier l'atteinte des objectifs (qualité, coût, délai), de valider et d'ajuster la pertinence de l'approche médico-économique retenue. Le dispositif d'évaluation permettra en outre d'identifier les actions correctives et

palliatives à apporter sur les actions des différents acteurs sur le plan de communication et le dispositif de pilotage.



Afin de maîtriser au mieux les délais, nous prévoyons dès la fin mars de procéder à la publicité de 3 marchés publics, destinés à sélectionner les sociétés qui participeront aux réalisations Plexus :

- ✓ Marché MOE Consortium
- ✓ Marché AMO pilotage & Expertise
- ✓ Marché AMO communication

Le **PLEXUS OI FERA L'OBJET D'UN KICK-OFF**, lancement officiel du projet visant un double objectif :

- **Réaliser un acte de communication** fort en créant un évènementiel autour du lancement du projet – premier acte
- **Structurer et organiser le projet** avec les partenaires et le consortium dans le cadre d'un séminaire. Il s'agit d'initier le Plan de Management du Projet. Le principe est de partager l'ensemble des attentes sur les différents chantiers (déclinaison de la présente candidature, ils seront préparés en amont avec chacun des projets) avec l'ensemble des acteurs, au travers d'ateliers de construction. L'objectif est de déterminer les éléments structurants pour finaliser le Plan de Management du Projet. La présentation de celui-ci et des outils associés clôturera le séminaire. Il nous semble par ailleurs utile, en atelier, que les différents acteurs (référénts, utilisateurs, opérateurs, chefs de projet, services supports...) partagent les

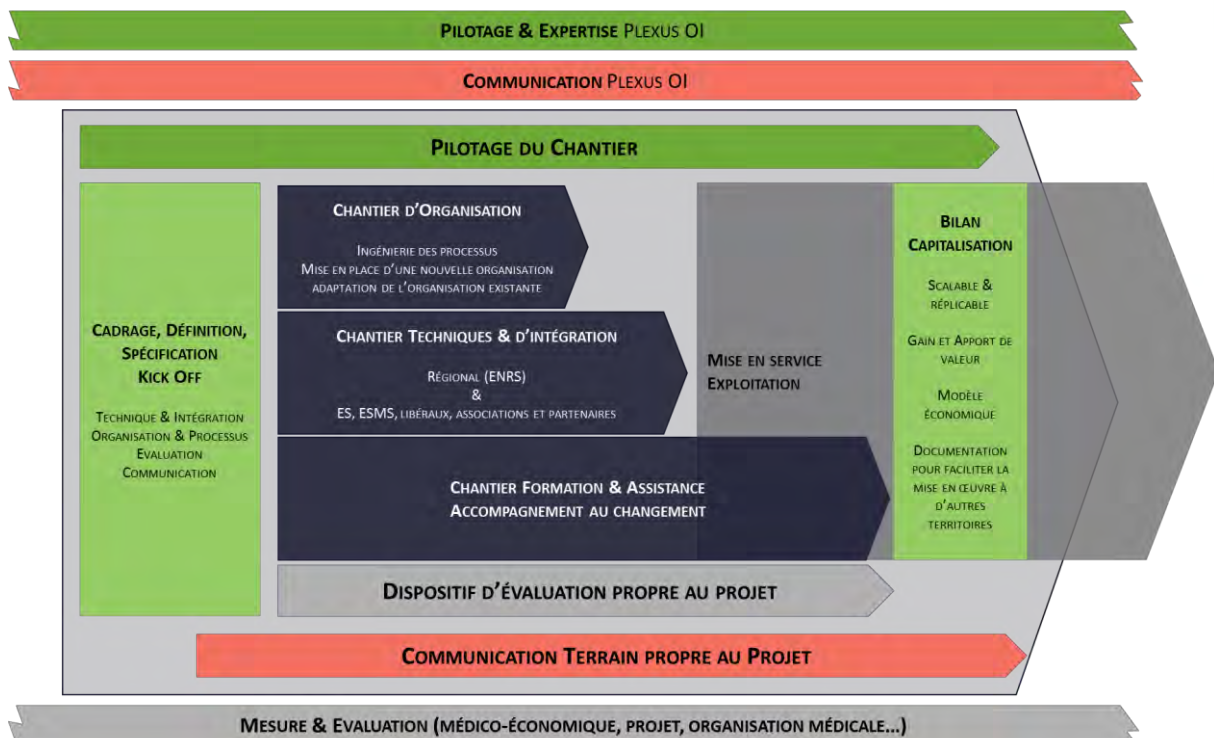
attentes de ce type de projet et les contraintes pour la mise en œuvre. Ces échanges permettront de finaliser le Plan de Management du Projet (notamment en matière de définition des priorités, de gestion de risque...), d'amorcer les spécifications générales des services attendus et de faciliter l'appropriation des objectifs du projet par les différents acteurs.

Les réalisations s'articulent autour de **6 réalisations technologiques**, qui servent les **6 chantiers métiers** sur les 4 pathologies retenues.

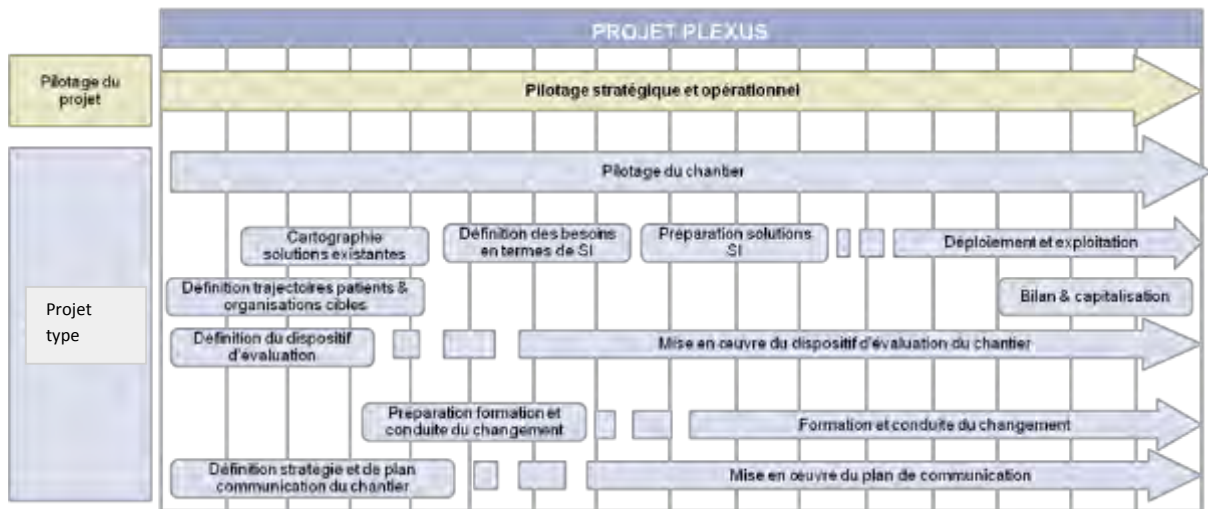
Le déploiement d'un **service PLEXUS fait l'objet de plusieurs chantiers** qui font appel à des compétences spécifiques :

- ✓ Le chantier **Techniques & d'intégration** des briques et services PLEXUS. Ce chantier intègre :
  - les travaux relatifs aux spécifications, développement/intégration et recette des services
  - la vérification de pré-requis techniques et fonctionnels nécessaires au déploiement du service concerné. A cet égard, il permettra le cas échéant d'identifier les structures qui devront, si nécessaire, progresser dans le cadre d'autres programmes nationaux (HN par exemple) sans pour autant que cette condition soit rédhibitoire au déploiement du service si celui-ci ne le nécessite pas.
- ✓ Le **chantier Organisation** vise, au même titre que le chantier technique, à vérifier la conformité à des pré-requis organisationnels (et existences/nominations des ressources nécessaires) et à accompagner l'évolution des procédures et des organisations en place le cas échéant,
- ✓ Le chantier **Formation, Assistance et accompagnement au changement**.

Le diagramme ci-dessous illustre les principes type de mise en œuvre des **chantiers techniques**



Le déploiement d'un **chantier métier** s'appuiera également sur une méthode générique permettant de capitaliser sur les outils et l'expérience des chantiers précédents. Ainsi pourrait-il se dérouler de la manière suivante :



Lors du cadrage du chantier, l'approche devrait être adaptée selon le contexte du service déployé.

Il est à noter qu'un service déployé peut concerner des usages différents et des bassins différents. C'est ce qui justifie le découpage.

L'interdépendance entre les chantiers est gérée au niveau du comité opérationnel transverse pour assurer la cohérence des différents services déployés (et à déployer). La difficulté est de solliciter de manière cohérente les acteurs internes et externes au projet.

## 5.2 CALENDRIER PREVISIONNEL DETAILLE

### 5.2.1 Principes d'articulation des chantiers

Dans l'absolu, le déroulement dans le temps des chantiers métiers Diabète et AVC sont décorrélés. Dans les faits, ils ne peuvent démarrer que lorsque la brique technique nécessaire est effectivement disponible.

Le déploiement des différents usages doivent de plus être coordonnés tant sous l'angle médicale que de celui de la stratégie de communication afin de s'inscrire dans une logique de campagne (le thème du diabète ne doit pas éluder la campagne de l'AVC...) et d'organiser au mieux les actions d'accompagnement sur le terrain. On peut en effet admettre, dans le cas de patients multi-pathologie, qu'une campagne jumelée sera plus efficace.



**Exemple de mise en place d'un environnement de e-learning**

<p>Accès espace WEB</p> <p>Serveur de contenu</p> <p>intégration d'une brique e-learning</p>	<p>Chantiers techniques</p>	
<p>Développement de supports pour la sensibilisation aux symptômes de l'AVC : "Apprenez à reconnaître rapidement les symptômes d'un accident vasculaire cérébral (AVC)"</p> <p>Communication sur le contenu</p> <p>Mise en ligne d'un lien vers le Portail PS et intégration d'un espace dédié du portail Patient</p> <p>Mise à jour indexation du serveur de contenu et de la bibliothèque de contenu disponible aux PS et aux Usagers (Patients &amp; aidants)</p> <p>Activation du service (après GO de l'équipe Communication)</p>	<p>Chantier Métier Amélioration du parcours des filières AVC</p>	<p><b>AVC</b></p>
<p>Mise en ligne d'un lien vers le Portail PS et intégration d'un espace dédié du portail Patient</p> <p>Mise à jour indexation du serveur de contenu et de la bibliothèque de contenu disponible aux PS et aux Usagers (Patients &amp; aidants)</p> <p>Activation du service (après GO de l'équipe Communication)</p>	<p>Chantier Métier Services aux PS Services aux Patients/Usagers</p>	
<p>Communication au Case Management</p> <p>Relance et communication ciblée sur les adhérents PLEXUS à risque</p>	<p>Chantier Métier Case Management</p>	
<p>Mise à disposition du contenu SOPHIA "manger équilibré est-ce compliqué?"</p> <p>Communication sur le contenu</p> <p>Mise en ligne d'un lien vers le Portail PS et intégration d'un espace dédié du portail Patient</p> <p>Mise à jour indexation du serveur de contenu et de la bibliothèque de contenu disponible aux PS et aux Usagers (Patients &amp; aidants) : Lien vers la PTF SOPHIA</p> <p>Activation du service (après GO de l'équipe Communication)</p>	<p>Chantier Métier Amélioration du parcours des filières DIABETE</p>	<p><b>DIABETE</b></p>
<p>Mise en ligne d'un lien vers le Portail PS et intégration d'un espace dédié du portail Patient</p> <p>Mise à jour indexation du serveur de contenu et de la bibliothèque de contenu disponible aux PS et aux Usagers (Patients &amp; aidants) : Lien vers la PTF SOPHIA</p> <p>Activation du service (après GO de l'équipe Communication)</p>	<p>Chantier Métier Services aux PS Services aux Patients/Usagers</p>	
<p>Communication au Case Management</p> <p>Relance et communication ciblée sur les adhérents PLEXUS à risque</p>	<p>Chantier Métier Case Management</p>	

## 5.2.2 Planning détaillé : répartition des efforts

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
<b>Pilotage &amp; Expertise</b>												
Chef de Projet MOAs	13%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	13%	
Chef de Projet MOAo	14%	14%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	18%	
Directeur de Projet	4%	8%	10%	11%	11%	8%	11%	10%	11%	8%	9%	
Pilotage profil senior	4%	8%	10%	11%	11%	8%	11%	10%	11%	8%	9%	
Pilotage profil senior	4%	8%	10%	11%	11%	8%	11%	10%	11%	8%	9%	
Pilotage profil junior	4%	8%	10%	11%	11%	8%	11%	10%	11%	8%	9%	
Expertise CP GCS TESIS	7%	7%	10%	10%	10%	7%	10%	10%	10%	10%	10%	
Economiste de la Santé	4%	8%	10%	11%	11%	8%	11%	10%	11%	8%	9%	
Instances médicales (10 médecins)	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	9%	
Outil de pilotage fédérateur	14%	14%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	7%	18%	
<b>Communication Stratégique</b>												
Communication												

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
<i>Production outils de com</i>	70%						30%					
<i>Production outils conduite du changement</i>	30%	30%						40%				
<i>Animation du projet , Organisation de seminaires</i>	20%			10%	10%	10%	10%		20%		20%	
<i>Etudes/ evaluation/ focus groupe</i>		30%			20%			30%			20%	
<i>Plan media</i>	70%						30%					
<i>Campagne terrain</i>		20%		20%		20%			20%		20%	
<i>Conduite du changement</i>												
<i>Expertise conduite du changement</i>	40%					40%		20%				
<i>Action de conduite du changement auprès des structures</i>		20%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%		
<i>Action de conduite du changement auprès des Professionnels &amp; partenaires</i>		20%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%		
<i>Formation</i>												

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
<i>formation et participation à des évènements</i>					25%	50%		25%				
<i>logistique formation (dont réservation de salle)</i>					25%	50%		25%				
<b>Cadrage &amp; Kick Off</b>												
Cadrage PMP & animation de séminaire	100%											
Participation Consortium	100%											
<b>Adaptation et enrichissement du socle</b>												
Interfaces - Connecteurs												
Services éditiques			100%									
Services mobilités multi-canal		100%										
Connecteurs SIH		100%										
Connecteurs LGC		100%										
HotLine & Support PS/Utilisateurs		8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
E-learning												
Accès espace WEB & fonctions WEB2.0		100%										
Serveur de contenu	100%											
intégration d'une brique e-learning		100%										
E-prescription - Connexion DP												
- <i>la e-prescription de sortie d'établissement</i>		25%	25%	25%	25%							
- <i>L'alimentation du DP dans le cadre des chimiothérapies</i>				25%	25%	25%						
Enrichissement des référentiels - Réengineering de processus sur la gestion des ressources			100%									
Compléments bases patients			100%									
Cellule identito-vigilance		8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	
Déploiement DMP compatibilité (Structure ES + Libéraux)		25%	25%	25%								

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
<b>Pack Sérénité Libéraux</b>												
- <i>la e-prescription ville</i>	20%	20%	20%	20%	20%							
- <i>l'accès au DP pour des médecins généralistes et/ou spécialistes</i>	20%	20%	20%	20%	20%							
<i>Développement des services et intégration des services externes dans le poste virtuel unifié du PS</i>												
<i>Module de sécurisation des accès via CPS (certificat embarqué a priori)</i>												
<i>Développement SCRUM</i>												
<i>Locaux</i>				13%	13%	13%	13%	13%	13%			
<i>Equipe médicale intervenants aux ateliers</i>	20%	20%	20%			20%	20%					
<i>Développement</i>		20%	20%	20%			20%	20%				
<b>Datamining &amp; Open Data</b>												
- <i>les statistiques épidémiologiques DP</i>		100%										

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
Mis en place de l'environnement (physique, univers, interface requêtes lourd et simple)		75%	25%									
Interfaces - flux extraction, anonymisation et intégration dans le modèle pour analyse multidimensionnelle (OLAP)												
SNIIRAM	25%	25%	25%	25%								
DP		100%										
Consolidation SIH (CHU et CLINIFUTUR)		50%	50%									
SRVAS (RPU)		20%	80%									
Cellule administration du gisement de donnée												
ressource interne		8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	
ressources externes (prestations)		8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	
Plateforme de case Management												
Personnel					10%	15%	15%	15%	15%	15%	15%	

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
<i>Installation PTF</i>							50%	50%				
<i>TCO poste</i>							50%	50%				
<b>Portail Professionnel</b>												
<i>Intégration ergonomie/structuration du portail professionnel</i>			50%	50%								
<i>Portabilité des applications sous smartphone</i>			50%	50%								
<b>Portail Patient/Usager</b>												
- <i>le carnet vaccinal</i>					50%	50%						
<i>Portabilité des applications sous smartphone</i>					30%	30%	40%					
<i>Intégration ergonomie/structuration du portail Patient/usager</i>					50%	50%						
<b>Développement des usages</b>												
<i>Amélioration du parcours des filières</i>		15%	15%	20%			10%	20%	20%			



Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
Diabète												
IRC												
ICC												
AVC												
<i>Epidémiologie &amp; Veille sanitaire</i>		25%	25%		25%	25%						
Diabète												
IRC												
ICC												
AVC												
<i>Recherche clinique &amp; médico-économique</i>				0,25	25%	25%	0,25					
Diabète												
IRC												
ICC												

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
AVC												
<i>Services aux professionnels de santé</i>						25%	25%	50%				
Diabète												
IRC												
ICC												
AVC												
<i>Services aux patients / usagers</i>						25%	0,25	0,5				
<i>Case Management</i>			10%	0,1	10%	10%	0,1	0,1	0,1	0,1		
<i>Développement de contenu E-learning (serious game, contenus...)</i>												
<i>Gestion de projet et Ingénierie pédagogique</i>	0,1		10%	0,1	10%	10%	0,1	0,1	0,1	0,1	10%	
<i>Création de contenu</i>	10%											
<i>E--learning standard</i>	10%	10%	20%			10%	20%					
<i>Serious Game</i>	10%			40%			40%	10%				

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
<i>Mini-module, vidéo, jeux</i>	10%				20%	20%	10%	20%	20%			
<i>Equipe mobile de dépistage</i>						20%	30%	30%	20%			
<i>Equipe mobile de dépistage</i>						20%	30%	30%	20%			
<i>Entretien + assurance + essence</i>								25%	25%	25%	25%	
<i>Equipes Mobiles (Education thérapeutique)</i>												
<b>Bilan &amp; Capitalisation</b>												
										20%	80%	
Mesure & Evaluation												
Focus group, analyse spécifiques issus du data mining et interfaces/extractions spécifique, colloques dédiés, synthèse) - valorisé à 1,5 ETP hors Economiste de la santé												
Focus group, analyse spécifiques - interne		20%		20%		20%		20%		20%		
Focus group, analyse spécifiques - prestataire		20%		20%		20%		20%		20%		

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
Appui Juridique												
Assistance juridique sujets en lien avec le développement des usages & le décret confidentialité	10%		20%		20%		20%		20%		10%	
Coûts annexes (exploitation PLEXUS, Abonntt réseau, affranchissement...)												
Surcoût exploitation DataCenter (mise en exploitation)				10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	
Surcoût exploitation DataCenter (exploitation)				10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	
Coût exploitation DataCenter				10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	
Impression & affranchissement courrier (façon industriel via les services éditiques)												
surcoût locaux GCS												
extension des locaux et services (déménagement nécessaire)				10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	
aménagement des postes (15 postes )				50%	50%							

Phase	2014		2015				2016				2017	
	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2
coût loyer actuel				10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	
Abonnement réseau (augmentation de débit et service)				10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	
<i>Abonnement groupé pour les accès internet pack sérénité</i>							20%	20%	20%	20%	20%	

## 5.3 COMMUNICATION

Le dispositif de **communication revêt un caractère stratégique majeur dans la réussite de PLEXUS OI**, projet ambitieux et innovant, inscrit dans un délai court, aux impacts importants sur de nombreux acteurs :

- ✓ Une **innovation forte sur de nombreux axes** (organisation, finance, métier, technologique) qui nécessitent un accompagnement adapté à chaque cible d'acteur confronté au changement.
- ✓ Un **très grand nombre d'acteurs impliqués** avec leurs propres contraintes et des attentes parfois contradictoires.
- ✓ Un **délai très court (30 mois)** pour concevoir, déployer et commencer à exploiter les services inscrits au périmètre PLEXUS.

### 5.3.1 Lot de conduite du changement

La mise en place du projet PLEXUS est un projet de transformation qui impacte à la fois les organisations et les acteurs en termes d'outils, de métier, de culture, de pouvoir et les bénéficiaires (les usagers et les patients) dans une optique d'optimisation de leur prise en charge et de rationalisation des coûts associés.

Pour aider l'équipe projet à motiver les bénéficiaires et les acteurs du projet, nous préconisons la création d'un lot conduite du changement. La conduite du changement est en effet un des facteurs clés de succès des stratégies de transformations.

Avec l'objectif d'accroître la réussite de ce projet, une cellule de conduite de changement sera mise en place avec pour mission de s'intéresser aux conditions d'adhésion des acteurs et de transformations des pratiques.

#### **Pourquoi organiser la conduite du changement ?**

L'adhésion des acteurs et des bénéficiaires au projet est un objectif de l'équipe projet au même titre que la maîtrise des coûts et la maîtrise des délais du projet. C'est une voie pour garantir son adoption et son déploiement en termes d'usages à long terme.

L'organisation de cette conduite du changement passe par la mise en place d'une **cellule « change »** dédiée constituée de ressources en management de projet et de communication.

Cette cellule est directement rattachée au comité de pilotage.

- ✓ Elle participe au comité de pilotage du projet.
- ✓ Elle contribue à identifier les personnes relais – ambassadeurs qui permettront de déployer et démultiplier les actions et à être l'interface entre l'équipe projet resserrée et les équipes terrain.
- ✓ En lien avec le comité de pilotage, elle peut solliciter ces relais- ambassadeurs pour des ateliers collaboratifs en lignes thématiques leur permettant d'être acteur de la construction de PLEXUS.
- ✓ Elle diffuse par capillarité le changement.
- ✓ La cellule change anime ce réseau, lui permet de remonter les attentes terrain et lui fournit des argumentaires et supports pour les aider à promouvoir le projet. Elle les réunit régulièrement en fonction des phases du projet, soumet les plans d'actions.
- ✓ Elle partage les résultats au fur et à mesure pour cranter chaque étape passée.

- ✓ Elle implique les relais dans la production de certains livrables.

### **Changement = Rupture**

*Un changement ne vaut que s'il y a adhésion.*

Nous acceptons d'abandonner notre existant et de faire des efforts si le résultat escompté nous apparaît comme étant une amélioration significative. Le changement n'existe que par la dynamique des individus qui le mettent en œuvre. L'acceptation du changement passe par ce point de passage qui est l'appréciation du risque à perdre un existant pour un avenir incertain.

«Y a-t-il plus à perdre qu'à y gagner ? Est-ce que cela va m'apporter quelque chose en plus ?».

Les projets numériques sont des projets à haut risque d'échec. Au-delà du système d'information, le projet PLEXUS OI est un projet de transformation large et profonde, qui touche une grande pluralité d'acteurs dans ses pratiques et ses valeurs.

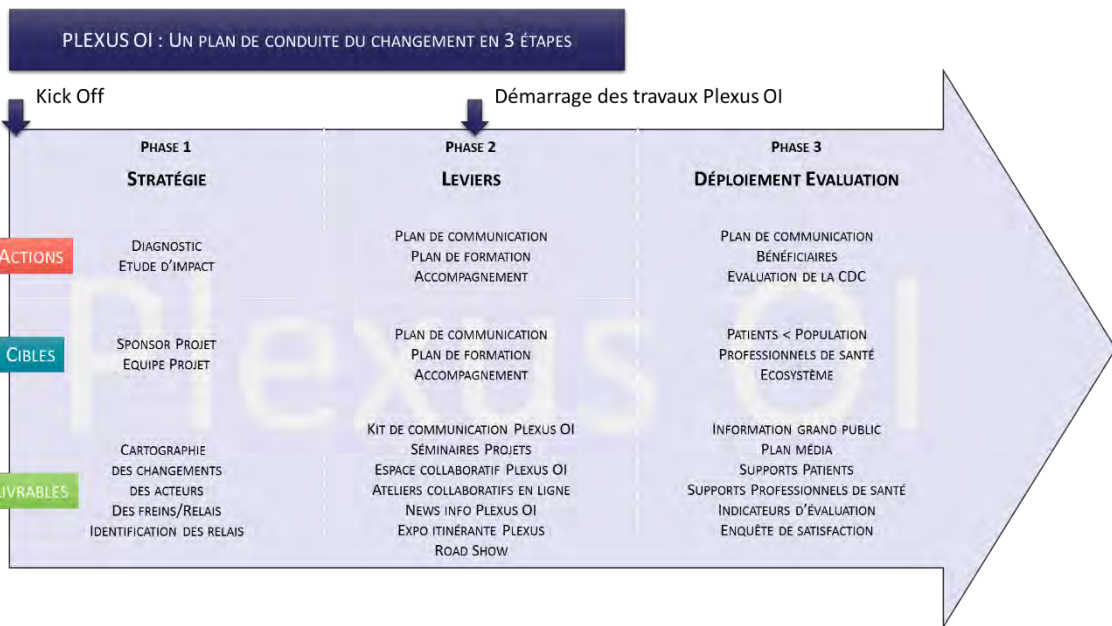
### **Les facteurs d'échec des projets de changement**

1. Non-adhésion des principaux acteurs.
2. Non-compréhension de ce qui est attendu des différentes parties prenantes.
3. Mauvaise formalisation des livrables des différentes parties concernées.
4. Manque d'informations sur les modalités de réalisation opérationnelles du projet.
5. Ne pas suffisamment tenir compte de l'inertie des structures.
6. Ne pas voir les problèmes qui se posent et les résoudre.
7. Ne pas prendre le temps de former les personnes concernées.
8. Ne pas avoir d'outil de pilotage en terme de compréhension et d'acceptation.

Ce travail d'analyse des facteurs d'échecs montre l'importance que revêt la dimension de communication et d'explication pour que les différentes parties concernées adhèrent au changement.

### **La conduite du changement, ce n'est pas seulement de la communication et de la formation !**

La qualité d'un dispositif de conduite du changement nécessite la réalisation de trois phases pour faire adhérer les acteurs : **diagnostic**, **déploiement** des **leviers** de communication, de formation et d'accompagnement et pilotage du changement.



### 5.3.2 Phase 1 : Mise en place de la stratégie d'accompagnement

Au lancement de PLEXUS OI, une phase de diagnostic qui permet d'identifier le périmètre du changement en termes de processus, de structures, d'acteurs et de type de changement. Il s'agit de réaliser un cadrage qui permettra de définir les leviers les plus pertinents pour accroître l'adhésion des professionnels de santé en y associant les notions de « réflexivité » qui permettront de valider chacune des étapes et de reprendre la démarche si le processus est confronté à des blocages.

Cette phase est conduite par la **Cellule « Change »** directement rattachée à l'équipe projet.

Le premier objectif de la conduite du changement réside dans l'adhésion des principaux acteurs d'un projet : Quelles sont leurs attentes, leurs besoins, leurs envies? Qu'est-ce qui les gêne dans le projet, leur fait peur ?

Un projet sans adhésion est obligatoirement voué à l'échec. Ce travail de recherche d'adhésion est une forme de marketing interne. Faire adhérer devient le maître mot dans un environnement où il y a une inflation de projets et donc de sollicitations mais également dans un contexte sociologique où de plus en plus de professionnels ne veulent plus obéir à un ordre mais s'inscrire dans des dynamiques de **co-construction**.

Pour cela, il est nécessaire d'aller vers ces acteurs, d'échanger avec eux, de comprendre leurs attentes et de mettre en place des **dispositifs de concertation** : pour PLEXUS, projet numérique de coordination des acteurs, nous intégrons aux trois phases une couche **d'ateliers participatifs** comme modalité de réalisation des différentes actions d'accompagnement au changement.

**Note de cadrage du diagnostic : un premier document de formalisation.**

Ce document destiné à l'équipe projet et aux sponsors politiques du projet (Direction générale de l'ARS OI, direction générale du CHU) vise une vision formalisée des typologies précises de publics qui vont être impactés par PLEXUS, d'anticiper sur les freins et donc les risques pour mettre en place des actions qui favorisent l'adhésion.



Situation actuelle	Origines du projet et principaux argumentaires et éléments de justification du projet
<b>Constat</b>	Cœur du projet impliquant le changement.
<b>Résultats attendus</b>	Livrables finaux.
<b>Gains attendus</b>	Objectifs du projet. Pourquoi ce projet ?
<b>Risques perçus</b>	Eléments de risques à prendre en compte
<b>Cartographie des acteurs</b>	Cartographie des zones de risques, groupes cibles et enjeux. Liste des acteurs du projet et de leur niveau d'implication.

Ce diagnostic débouche sur une deuxième étape d'études d'impacts de PLEXUS. Cette deuxième étape repose sur une méthodologie éprouvée descriptive qui permet d'identifier des micro changements par typologie d'acteurs, de qualifier le type de changement, et de le synthétiser par population pour parvenir à construire des plans de transition.

Exemple de démarche d'analyse d'impact pour PLEXUS : Les grands changements portés par le projet PLEXUS pour les médecins libéraux selon une grille d'analyse des typologies de changement :

	compétences	procédures	structures	management	outils	KPi	culture	Compor- tement	Pouvoir
Plateforme patient	X	X			X	X	X	X	X
Plateforme Professionnels	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pack sérénité	X	X			X				
Suivi à domicile	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Staff virtuel		X	X		X				
Espace collaboratif	X			X	X		X	X	X
Partage d'informations							X	X	X
Plateforme patient	X	X			X	X	X	X	X
Mesures d'Accompagnement	COM	PROCESS FORM	FORM PROCESS	PROCESS COM FORM	PROCESSS FORM	COM	FORM	COM	COM

De cette analyse pourront être ciblées les priorités en matière de communication, de formation et de formalisation de process qui seront développées dans la phase 2 de conduite du projet.

### 5.3.3 Phase 2 : Mise en œuvre des leviers de communication et de formation

Cette étape prévoit la planification et la réalisation des actions de communication, de formation et d'accompagnement des transformations. La détermination des actions ne peut se faire que par rapport à un diagnostic du périmètre concerné. On ne déploie pas les mêmes actions de communication ou de formation si le projet concerne 10 ou 1000 personnes ou si le taux d'adhésion oscille entre 10 et 70%.

Il en est de même pour les actions d'accompagnement des transformations qui ne peuvent être envisagées qu'à partir d'une étude d'impacts et d'un plan de transition entre la situation existante et future

La conduite du changement est un ensemble de méthodes et d'outils pour faire adhérer des bénéficiaires aux objectifs d'un projet.

L'établissement du plan de communication se fonde sur le diagnostic et l'étude d'impact par cible. Il a pour objectif d'accompagner la communication des porteurs de projet.

Le positionnement de la communication de PLEXUS : construire le positionnement et donc des éléments de langage sur le projet passe par l'étude des images positives et négatives associées au projet.

Par exemple, un des principaux risques est de positionner la communication sur un niveau Outil ou technologie qui sera associé à des freins et images négatives tels que projet coûteux, prenant du temps, permettant de « fliquer » les professionnels de santé ou de brimer leur liberté de prescription...

En revanche, valoriser les objectifs de santé publique, le rôle clé du Professionnel de santé, l'innovation et l'efficacité touche davantage au champ de valeurs du corps médical.

#### **Outil n°1 : le Kit de Communication PLEXUS**

Pour lancer la communication du projet au moment du lancement, un kit de communication sera réalisé pour expliquer le projet, représentant un argumentaire de 10 slides durant 30 minutes environ et reprenant l'articulation suivante :



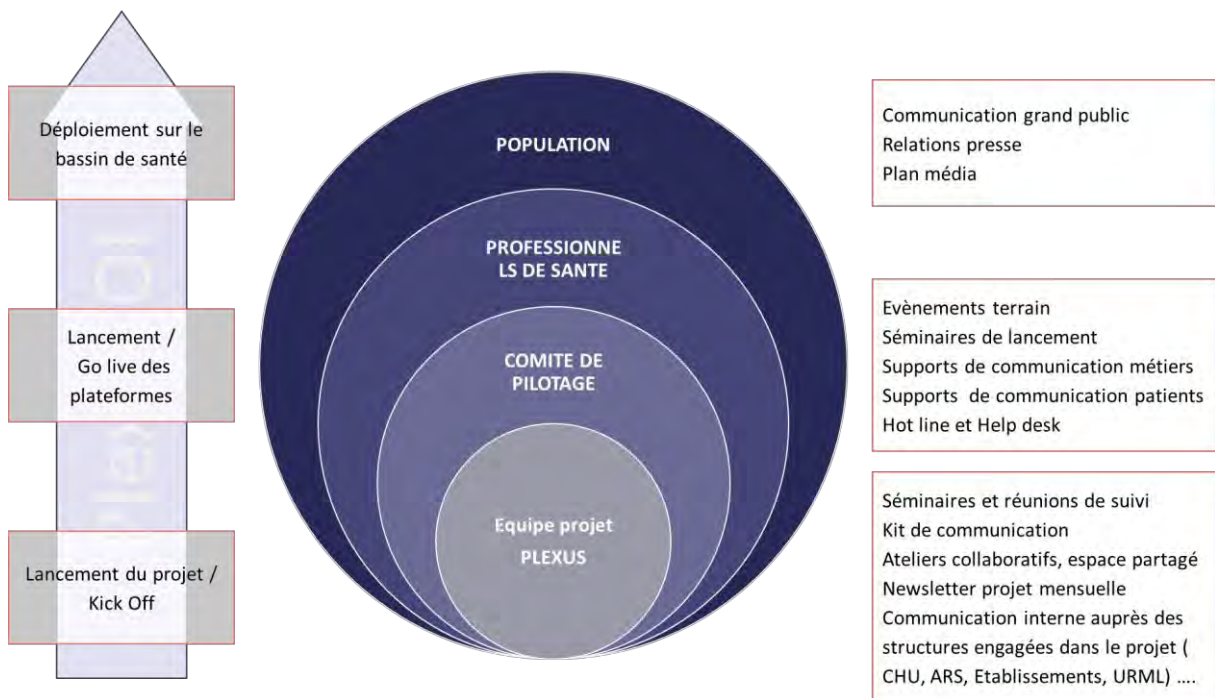
#### *5.3.3.1 La construction du plan de communication*

Les éléments bloquants d'une communication de changement sont des écueils qu'il faut avoir en tête afin d'y répondre pour chaque cible : utilisation de termes et d'éléments de langage non partagés,

mauvaise formalisation, utilisation d'argumentaires bloquants, donner trop d'informations, donner des injonctions ...

Afin de faciliter le déploiement du projet, un comité de communication regroupant les communicants des structures engagées par le projet sera mise en place, piloté par la cellule change. Vecteurs internes et externes des messages, ces personnes clés contribueront à la conception d'outils de communication.

**Un dispositif complet** : Identification des cibles, des messages, des canaux de diffusion et planning



### 5.3.3.2 Le plan de communication interne et externe

#### A Des objectifs de gestion de projet en tant que tel

- ➔ Installer l'image de marque du projet, sa notoriété
- ➔ Rassurer sur sa crédibilité, sa pérennité
- ➔ Informer tout au long du projet : donner du contenu et faire connaître
- ➔ Rassurer les acteurs du monde la santé
- ➔ Rassurer les particuliers et obtenir leur adhésion
- ➔ Convaincre tous les acteurs de l'importance de la synergie entre les parties prenantes

#### B Des enjeux

- ✓ Tenir compte des spécificités du marché réunionnais
  - Des patients (particuliers)
  - Des médecins
  - Des médias en place
  - Des institutionnels et pouvoirs publics

- ✓ Concilier un message de conscientisation des Réunionnais (impliquer et motiver tous les Réunionnais en général, les 200 000 ha du bassin test en particulier) à un message de transformation de tous les acteurs (impulser, fédérer).

#### C Exemples d'opérations de communication de préparation (4-6 mois)

Cibles	Opérations de communication
<b>Les parties prenantes aux projets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Espace collaboratif</li> <li>➔ Newsletter mensuelle</li> </ul>
<b>Institutionnels et financeurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Espace collaboratif</li> <li>➔ Newsletter mensuelle</li> <li>➔ Un mini film didactique animation graphique : chiffres/perspectives/grands axes/éléments de langage pour comprendre le projet et en assurer la promotion               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffusion web</li> <li>- Support de présentation (conférences, réunions)</li> </ul> </li> </ul>
<b>Les acteurs du monde médical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Plaquette de présentation du projet : didactique, à laisser après un rdv one to one</li> <li>➔ Une conférence/cocktail de lancement (diffusion du film, discours)</li> </ul>
<b>Les réunionnais</b>	<p>Campagne de concertation sur le bassin test</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Rdv points santé : échanges, avis</li> <li>➔ Distribution BAL « votre avis sur la santé nous intéresse », enquête online (avec dotations pour augmenter le pourcentage de participation)</li> </ul>
<b>Les patients/usagers</b>	<p>Approche Terrain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Contact associations</li> <li>➔ Kit d'information</li> </ul>

#### D Exemples d'opération de communication de lancement

Cibles	Opérations de communication
<b>Les parties prenantes aux projets</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Espace collaboratif Projet PLEXUS/état d'avancement du projet</li> <li>➔ Newsletter mensuelle</li> </ul>

Cibles	Opérations de communication
<b>Institutionnels et financeurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Site Internet</li> <li>➔ Newsletter mensuelle</li> </ul>
<b>Les acteurs du monde médical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Outils (numériques essentiellement) d'information, de pédagogie</li> <li>➔ Roadshow</li> </ul>
<b>Les réunionnais</b>	<p>Campagne d'information générale sur le nouveau système de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Spot TV (relayé radio et presse)</li> <li>➔ Relai radio et presse</li> <li>➔ Un stand sur le site des établissements du bassin de santé</li> </ul> <p>Un media grand public : programme court sur Antenne Réunion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ La minute pour faire connaître (infomerciales) sur 6 mois</li> <li>➔ Ou parrainage d'un programme court hebdo de 2 minutes sur 6 mois « ma santé, mon choix » ; relai sur le web)</li> </ul> <p>Campagne dédiée aux habitants du bassin de santé PLEXUS OI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Proximité : bus d'information / explications/ simulations dans les lieux à forte fréquentation (Marchés forains Moufia, Sainte Marie, Saint Denis, parking du CHU à Saint Denis...)</li> <li>- Des agents formés / tenue logotypées PLEXUS OI</li> <li>- Un bus total covering</li> <li>- Des flyers</li> <li>- Des goodies</li> <li>➔ Distribution toutes boîtes aux lettres limitée à la zone</li> </ul>
<b>Les patients/usagers</b>	<p>Approche Terrain</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Contact associations</li> <li>➔ Kit d'information</li> </ul>

## E Le plan de formation

**Les principaux points de formation à mettre en place auprès des acteurs sont liés à la gestion de projet et à l'aspect utilisation et usages des plateformes.**

Comme le plan de communication, le plan de formation se décline dans le temps et par cible.

Nous proposons de mettre en place des actions très en amont de formation-action pendant les phases 1 et 2 notamment pour les cibles **relais – ambassadeurs et le groupe communication** sur la communication de changement et d'adhésion, la gestion des points de blocage.

Un séminaire sera spécifiquement organisé pour ces cibles sur le projet PLEXUS, et plus largement des retours d'expérience de projets similaires mis en place, un échange de pratique entre pairs, des études de cas concrets.

De même, il sera important de mobiliser une enveloppe budgétaire pour permettre à ces personnes ressources d'assister à des conférences ou congrès touchant à ces thématiques pour favoriser l'ouverture et la création de relais.

Dans les phases de déploiement du projet, les ateliers collaboratifs seront aussi déployés en formation. Des modules de e-learning seront développés en support du projet permettant leur diffusion et leur utilisation par une cible large d'utilisateurs.

Enfin, il sera important **d'accompagner les professionnels de santé** dans leur rôle de relais auprès des patients en matière d'information et de soutien à la mise en place du suivi personnalisé proposé par le projet PLEXUS.

### 5.3.4 Phase 3 : Déploiement et évaluation

La dernière phase de pilotage permet de mesurer les résultats des actions de conduite du changement entreprises dans la phase de leviers.

Dans une logique cybernétique « **Actions – Résultats – Corrections** », il est indispensable de mesurer les résultats des actions de conduite du changement pour savoir si le taux d'adhésion au projet a augmenté, si les bénéficiaires participent, si les personnes sont de plus en plus informées, etc. Il s'agit de s'intéresser à des mesures de changement mais également d'évolution de l'activité et de l'obtention des objectifs initiaux du projet.

Cette phase repose sur la construction d'un **tableau de bord de pilotage du changement** comme un volet des tableaux de suivi du projet.

Il vise à **mesurer l'adhésion** des acteurs et l'impact de chaque action mis en place au regard de l'investissement demandé.

Il permet **d'objectiver les retours** sur l'évolution du projet et **éventuellement d'alerter les sponsors politiques** du projet sur les risques et les freins repérés.

Mise en place de 4 indicateurs suivis trimestriellement puis mensuellement constituant un baromètre global :

- ✓ Taux d'information sur le projet
- ✓ Taux de compréhension du projet
- ✓ Taux d'adhésion au projet
- ✓ Taux de participation au projet

Ces indicateurs seront mesurés par questionnaires.

## 5.3.5 Récapitulatif des actions de conduite du changement

### 5.3.5.1 Phase 1 – Stratégie

Mise en place de la phase diagnostic, étude d'impact, élaboration des plans de communication et formation.

	Porteurs	Liens	Objectifs	Missions	Actions
<b>Gouvernance</b>	Mise en place d'une <b>Cellule Change</b> (1 consultant changement et 1 communication)	Rapporte à l'Equipe projet, fait partie du comité de pilotage	Piloter la conduite du changement comme partie intégrante du projet	Réalise les étapes stratégiques, élabore le plan de com et le plan de formation, pilote leur mise en œuvre, veille du projet et alerte du comité de pilotage si besoin	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réalise le Diagnostic et l'étude d'impacts</li> <li>2. Anime les groupes relais et com</li> <li>3. Organise les réunions et séminaires projet</li> <li>4. Pilote la mise en œuvre du plan de com</li> <li>5. Evalue les actions mises en place</li> </ol>
	<b>Groupe communication</b> (ressources com des structures engagées par TSN)	Piloté par la cellule change	Engager les ressources communication sur le projet et les amener à être des relais dans leur structure	Participer à la conception des outils de com, partage des éléments de langage Animation en local du projet	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifie les outils existants et les canaux de diffusion des messages,</li> <li>2. Identifie les blocages internes</li> <li>3. Propose des outils et actions locales</li> <li>4. Contribue à la rédaction des messages</li> </ol>
	Groupe Ambassadeurs - relais	Piloté par la cellule change	Engager des acteurs métiers à relayer le projet et à faire remonter les retours terrains	Informers les pairs Contribuer à la co construction des étapes de com Démultiplier la communication	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier les pairs impliqués dans le projet.</li> <li>2. Participer à des réunions d'information.</li> <li>3. Ecrire des témoignages métiers</li> </ol>



Outils	Périodicité	Modalités	Objectifs	Livrables	Postes de coûts
<b>séminaires</b>	mensuelle	½ journée	Adhésion	ordre du jour supports compte rendus	Logistique et ingénierie
<b>Espace collaboratif</b>	Toutes phases	En accès libre et en ateliers	Participation Co construction	Centre ressources Modalités de fonctionnement Modération	Mise en place plateforme Modération
<b>Ateliers collaboratifs</b>	Toutes phases	Sur rendez-vous – sur une semaine	Participation, déploiement, contribution	Ordre du jour Questions clés Modération	Animation Consolidation Analyse
<b>Newsletter projet</b>	Toutes phases	Mensuelle/ hebdo	Informé sur l’avancée du projet Pédagogie	Textes, verbatim, schéma	Création template, Rédaction, relecture, routage e-mail
<b>Modules de e learning</b>	Toutes phases Base 10	5 par an	Expliquer le projet S’approprié les notions communiquer	Objectifs pédagogiques Scenarii Textes	Coût de conception et de réalisation par module
<b>Module de formation</b>	Phase Amont	1 à 2 par groupe com et relais	Apporter un soutien aux ressources mobilisées	Ingénierie Supports Animation	Logistique et ingénierie Formateurs

### 5.3.5.2 Phase 2 – Leviers

Déploiement des leviers de communication et de formation.

	Porteurs	Liens	Objectifs	Missions	Actions
<b>Plan de communication</b>	Sponsors politiques de PLEXUS ARS OI CHU	En lien avec l'équipe projet	Porter l'ambition du projet Expliciter les attendus et la vision	Assurer le portage du projet auprès des acteurs clés, des relais politiques de la Réunion, des relais métiers.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Prises de parole lors de conférences mobilisatrice, dédiées ou non,</li> <li>Verbatim et écritures d'argumentaires</li> </ol>
	Equipe projet	En lien avec la cellule change	Parler projet Avancées Enjeux Innovations Rassurer	Assurer la communication planning, délais, coûts Technologies Mutualisations	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fournir les informations pour les outils de com</li> <li>Participer aux réunions et séminaires</li> <li>Identifier les relais</li> <li>Engager le consortium</li> </ol>
	Equipe change Groupe communication	En lien avec l'équipe projet et les sponsors	Démultiplier la communication Assurer une coordination et une cohérence de messages	Tenir le planning des plans de communication Fournir les éléments au groupe com Concevoir les opérations et outils	<ol style="list-style-type: none"> <li>Rédaction</li> <li>Coaching des managers du projet et de ses porte-parole</li> <li>Veille des remontées terrain</li> <li>Coordination des acteurs qui portent les messages</li> <li>Coordination des agences</li> </ol>

Outils	Périodicité	Modalités	Objectifs	Livrables	Postes de coûts
<b>Communication projet</b>	<b>Idem phase 1</b>				
<b>Film PLEXUS</b>	Une fois	Film court 3 à 5 mn	Expliciter le projet, pédagogie	Film animation Diffusion web Réunions	Scenarii Réalisation
<b>Campagne de sensibilisation</b>	Plusieurs mois	Enquête santé sur bassin test	Enquête en ligne et marketing direct dans les Bal	Préparer la population réunionnaise à la mise en place du projet	Conception de l'enquête Diffusion terrain Analyse

Outils	Périodicité	Modalités	Objectifs	Livrables	Postes de coûts
					Rendu des résultats
<b>Campagne Patients/malades</b>	Plusieurs mois	Approche Terrain	Engager les associations de patients	Kit de communication	Contenu et production des outils
<b>Lancement Roadshow</b>	Plusieurs mois	Exposition itinéraire dans les lieux de santé impliqués dans le projet	Informier Echanger Expliquer	Exposition interactive Itinérante Leaflet projets Relais d'opinion	Contenu Fabrication des supports Logistique Animation
<b>Campagne media Ma santé, Mon choix !</b>	Plusieurs mois	Spot Tv Spot radio Programme court	Informier Eduquer Promouvoir	Objectifs pédagogiques Scenarii Textes	Cout de conception et de réalisation par spot
<b>Campagne terrain sur le bassin</b>	Plusieurs mois	Bus info patients Tests, Simulations	Impliquer Expliquer Engager	Ingénierie Supports Animation Goodies	Logistique et ingénierie Animateurs Outils de communication

### 5.3.5.3 Phase 3 – Déploiement évaluation

	Porteurs	Liens	Objectifs	Missions	Actions
<b>Evaluation</b>	Equipe projet Equipe change		Mesurer et évaluer	Suivre les 4 indicateurs De conduite de changement.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Enquête</li> <li>2. Ateliers collaboratifs</li> <li>3. Tableau de bord</li> </ol>

## 5.4 MODALITES DE SUIVI DU PROJET

### 5.4.1 Les attentes en matière de pilotage du projet PLEXUS OI

Le suivi de projet attendu se conçoit sur différents axes :

- ✓ La mesure de l'avancement opérationnel du projet au regard des engagements pris par le projet TSN et des ressources mobilisées
- ✓ L'évaluation du service rendu
- ✓ La gestion des risques

Ce suivi s'appuie sur organisation projet (introduite au chapitre supra) et des outils de suivi permettant de formaliser et croiser les éléments d'appréciation de l'avancement et de maîtrise du risque, et ce, adaptés aux instances de pilotage et aux acteurs concernés. Ainsi, il nous paraît indispensable de pouvoir disposer d'une lecture croisée de l'appréciation du projet selon les axes :

- ✓ Réponses aux attentes stratégiques et opérationnelles
- ✓ Consommation/allocation prévisionnelle des ressources
- ✓ Appréciation qualitative du projet et avancement
  - Sur les produits techniques et services déployés
  - Sur l'appropriation des services par les usagers et les utilisateurs et le développement des usages
- ✓ Rapprochement entre la vision de développement/mise à disposition des services, les besoins fonctionnels couverts et les besoins métiers
- ✓ Les objectifs de développement et de rentabilité du point de vue du Consortium, de la tutelle Santé et du point de vue du développement industriel
  - Evaluation économique et médico-économique du projet
  - Evaluation de la capitalisation et industrialisation des services PLEXUS
  - Evaluation des efforts et des opportunités de développement de la solution sur le marché et les dérivés (ex : recherches – coopération scientifiques, coopération sanitaire, nouvelles activités – création de filières au travers du case-management)
- ✓ La dichotomie entre les travaux de développement et d'intégration des services (phase projet) et le fonctionnement des services déployés devra être intégrée dans le suivi global du projet. Ainsi, pour le fonctionnement du projet, faudra-t-il distinguer l'évaluation des performances techniques des services mis en ligne et le maintien en condition opérationnel (enrichissement et évolution des services). A titre illustratif :
  - Montée en charge du système (nombre de connexion, marqueurs de services utilisés, volumétrie, disponibilité – performance, anomalies – dysfonctionnements déclarés)
  - Evolution / maintenance des services déployés
  - Production de contenus
  - Communication

Outre les supports de suivi de projet relevant de l'état de l'art, dont des illustrations sont fournies infra, nous optons pour la mise en place d'une solution intégrée de pilotage pour favoriser l'échange et la capitalisation des informations de pilotage et des contenus produits.

## 5.4.2 Principes clés

### 5.4.2.1 Intégration d'un balanced scorecard pour le pilotage et l'évaluation stratégique du programme

Cette approche vise à compléter le dispositif de pilotage « technique » du projet par un regard stratégique, complet et perceptible par les différents acteurs et partenaires PLEXUS.

Le Balanced Scorecard (Tableau de bord prospectif) permet d'envisager le pilotage de manière équilibrée entre 4 perspectives stratégiques et en intégrant des visions court terme / long terme, des éléments financiers / non financiers, une analyse interne / externe de la performance. Cet outil de gestion traduit la stratégie en objectifs et en mesures :

- ✓ la performance financière (le retour sur investissement, la valeur économique ajoutée),
- ✓ l'efficacité des processus internes (rendements, qualité, délais),
- ✓ le jugement des acteurs externes (chiffre d'affaires, satisfaction)
- ✓ l'apprentissage des acteurs du projet.



### 5.4.2.2 Une formalisation des rôles au travers d'une Matrice RACI

La matrice des rôles permet de clarifier les responsabilités de chacun. Elle se construit comme un projet nécessitant des jalons et des validations de la part de la direction :

- ✓ Définition des chantiers (par pathologies ou par livrables selon la méthodologie retenue) nécessitant une répartition des rôles.
- ✓ Constitution des groupes de travail pour chaque chantier.
- ✓ Découpage des activités en groupe avec les acteurs : définition et répartition des rôles.

Chaque ligne de la matrice correspond à une activité et contient :

- ✓ Un responsable unique, garant du résultat, qui relance et alerte si besoin

- ✓ Un acteur qui anime les actions
- ✓ Un contributeur qui participe aux actions

L'objectif est de contractualiser les droits et les devoirs de chaque acteur.

### 5.4.2.3 Gestion de portefeuille projet dans le cadre d'un programme global PLEXUS

Le pilotage de la mise en œuvre de la solution PLEXUS OI s'inscrit dans le cadre d'une démarche programme visant à gérer un portefeuille de projet.

**Les éléments structurants du pilotage sont les suivants :**

<b>Le pilotage par les délais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Surveiller l'état d'avancement des étapes au regard des dates de remise des livrables intermédiaires ou finaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Macro-planning</li> <li>→ Planning détaillé</li> </ul>
<b>Le pilotage par les coûts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Contrôler en permanence les dépenses engendrées au fur et à mesure de l'avancement de chaque étape.</li> <li>→ Surveiller les effets sur le budget prévisionnel des actions non prévues mises en œuvre au cours du projet.</li> <li>→ Evaluer la couverture des marchés et leur exécution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Tableau de suivi des coûts</li> <li>→ Outil de suivi du ROI (si applicable)</li> <li>→ Tableau de suivi des marchés</li> </ul>
<b>Le pilotage par les ressources</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Gérer l'allocation des ressources humaines dédiées aux différentes étapes.</li> <li>→ Affecter les ressources nécessaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Tableau de gestion des ressources</li> <li>→ Suivi des charges</li> </ul>
<b>Le pilotage par la qualité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Définir les attentes en termes de qualité et le respect de ces attentes.</li> <li>→ Assurer la qualité du contenu des livrables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Plan d'Assurance Qualité</li> <li>→ Outil de gestion documentaire</li> <li>→ Suivi des livrables</li> </ul>
<b>Le pilotage par les risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Inscrire l'ensemble de l'étape d'assistance au pilotage au sein d'une structure de gestion des risques permettant de renforcer le fonctionnement quotidien du pilotage.</li> <li>→ Intégrer l'identification, l'évaluation et la maîtrise des risques au processus décisionnel de pilotage.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Tableau des risques</li> </ul>
<b>Le périmètre du programme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Associer le pilotage par les délais aux étapes dont les jalons intermédiaires ou le jalon final</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Tableau de suivi des interdépendances des étapes</li> </ul>

	<p>conditionnent le début d'autres tâches afin d'assurer la bonne articulation entre étapes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Evaluer les possibilités d'optimiser les plannings (PERT)</li> <li>→ Restituer une vision consolidée de l'avancement du programme</li> </ul>	<p>→ Tableau de bord programme (indicateurs quantitatifs et qualitatifs)</p>
--	--	--

Les modalités de pilotage doivent permettre de fournir (en permanence et pour les 6 axes cités dans le tableau ci-dessus) aux différentes instances du projet une visibilité exacte et exhaustive sur le déroulement des travaux (situation d'avancement, prévision), permettant d'assurer un pilotage pertinent aux différents niveaux.

Il s'agit notamment :

- ✓ de disposer, à chaque niveau d'analyse, des éléments de suivi appropriés (travaux, ressources, qualité, budgets, risques)
- ✓ de mettre en évidence les points sur lesquels le plan d'origine n'est pas respecté ou risque de ne pas l'être,
- ✓ d'analyser les raisons de ces dérives ou risques de dérive,
- ✓ de rechercher les solutions permettant de maintenir les objectifs initiaux,
- ✓ d'en tirer les conséquences prévisibles sur la suite des travaux.

Pour garantir la bonne maîtrise des travaux à mener, le processus de gestion de projet s'organise autour de 5 étapes :

- ✓ **initialiser** : cadrer les travaux quant aux objectifs attendus et au périmètre à couvrir, s'assurer de la disponibilité et de la mobilisation de chacun des acteurs,
- ✓ **planifier** : définir l'ensemble des activités, procédures, ressources, plannings et livrables attendus,
- ✓ **réaliser** : coordonner l'ensemble des ressources pour garantir le respect des objectifs définis préalablement,
- ✓ **contrôler** : s'assurer que les objectifs sont atteints en contrôlant et en mesurant l'avancement de chaque activité et en mettant en œuvre les actions correctives nécessaires,
- ✓ **clore** : valider, avec l'ensemble des ressources concernées, le bon achèvement de chaque activité et la remise des différents livrables.

**L'ensemble des axes de pilotage seront formalisés par l'intermédiaire d'un tableau de bord programme.** Sur la base des différents outils de pilotage, nous mettrons en œuvre un tableau de bord permettant de suivre de manière synthétique les indicateurs clefs d'avancement du programme.

Ce tableau de bord servira de base pour les comités de projet mensuels.

Il sera construit selon des principes de lisibilité et de simplicité, il présentera des éléments quantitatifs et qualitatifs. Ces indicateurs seront plus ou moins adaptés selon l'avancement du projet. D'autres

indicateurs plus opérationnels pourront être mis en place, comme ceux liés à la consommation des ressources, à la contractualisation, au déploiement technique.

Chaque projet transverse est sous le pilotage d'un référent au sein d'un pôle identifié avec les contributeurs attendus et les dates de début et de fin du projet.

#### A Le suivi et le contrôle

Les procédures de suivi et de contrôle mises en place permettront de mesurer l'état d'avancement des étapes quant aux dimensions délais, coûts, livrable et qualité.

Le suivi et le contrôle sont **deux activités menées de façon concomitante**.

La mise en œuvre des **procédures de suivi** (recueil de l'information, mise en forme du reporting) se fera selon les modalités suivantes :

- ✓ Collecte des informations auprès des chefs de projets
- ✓ Formalisation des informations recueillies au sein de nos outils de suivi et de pilotage (flash report et tableau de bord portefeuille projet du programme)
- ✓ Préparation et animation des instances de pilotage
- ✓ Diffusion des CR, mise en exergue points clés et suivi des actions et des arbitrages.

La mise en œuvre des **procédures de contrôle (analyse des écarts)** concernera les éléments suivants : le calendrier prévisionnel, le plan de charge prévisionnel, le budget prévisionnel. Ils constituent la base pour l'analyse des écarts.

**Chaque remontée d'information donne lieu à une analyse de conformité par rapport à ce qui avait été initialement prévu** : le pourcentage d'avancement des travaux par rapport au planning prévisionnel, la consommation des ressources financières et humaines par rapport au prévisionnel. Les écarts sont identifiés et caractérisés selon le niveau de criticité du risque associé. Devra alors être procédé à des mesures correctives appropriées permettant de ne pas modifier les caractéristiques prévisionnelles du projet et le cas échéant, dans la révision des estimations prévisionnelles. Celles-ci pourront dès lors faire l'objet de demande d'arbitrage soutenue par des analyses d'impacts (projets et métiers).

#### B Le cycle et les outils de reporting

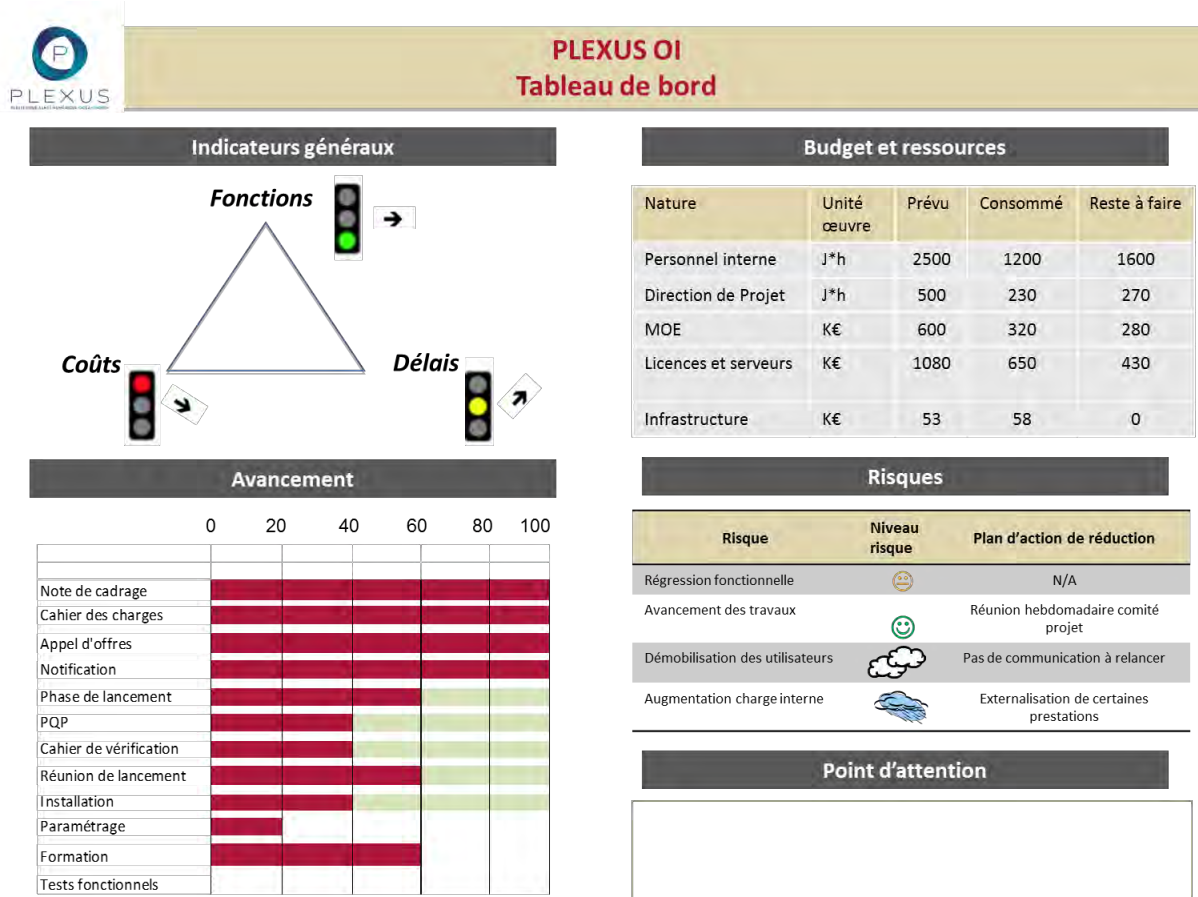
**Pour chaque projet**, nous proposons de suivre l'avancée des travaux à l'aide d'un planning détaillé indiquant pour chaque sous-projet les différents projets ainsi que les points d'adhérence entre eux.

En cas de risque lié au calendrier ou à certains jalons structurants, nous formalisons le risque dans le tableau de bord de suivi des alertes au niveau programme, ainsi que dans les différents supports de réunions de suivi ou autres instances. Une attention toute particulière sera portée sur la mise en évidence d'éventuelles « dérives » de calendrier et tout élément qui serait sur le chemin critique d'avancement du portefeuille projet.

Tous ces **éléments seront recueillis chaque semaine auprès des chefs de projet et formalisés dans un flash report**. L'ensemble de ces « flash report » enrichi d'un flash report de synthèse constituera la base documentaire des instances de pilotage. Chacune des instances (comités) sont mandatées pour



réaliser les arbitrages correspondant à leur périmètre. Elles pourront inscrire des points à l'ordre du jour de l'instance de niveau supérieure – la plus haute étant le comité stratégique projet - et ce en fonction des seuils d'alerte et de remontées à l'instance pertinente définis en phase de cadrage / conception du projet.



**Le rapport « flash », reprend les éléments essentiels au suivi et au pilotage de la mission:**

- ✓ Résumé des travaux de la période écoulée
- ✓ Résumé des travaux de la période à venir
- ✓ Problèmes rencontrés
- ✓ Décisions prises sur la période écoulée
- ✓ Décisions à prendre sur la période à venir
- ✓ Points de vigilance
- ✓ Agenda des réunions futures
- ✓ Suivi du planning de production des livrables
- ✓ Suivi des ressources

**Au niveau d'un programme,** nous proposons de suivre le déroulement via un macro-planning mettant en lumière les jalons clés des projets ainsi que les interdépendances entre projets. Par ailleurs, il sera établi un **tableau de bord projet qui synthétisera l'état d'avancement de l'ensemble des projets** et présentera les différents indicateurs au niveau « macro » du programme.

#### 5.4.2.4 Outil de pilotage fédérateur

Un outil collaboratif couvrant l'intégralité du périmètre des fonctionnalités souhaitables permettra un pilotage du projet et de ses chantiers de manière efficace et sécurisée. L'intérêt de mettre en place ce type d'outil pour le pilotage du projet PLEXUS concerne la mise sous contrôle et le suivi :

- ✓ Des risques du programme,
- ✓ Des actions transverses,
- ✓ Des livrables des projets,
- ✓ Des instances du projet et des chantiers,
- ✓ Des ressources du programme,
- ✓ Du planning du programme.

Dans le cadre du projet PLEXUS, et de sa gouvernance matricielle, la mise sous contrôle de ces différents éléments dans un seul et même outil adapté à la structure et aux instances définies permettra un allègement de la charge de pilotage et un recentrage vers les problématiques cœur du projet.

Les principaux gains que ce type d'outil apportera au projet sont les suivants:

- ✓ Fédération des acteurs projet autour d'un outil unique collaboratif et convivial,
- ✓ Gain d'efficacité en termes de préparation et d'animation des instances, de génération des reportings, de relance des acteurs,
  - Préparation collaborative des instances entre les différents chantiers
  - Animation dynamique des instances favorisant ainsi des échanges fructueux sur les principaux points de vigilance relatifs à la conduite du programme.
- ✓ Amélioration de la qualité de suivi des jalons et des livrables,
- ✓ Respect des jalons du projet.
- ✓ Bonne réactivité de la direction de programme et des acteurs projets face aux différentes alertes remontées via l'outil et les instances de pilotage.
- ✓ Centralisation de la documentation du programme en un lieu unique permet de sécuriser et de faciliter dans son ensemble la gestion et l'accès au document du projet.
- ✓ Automatisation d'un certain nombre de tâches répétitives dans le cadre du pilotage d'un programme (production du support des instances, production des comptes-rendus, production des reportings...).

## 5.5 MODALITES DE GESTION DES RISQUES

### 5.5.1 Matrice d'analyse des risques

L'analyse des risques a été réalisée selon 6 critères

<b>G</b>	Gouvernance	<b>O</b>	Organisation – Méthode
<b>S</b>	Sécurité – Confidentialité	<b>Q</b>	Qualité de service
<b>R</b>	Règlementaire – légal	<b>E</b>	Economique

#### Echelle de Gravité du risque & Probabilité

0 - Nulle	1 - Faible	2 Moyenne	3 - Forte
-----------	------------	-----------	-----------

Crit.	#	Risque	Impact	P	G	Contre-mesure
O	1	Le <b>changement</b> induit par le déploiement PLEXUS est <b>trop profond</b> au regard des habitudes et de l'organisation des acteurs de Santé.	Le projet pourrait être confronté à des <b>freins au changement</b> , observés sur le terrain malgré l'implication des chefs de file mobilisés.	2	2	Le projet PLEXUS prévoit un <b>dispositif de conduite du changement et de communication renforcé</b> , relayé par les partenaires mobilisés sur le sujet. Les structures impactées feront l'objet d'un accompagnement spécifique relevant de la <b>réingénierie des processus</b> (Chantier Organisation).
O	2	Le <b>choix de limiter le périmètre</b> du projet PLEXUS, pour répondre aux critères TSN, n'est <b>pas en cohérence avec la réalité du terrain</b> .	Un sentiment de <b>frustration</b> de la part des professionnels et des patients qui, très probablement, peuvent côtoyer des personnes prises en charge, dans une même structure, dans le cadre TSN.  L'impact pourrait se traduire par des <b>remontées négatives</b> du fait d'un <b>sentiment d'inégalité</b> de la prise en charge.  Au quotidien, les <b>professionnels de santé peuvent être mis en difficulté</b> par l'incompréhension des patients.	2	2	Effort de <b>communication</b> vis-à-vis des partenaires et des patients afin d'être transparent sur les choix réalisés.  Le <b>périmètre pourrait être élargi</b> avant fin 2017 dans le domaine de la prise en charge, mais un suivi spécifique en matière d'évaluation/reporting, sera maintenu sur la période TSN afin d'assurer la continuité du suivi des indicateurs.  Les <b>ressources techniques mobilisées seront dimensionnées dès le départ pour absorber l'éventuel impact de cette montée en charge</b> et pour marquer les patients « TSN ». Les marchés nécessaires à la réalisation intégreront cette hypothèse.

Crit.	#	Risque	Impact	P	G	Contre-mesure
G	3	Le projet PLEXUS peut être confronté aux <b>limites d'une démarche d'élaboration d'une solution mutualisée</b>	<p>Lorsque la solution sera déployée, L'île de La Réunion sera tributaire des arbitrages réalisés par les industriels, en accord avec la communauté des utilisateurs dont elle fera partie.</p> <p>Des développements spécifiques pourraient être envisagés entraînant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Des <b>forks</b> diminuant l'intérêt de la mutualisation (coûts de maintenance spécifiques par exemple, hétérogénéités techniques/fonctionnelles compliquant toute évolution, etc...)</li> <li>→ La mise en œuvre de <b>solutions alternatives</b> complétant le dispositif mais non intégrées</li> <li>→ Une <b>réponse partielle</b> (générale) au besoin (spécifique)</li> </ul>	3	3	<p>Le cahier des charges intégrera les principes de <b>gouvernance, d'urbanisation et les objectifs</b> imposés au consortium.</p> <p>Le principe d'un <b>comité utilisateur</b> et l'organisation de la gouvernance « produit » seront mis en place dès le démarrage du projet.</p> <p>Des <b>principes généraux</b> liés à la gestion des socles communs spécifiques à PLEXUS devront être formalisés afin de les intégrer dans les réflexions stratégiques produites jusqu'à la réalisation, en s'inspirant des <b>principes d'une Forge</b> issue du retour d'expérience open source par exemple.</p> <p>Par ailleurs, la conception du système PLEXUS intègre comme principe fondateur de <b>limiter toute implémentation intrusive</b> (pour un couplage faible) d'une solution métier dans la plateforme. PLEXUS. Des <b>spécifications d'interopérabilités</b> devront être réalisées par le consortium et mis à disposition des éditeurs pour assurer l'interopérabilité technique et sémantique. Ces travaux pourront préfigurer les principes de répliquabilité de la solution PLEXUS OI aux autres régions.</p> <p>Les partenaires et référents métiers seront sollicités par le consortium dans le cadre <b>d'ateliers fonctionnels &amp; innovations</b>.</p>
R	4	La mise en place du cadre contractuel ( <b>marché public</b> ) nécessaire au développement du projet PLEXUS <b>n'est pas engagée</b> .	<b>Retard sur le démarrage</b> du projet obérant ainsi le délai de mise en œuvre défini par TSN (d'ici mars 2017)	1	3	<p>Les <b>avis de publicité des marchés</b> seront émis sans attendre les résultats de l'instruction TSN afin de gagner du temps.</p> <p>Les réflexions conduites à ce jour permettent d'envisager raisonnablement la production rapide des pièces contractuelles nécessaires. Les juristes ont été mobilisés sur le sujet dès la candidature.</p>

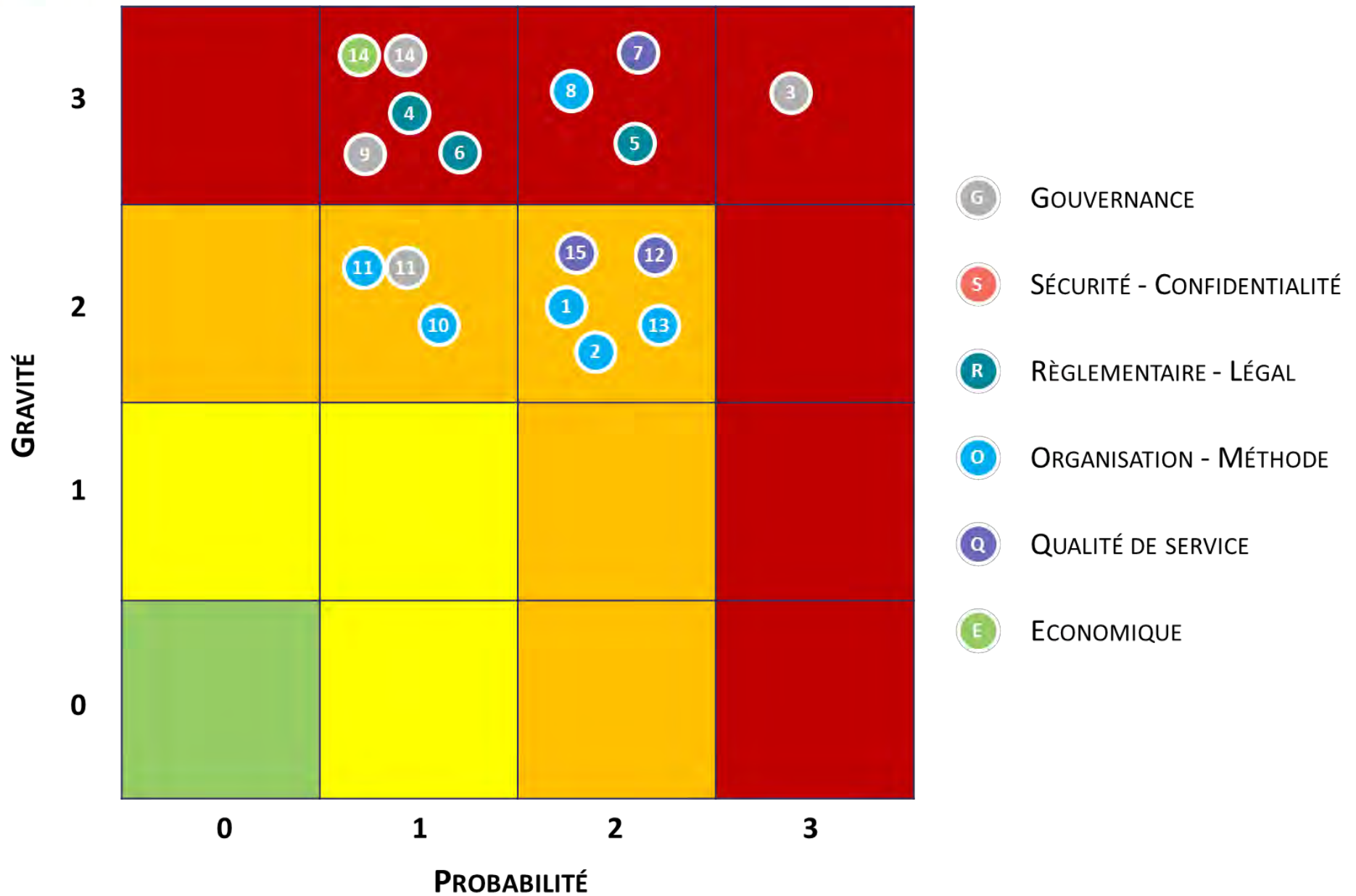
Crit.	#	Risque	Impact	P	G	Contre-mesure
R	5	Les <b>hypothèses et les orientations prises</b> pour la définition du projet PLEXUS (financement, contraintes techniques, choix d'organisation...) pourraient être <b>remises en cause du fait d'un contexte juridique/légal</b> qui doit évoluer ou être précisé	<b>Remise en cause</b> du dispositif mis en place, suspension, réorientation ou arrêt du dispositif concerné.	2	3	<p>Le projet PLEXUS est soutenu par une <b>expertise juridique forte</b> qui aura pour mission d'identifier ces risques, d'éclairer les orientations prises par le projet et d'alimenter le cas échéant des réflexions sur des adaptations nécessaires.</p> <p>Un patient, dès lors qu'il entre dans la sphère PLEXUS, est <b>informé de ses droits</b> et de ses devoirs au regard des contraintes juridiques (CNIL, décret confidentialité). Il est en outre averti qu'il intègre un dispositif d'évaluation qui requiert son autorisation pour l'exploitation d'informations médicales personnelles, dont notamment, issues de son DMP. A cet égard, si son DMP n'est pas créé, il devra être initié par le CASE MANAGER ou un partenaire PLEXUS (ES, ML...). Son consentement est alors recueilli et formalisé. Il devient un « adhérent du programme PLEXUS ».</p>
R	6	Les <b>conséquences du montage d'un partenariat</b> qui lierait le consortium avec l'ARS OI ne sont pas couvertes complètement juridiquement.	<b>Retard sur le démarrage</b> du projet obérant ainsi le délai de mise en œuvre défini par TSN (d'ici mars 2017)	1	3	<p>Le projet PLEXUS est soutenu par une <b>expertise juridique</b>.</p> <p>Clarification des <b>rôles et devoirs à initier dès le lancement</b> (et dans le marché) du projet. La propriété intellectuelle des productions et les responsabilités inhérentes par exemple devront être précisées. Ainsi, à titre d'illustration, le respect des contraintes CNIL et l'application du décret confidentialité devront être pris en compte juridiquement et suivi dans les faits (rôle du RSSI rattaché au pôle d'expertise). Le marché intégrera des éléments permettant d'auditer le système.</p> <p>Le suivi stratégique du <b>projet devra intégrer le volet lié à la mise en œuvre partenariale</b>.</p>
Q	7	<b>L'évaluation de l'impact du développement des services PLEXUS est partielle</b>	<p>L'engagement d'évaluer le programme n'est pas tenu</p> <p>La <b>perception de l'apport des TIC, par le programme est biaisée</b> par rapport aux acteurs terrains et les usagers</p> <p>Conséquences : <b>Mauvaise image du programme et mauvaise allocation des ressources</b></p>	2	3	<p>Le <b>module de datamining est prioritaire</b> sur le projet</p> <p>La <b>stratégie d'évaluation</b> permet d'adresser la pertinence du programme selon différents angles et des approches différentes</p> <p>Les <b>acteurs sont sensibilisés à l'importance de l'évaluation</b> du programme</p>

Crit.	#	Risque	Impact	P	G	Contre-mesure
O	8	Le ciblage de la population n'est pas suffisamment pertinent et le recrutement des patients ne permet pas d'atteindre un seuil significatif	<p>La pertinence de l'évaluation n'est pas avérée et peut être remise en cause</p> <p>Les ressources mobilisées sont surdimensionnées par rapport au nombre de patients (et à l'état de santé) pris en charge.</p>	2	3	<p>Le module de datamining est prioritaire sur le projet</p> <p>Le comité médical contribue aux règles permettant de réaliser le ciblage</p> <p>L'accès aux bases SNIIRAM est à instruire pour affiner les critères. Il en est de même pour tout référentiel permettant de réaliser ce ciblage (ex : DP). L'ensemble doit être réalisé dans le respect du cadre juridique.</p> <p>Les médecins référents et les réseaux peuvent contribuer à orienter et favoriser le recrutement Une communication institutionnelle doit accompagner le recrutement.</p> <p>Un indicateur projet spécifique sur le recrutement doit être intégré dans le pilotage</p> <p>Le retour d'expérience CNAMTS (sur le programme SOPHIA pourrait être mis à profit) notamment du fait de la proximité des équipes locales avec le call center SOPHIA réunionnais.</p>
G	9	Usine à gaz & multiplicité des acteurs	<p>Les informations de suivi sont incohérentes</p> <p>Les livrables ne sont pas homogènes sur le fond et la forme</p> <p>Les ressources internes sont mal employées (sous ou sur-employées)</p>	1	3	<p>Une cellule PMO qui intègre le suivi et la consolidation de l'utilisation des ressources, par chacun des pôles.</p> <p>Un outil fédérateur qui permettra d'avoir une vision consolidée des informations et qui permet de gérer un référentiel documentaire</p>
O	10	Sollicitations des acteurs et partenaires terrains non coordonnée	<p>Déplacements sur sites non optimisés, déperdition d'énergie, manque d'efficacité</p> <p>Mauvaise image de l'organisation du projet</p> <p>Les acteurs sollicités ne peuvent se rendre disponibles à la demande (compte tenu des autres activités)</p>	1	2	<p>Un chantier dédié à l'accompagnement au changement gère de manière coordonnée (puisqu'il est en relation avec le terrain) les sollicitations et les interventions sur sites.</p>

Crit.	#	Risque	Impact	P	G	Contre-mesure
O/G	11	Le <b>périmètre du projet n'est pas compris</b> par le grand public, les patients et les praticiens	Démotivation et <b>image négative</b> du projet  Perception des attentes décorrélée des objectifs du projet)	1	2	<b>Campagne de communication ciblée</b> Note <b>d'orientation et de cadrage</b> à produire à l'issu d'un kick-off de lancement (cf conduite projet)
Q	12	<b>Effet tunnel</b>	<b>Frustration</b> des acteurs et utilisateurs Inadéquation du produit livré en fin de période par rapport au besoin	2	2	<b>Séquencer &amp; découper les projets</b> selon un rythme de livraison qui permettent de maintenir des livraisons régulières. <b>Informier &amp; communiquer</b> sur une feuille de route de livraison
O	13	Un projet <b>trop technique</b>	Le <b>projet n'est pas compris</b> du point de vue médical ( <b>absence de légitimité</b> ) ou peu pertinent sur les usages déployés  Les instances de décisions (plutôt métiers) ne perçoivent pas l'importance d'un fait technique relevé dans le cadre du reporting et <b>ne peuvent pas statuer en pleine connaissance de cause</b>	2	2	Par sa conception et son cadrage (dès la candidature à l'AAP TSN), <b>PLEXUS OI s'inscrit pleinement dans un projet</b> médical qui a été défini au regard des orientations stratégiques portant sur l'évolution de l'offre de Santé.  Un <b>Comité médical référent a été intégré dans la gouvernance</b> du projet.  La <b>consolidation du reporting, des indicateurs et les informations remontées doivent être préparées et restituées de manière pertinente (forme et fond) en fonction des instances</b> . Une cellule PMO sera mise en place spécifiquement (cf. volet gouvernance) à cet effet.  La <b>vue matricielle (urbanisée)</b> permet de faire la corrélation entre le déploiement d'un service avec les usages métiers.

Crit.	#	Risque	Impact	P	G	Contre-mesure
E G	14	Le projet est sujet à une <b>déviante économique</b> (dépassement ou absence d'anticipation des capacités financières)	Le programme ne peut engager les travaux prévus et ne peut réaliser les arbitrages à bon escient au risque <b>d'abandonner ou reculer la livraison d'un service critique</b>	1	3	<p><b>Suivi et actualisation régulière</b> des éléments financiers du projet (Budgété/Engagé/Consummé et du reste à Faire),</p> <p><b>Validation de l'allocation des ressources financières avant l'engagement</b> d'un projet du Programme</p> <p><b>Priorisation</b> des projets soumis à arbitrage</p> <p><b>Recherche d'alternative</b> de financement engagé dès que possible afin de conserver des marges de manœuvre le cas échéant</p> <p><b>Fléchage strict des financements</b> (origine et destination). A ce titre, le lancement de chaque chantier, devra intégrer ce volet. L'AMOA assurera la consolidation et le suivi du volet budgétaire en appui du GCS TESIS.</p>
Q	15	<b>L'évaluation de l'impact</b> du développement de nouveaux services ou l'évolution de la plateforme est <b>difficilement réalisable</b>	<p><b>Effets de bord et régression</b> des solutions</p> <p>Conséquences :  <b>Mauvaise image</b> de la solution et du programme  <b>Perte de temps et sous-qualité</b> du produit livré  <b>Impacts sur le patient</b> pris en charge</p>	2	3	<p>La conception et la réalisation intègre un <b>référentiel technique</b> commun défini pour le socle PLEXUS et des principes directeurs d'urbanisation définis</p> <p><b>Recette – non régression – contrôle d'intégrité</b></p> <p><b>Audit/test de performance</b> (pose de sonde par exemple)</p> <p><b>Procédures de mise en exploitation strictes</b> et réalisées selon l'état de l'art (équipes différentes)</p>





## 5.6 MODALITES D'ÉVALUATION DU PROJET

L'évaluation du projet est réalisée selon différents axes :

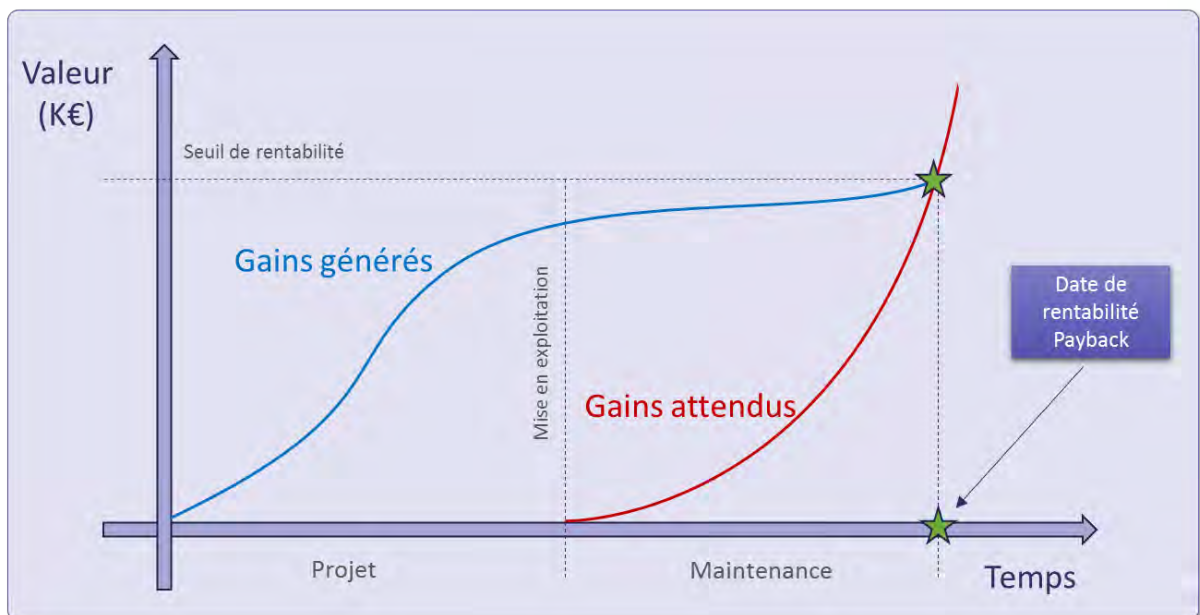
- ✓ L'évaluation de l'avancement « technique » du projet. Celle-ci relève de l'ingénierie de projet, à laquelle nous avons apporté une réponse au chapitre 5.4 Modalités de suivi du projet page 131.
- ✓ L'évaluation des effets des actions de communication est déjà traitée au point 5.2 page 103.
- ✓ L'évaluation médico-économique et clinique ciblée, objet de ce point.

### 5.6.1 Principes de l'évaluation du programme PLEXUS

L'évaluation du programme PLEXUS, sous l'angle économique, consiste à identifier et évaluer les bénéfices dans le contexte de la construction d'un modèle économique. Il s'agira donc de comparer les flux financiers positifs et négatifs en considérant 2 notions <sup>22</sup>:

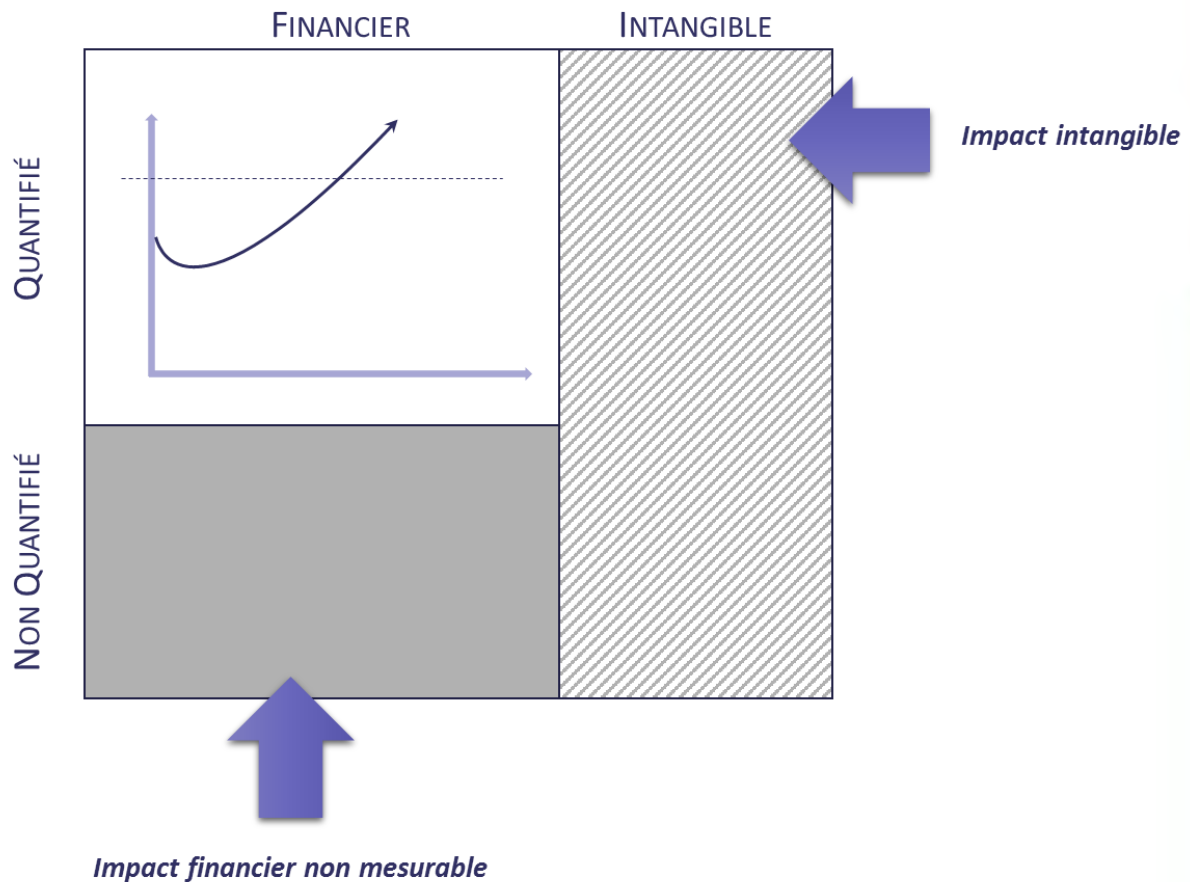
- ✓ la notion de **rentabilité** : gains versus coûts
- ✓ la notion de **risque** : incertitude liée à la réalisation de certains gains ou la portée réelle du dispositif sur la réalisation de gains

Exemple : une campagne de sensibilisation ne peut pas à elle seule justifier 100% de la baisse de la mortalité sur l'île !



Le préalable est par conséquent de pouvoir, dans le cadre d'une évaluation plus large, distinguer les impacts tangibles et intangibles du programme et, dans la mesure du possible, de pouvoir les quantifier et les valoriser.

<sup>22</sup> Classiquement, une 3ème notion, celle d'actualisation, est prise en compte et intègre la dimension temporelle (le taux d'intérêt par exemple). Compte tenu de la période considérée, cette notion n'a pas retenue.



L'évaluation médico-économique qui sera conduite par PLEXUS comporte 5 axes de travail

- ➔ Calculer le coût complet d'une prise en charge coordonnée
- ➔ Evaluer l'impact du programme PLEXUS
- ➔ Evaluer les gains tangibles et intangibles, directs et indirects
- ➔ Evaluer l'impact des services PLEXUS
- ➔ Evaluer la pertinence du modèle économique du dispositif

#### 5.6.1.1 Calculer le coût complet d'une prise en charge coordonnée

Cet axe consiste à être en capacité de calculer le **coût complet d'une prise en charge coordonnée** d'un patient (au plus près, dispensation des actes comprise), sur une cohorte. Ces travaux seront réalisés avec l'appui expert des équipes de l'EHESP et de Science Po. Paris.

Ce point présuppose un ciblage de la cohorte, le recrutement et la fidélisation des personnes composant la cohorte. Il suppose la définition de critères de sélections précis, une représentativité pertinente de la population ciblée par le programme PLEXUS (les 4 filières identifiées) et la réalisation fine de la segmentation des classes d'individus qui composent la cohorte (critères médicaux – niveau de risque, profils socio-économiques, antécédents, ...)

La prise en charge coordonnée s'entend au sens large. Elle comprend la délivrance du soin, la prévention et le dépistage.

*Le calcul du coût complet n'intègre pas le coût de l'ensemble des services qui seront déployés par PLEXUS afin de ne pas fausser la comparaison. En effet, les investissements initiaux devront être amortis sur un périmètre plus large que la cohorte considérée. En revanche, le calcul de la rentabilité et de la valeur du dispositif PLEXUS devront être appréciés pour confirmer le modèle économique du dispositif (cf. infra).*

#### 5.6.1.2 Evaluer l'impact du programme PLEXUS

##### A Sous l'angle économique

En observant l'évolution du **coût complet d'une prise en charge coordonnée** de la cohorte suivie par le programme PLEXUS (cohorte « PLEXUS »), en la comparant au coût sur une période avant la prise en charge PLEXUS pour un périmètre comparable à déterminer.

En observant l'évolution du **coût complet d'une prise en charge** de la « cohorte témoin » non prise en charge par le programme PLEXUS.

##### B Sous l'angle sanitaire

L'évolution de la santé des cohortes (« cohorte PLEXUS » et « cohorte témoin ») est comparée de la même manière. L'évaluation se base par exemple :

- ✓ sur la consommation d'actes
- ✓ sur l'évolution des bio-marqueurs (notamment ceux pris en compte dans le cadre des indicateurs sanitaires précisés au point 3.2 Indicateurs de résultats et potentiels de gains par pathologie, page 29) et ceux relatifs aux facteurs de risques pour les 4 filières considérées
- ✓ sur l'évolution de la cohorte : vitesse de l'évolution de l'aggravation de l'état de santé (ex : répartition des classes d'âges par niveau de gravité pour le diabète),
- ✓ sur l'interaction du développement des différentes pathologies pour un même patient

#### 5.6.1.3 Evaluer les gains tangibles et intangibles, directs et indirects

Evaluer les gains tangibles et intangibles, directs et indirects du point de vue du patient, des PS et plus largement, du système de Santé de l'île de la Réunion.

Parmi les gains tangibles, on peut citer par exemple le bien-être du patient. A cet égard, la question de la valorisation du bien-être du patient - qu'il vive mieux et plus longtemps - devra être adressée et étayée objectivement. Les approches comparables, dans le domaine de l'économie de la Santé sont encore trop peu initiées en France. Il nous paraît par conséquent important d'explorer cette voie afin de toucher l'ensemble des acteurs qui pourraient être intéressés et directement impactés, notamment pour les intégrer dans la sphère des financeurs potentiels de la prise en charge coordonnée des patients.

Outre les évaluations réalisées sur des éléments quantitatifs, nous visons à organiser des FOCUS GROUP réunissant les « adhérents PLEXUS » (Patients, Professionnels de Santé...), sur le terrain afin d'évaluer qualitativement l'apport des services PLEXUS et de partager la vision du programme sur la base des évaluations. De la même manière, nous visons à organiser régulièrement des rencontres entre PS, animés par des médecins de l'équipe projet PLEXUS et les évaluateurs, pour favoriser les échanges confraternels.

#### 5.6.1.4 Evaluer l'impact des services PLEXUS

Evaluer l'impact des services PLEXUS au fur et à mesure de leur déploiement.

A titre d'exemple, au fur et à mesure qu'une campagne est déployée, il s'agira d'observer l'impact de celle-ci sur la cohorte (en prenant en compte la réalité des cibles touchées). Une analyse des écarts permettra d'évaluer l'impact des services PLEXUS (dont les changements comportementaux, habitudes de vie, ...)

#### 5.6.1.5 Evaluer la pertinence du modèle économique du dispositif

Confirmer le modèle économique du dispositif nécessite de répondre aux points suivants :

- ✓ Définir et estimer le marché adressable, adressé et cible (sur l'île et dans la zone...)
- ✓ Positionner le programme PLEXUS sur la chaîne de valeur relative à l'offre de soins sur l'île
- ✓ Obtenir une meilleure connaissance des leviers d'amélioration de la prise en charge
- ✓ Disposer d'éléments permettant au programme PLEXUS d'orienter les investissements (efforts) à réaliser : les services les plus efficaces (à plus fort impact), les sujets /leviers à traiter en priorité (ruptures, biomarqueurs...)
- ✓ Evaluer les ordres de grandeur des gains attendus
- ✓ Disposer d'une projection quantitative et qualitative des résultats du projet
- ✓ Définir les éléments de ROI et un calendrier de retour sur investissement intégrant le point de retour à l'équilibre
- ✓ Définir l'offre et les modalités associées ; les flux financiers avec ses fournisseurs (intégrant des modèles de coûts/de prix), ses partenaires (intégrant des modèles de financement dont une diversification des financements) et ses adhérents PLEXUS (les patients et les professionnels de santé – contribution, sous forme d'abonnement par exemple, à un bouquet de services PLEXUS)

Les limites de l'évaluation doivent être clairement définies, et intégrées dans les hypothèses de l'évaluation ainsi que dans les résultats. A titre d'exemple, l'influence des éléments exogènes (et conjoncturels) au programme PLEXUS sur la cohorte PLEXUS (conséquences d'une crise épidémiologique, accidents, vieillissement, stress, campagne sanitaire hors PLEXUS, évolution des traitements etc...).

### 5.6.2 Evaluations médico-économiques ou cliniques ciblées s'appuyant sur une très forte expertise

Au-delà de cette évaluation des objectifs fixés dans le cadre de TSN et avec l'appui des expertises nécessaires (économistes de la santé...), des évaluations médico-économiques ou cliniques ciblées devront permettre, sur la base de collections biologiques nouvelles, de développer des registres par pathologies qui seront facilités par PLEXUS.

En matière médico-économique, des contacts sont établis avec l'Institut d'Etudes Politiques de Paris et l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (Pierre Henri Bréchat – Professeur) qui ont donné leur accord de principe afin de participer à des études et des recherches, notamment dans le cadre d'expérimentations tarifaires sur le parcours patient.

De même, dans le domaine clinique, au-delà du suivi des indicateurs traceurs identifiés pour chacun des 4 axes choisis, des études monographiques pourront bien entendu être déployées, ce d'autant plus que les maladies métaboliques font partie des 3 axes prioritaires définis à la Réunion par le CHU et l'Université pour le développement hospitalo-universitaire.

A ce titre sur la base des thématiques choisies (diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, AVC) et des indicateurs identifiés pour suivre l'évolution des prises en charge et l'impact des outils et méthodes déployés.

### 5.6.3 Facteurs clés de succès

**Mobiliser les compétences et expertises fortes** nécessaires (statistiques, économiste de la santé, chercheurs, médecin) pour crédibiliser la démarche et garantir la justesse médicale, scientifique et économique des analyses qui seront réalisées.

**Déployer les outils permettant de soutenir cette évaluation** : ciblage, traçabilité des cohortes, collecte & recoupement de données (dont le « foisonnement » devra être assuré pour enrichir les possibilités d'analyse). Ce point suppose d'accéder à des référentiels de données (ou à des extractions), dans le respect d'un cadre juridique précis, tels que le SNIIRAM, le DP, le DMP, les SIS (SIH, LGC...),

**Favoriser l'intérêt de la communauté scientifique** en ayant des objectifs de publication pour développer les échanges et les opportunités d'enrichir les moyens.

**Capitaliser sur des approches proposées par les industriels** et sur leurs réflexions.

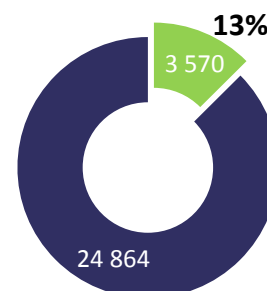
**S'appuyer sur des instances nationales** (HAS, ANAP...) pour capitaliser sur les expériences acquises et les bonnes pratiques.

Attendus :

- ✓ Monographies
- ✓ Publications
- ✓ Modèle économique PLEXUS (dont modèle de financement)

## 5.7 BUDGET PRIMITIF ET PLAN DE FINANCEMENT

Les besoins de **financement TSN** sont évalués à un total de **28 434 K€** et représentent 86% du budget total du projet PLEXUS OI. Nous prévoyons d'utiliser **13%** du financement TSN (soit 3 570 K€) pour payer les travaux de déploiement ou de maintenance.



Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)
Pilotage & Expertise	2 981	3 149	93%	2 939	210
Communication Stratégique	2 206	2 393	100%	2 393	-
Cadrage & Kick Off	380	412	21%	87	326
Adaptation et enrichissement du socle	3 230	3 479	82%	2 854	626
Pack Sérénité Libéraux	5 138	5 574	94%	5 214	360
Datamining & Open Data	3 020	3 250	97%	3 169	81
Plateforme de case Management	1 495	1 509	100%	1 509	-
Portail Professionnel	140	152	100%	152	-
Portail Patient/Usager	490	532	86%	456	76
Développement des usages	6 370	6 881	94%	6 438	442
Bilan & Capitalisation	84	91	100%	91	-
Mesure & Evaluation	850	910	95%	865	45
Appui Juridique	150	163	100%	163	-
Coûts annexes (exploitation PLEXUS, Abonnmt réseau, affranchissement..)	4 328	4 696	45%	2 105	2 591
<b>TOTAL</b>	<b>30 862</b>	<b>33 191</b>	<b>86%</b>	<b>28 434</b>	<b>4 757</b>

Les **financements hors TSN (4 757 K€)** correspondent à des prises en charge par les autres financeurs du projet : les industriels, le GCS TESIS, le CNOP, la CGSS, l'ARS, les établissements et professionnels de santé. Le budget détaillé est présenté en annexe 6.7 page 204) .

## 5.7.1 Arbitrages et principes de mise en œuvre

### 5.7.1.1 Arbitrages possibles

Plusieurs composantes du projet PLEXUS OI peuvent donner lieu à un arbitrage car les travaux peuvent être pris en charge par une ou plusieurs régions pour une mise en commun nationale :

- ✓ Travaux sur le Dossier Pharmaceutique
- ✓ Investissement pour la création des contenus de la brique e-learning

L'utilisation de l'infrastructure SOPHIA pour l'hébergement de la plateforme de case management constitue également un axe possible de mutualisation des coûts à l'échelle du territoire.

Arbitrage	Montant
Travaux d'intégration du dossier pharmaceutique	5 588 K€
Mise en commun des infrastructures SOPHIA de l'île de La Réunion pour l'hébergement de la plateforme de case management	170 K€
Coût de la création de contenu e-learning	1 050 K€
<b>Montant global arbitrage</b>	<b>6 808 K€</b>

### 5.7.1.2 Principe de mise en œuvre

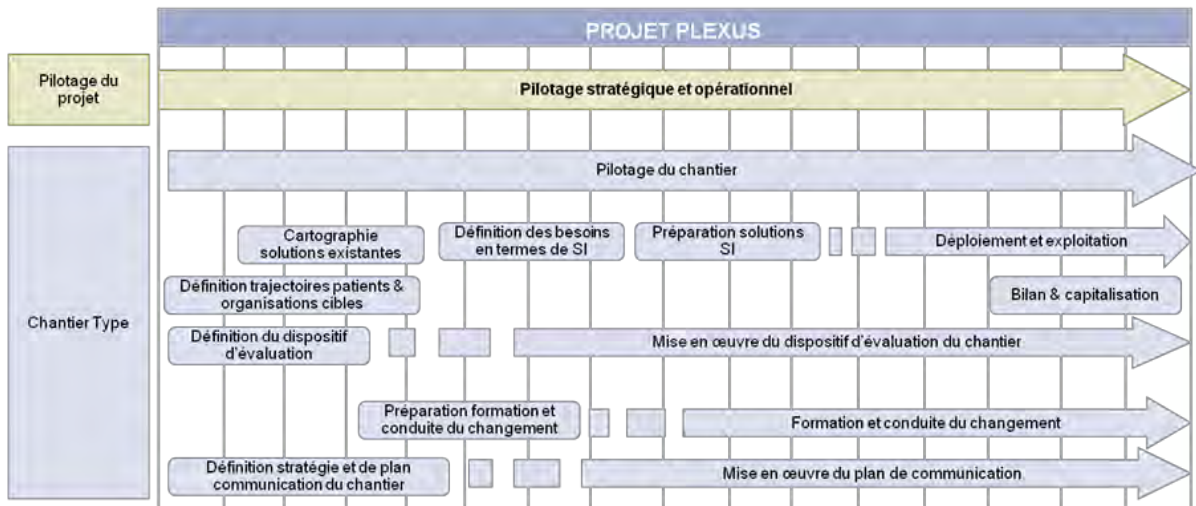
La mise en œuvre de PLEXUS OI repose sur 2 principes majeurs :

- ✓ La mutualisation d'un ensemble briques techniques pour répondre au développement de l'ensemble des usages prévus au périmètre Plexus OI
- ✓ La mise en place d'un usage est considérée comme un projet à part entière.

Il existe en outre deux catégories distinctes de chantiers :

- ✓ les **chantiers "techniques"** : qui visent à consolider les briques PLEXUS et développer les interfaces/connecteurs permettant d'enrichir les services proposés.
- ✓ Les **chantiers "métiers"** qui servent directement la mise en place d'usages s'appuient les fonctionnalités déployées au travers des chantiers techniques.

**Le développement type d'un usage se décompose ainsi :**



**Exemple de chiffrage d'un chantier métier type**

	nb jours	valorisation (€ HT)	Commentaires
<b>Pilotage du chantier</b>	14,25	25 650,00 €	le pilotage intègre le cadrage et la conception générale
<b>Adaptation service pour l'usage</b>	30	33 000,00 €	seule la partie spécifique (conception et paramétrage) est prise en compte
<b>Org. Cible</b>	20	26 000,00 €	
<b>Reporting Evaluation su l'usage déployée:</b>	15	19 500,00 €	mise en œuvre intégrée dans le chantier Mesure & évaluation. Est considéré spécifiquement la définition des indicateurs et tableau de bord. Le chantier évaluation se charge de les implémenter
<b>Préparation formation /accompagnement</b>	20	26 000,00 €	préparation spécifique des supports à destination de l'équipe de conduite du changement et e-learning
<b>Mise en œuvre plan de comm/accompagnement</b>	10	13 000,00 €	
<b>TOTAL</b>	<b>109,25</b>	<b>143 150,00 €</b>	



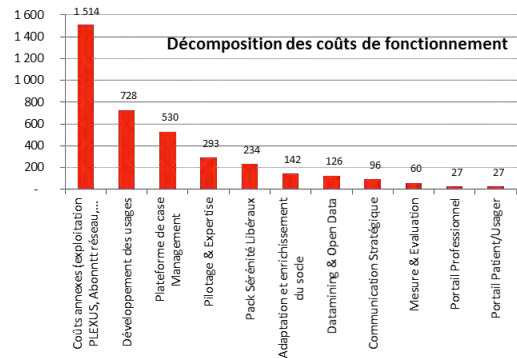
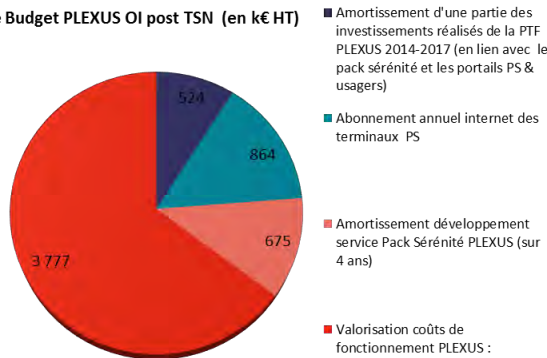
## 5.7.2 Projections post 2017

### 5.7.2.1 Coûts d'exploitations de la plateforme Plexus post 2017

Post TSN, les coûts annuels d'exploitation des services mise en œuvre au travers de Plexus OI, sont estimés à 5 840 K € annuels.

Une grande partie de ces charges (2 063 K€ soit 35%) correspondent à **l'amortissement** des investissements initiés au cours du projet Plexus OI (2015 – 2017).

Le Budget PLEXUS OI post TSN (en k€ HT)



Le **reste de ces charges** (3 777 K€ soit 55% du total annuel) se décomposerait de la manière suivante:

- ✓ 40% sur l'exploitation du système au sein du DataCenter, la bande passante réseau & la logistique de transmission de courriers aux adhérents (PS et usagers)
- ✓ 20% sur la poursuite du développement des usages afin d'utiliser au mieux les services techniques et développer de nouveaux services et usages.
- ✓ 15% sur la plateforme de Case Management (3 infirmières, un psychologue et un médecin coordonnateur)
- ✓ 10% à l'acquisition de nouveaux composants techniques (ou à la location de service auprès d'un tiers)
- ✓ 7% à l'évaluation (datamining, enquête terrain)

### 5.7.2.2 Scénario de financement de la plateforme Plexus Post 2017

#### BUDGET de fonctionnement

	KE HT	
<b>Amortissement d'une partie des investissements réalisés sur PLEXUS 2014-2017 (en lien avec le pack sérénité et les portails Pro &amp; usagers)</b>	<b>524</b>	9%
Surcoût exploitation DataCenter (mise en exploitation)	98	
Coût exploitation DataCenter	-	
extension des locaux et services (déménagement nécessaire)	98	
aménagement des postes (15 postes)	20	
coût loyer actuel	260	
Abonnement réseau (augmentation de débit et service)	49	
<b>Abonnement annuel internet des terminaux Professionnel de Santé</b>	<b>864</b>	15%
<b>Amortissement développement service Pack Sérénité PLEXUS (sur 4 ans)</b>	<b>675</b>	12%
TOTAL amortissement	2 063	
<b>Valorisation des coûts de fonctionnement PLEXUS :</b>	<b>3 777</b>	65%
<b>TOTAL Budget de fonctionnement PLEXUS OI</b>	<b>5 840</b>	100%
TOTAL Recette abonnement pack sérénité	6 046	
Balance budget :	206	

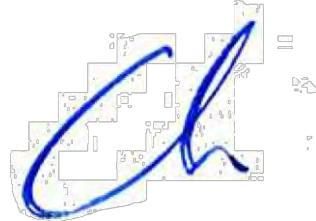
#### Détail des coûts de fonctionnement PLEXUS (k€HT annuel)

		Type de coût
Coûts annexes (exploitation PLEXUS, Abonntrt rése:	1 514	40%
Développement des usages	728	19%
Plateforme de case Management	530	14%
Pilotage & Expertise	293	8%
Pack Sérénité Libéraux	234	6%
Adaptation et enrichissement du socle	142	4%
Datamining & Open Data	126	3%
Communication Stratégique	96	3%
Mesure & Evaluation	60	2%
Portail Professionnel	27	1%
Portail Patient/Usager	27	1%
<b>TOTAL</b>	<b>3 777</b>	

	Prix PS €HT /mensuel	Prix PS €TTC /mensuel	Participation Financeurs	Tarif €TTC/mensuel	nb
Abonnement médecin généraliste	300,00 €	325,50 €	100,00 €	425,50 €	400
Abonnement infirmier	200,00 €	217,00 €	200,00 €	417,00 €	800
<b>TOTAL</b>					<b>6 046</b>

Les coûts d'exploitation de la plateforme Plexus OI pourront être financés par les professionnels de santé au travers de leur abonnement au pack sérénité (300 €/mois pour les généralistes et 200 €/mois pour les infirmiers) auquel nous avons prévu un abondement de l'ordre de 100 € par les financeurs du système de santé (complémentaires, mutuelles et assurance maladie) rémunérant l'implication de ces professionnels dans les actes de télémédecine / télésurveillance / coordination du parcours / renseignement de données sur le portail.

## Validation du projet Plexus OI



Chantal de Singly  
Directrice Générale

## 6 ANNEXES

### 6.1 LETTRE D'ENGAGEMENT DE LA DG ARS OI



Saint Denis, le 24 février 2014

DIRECTION GENERALE  
Affaire suivie par : Chantal de Singly

**TERRITOIRE DE SOINS NUMERIQUE**

**LETTRE D'ENGAGEMENT RELATIVE A LA PERENNITE ET LA REPLICABILITE DU  
PROJET PLEXUS**

L'objectif du programme TERRITOIRE DE SOINS NUMERIQUE est de moderniser l'offre de soins au sein des établissements de santé, mais aussi en dehors de l'hôpital, en généralisant l'usage d'outils numériques par les acteurs de l'offre de soins et en permettant un accès facilité des usagers aux services et aux informations de notre système de santé.

Ce programme doit garantir le décloisonnement des acteurs par l'échange des informations et des données de santé. La pierre angulaire de cette ouverture des SI, est la construction, au sein d'un territoire, d'une architecture technique urbanisée, afin de garantir les échanges et l'interopérabilité et mutualisée afin d'en maîtriser les coûts.

Dès avril 2010, j'ai résolument inscrit cette volonté en dotant l'ARS-OI d'une direction des systèmes d'information ; en créant (en plus du poste de Chargé de Mission SI existant) un poste de chargé de mission SI Santé orienté médico-social afin d'assurer les liens entre les SI sanitaires développés et les SI Médico-sociaux en développement, en demandant l'écriture d'un programme des SI de santé et de la télémédecine en complément du PRS en renforçant le soutien financier et en matérialisant mes engagements par la signature d'un CPOM ambitieux avec le Groupement de coopération Sanitaire TESIS maîtrise d'ouvrage régionale en matière de SI de Santé.

Le projet PLEXUS, que je porte pour l'Océan Indien, s'inscrit dans la continuité des actions entreprises depuis 2010 en matière de Systèmes d'Information de Santé et ouvre de nouvelles perspectives en matière d'offre de soins.

Au delà des aspects techniques, PLEXUS s'inscrit dans la logique de financement qui est mise en œuvre au sein du GCS TESIS. Le principe général retenu ici, c'est que l'ARS finance tout ou partie des investissements et que les utilisateurs payent la part de fonctionnement à hauteur des services qu'ils utilisent. Le projet PLEXUS suivra globalement la même logique.

Toutefois, la multiplicité des services offerts par PLEXUS ainsi que la diversité des bénéficiaires ne permet pas de poser un principe de financement unique. C'est pourquoi, j'ai demandé que soit envisagé toutes les hypothèses afin de garantir la pérennité du modèle économique à l'issue du programme. D'ores et déjà, les pistes suivantes sont envisagées :

- Le socle technique de PLEXUS est en partie déjà financé. Quatorze régions disposent de la même infrastructure. Les coûts sont donc déjà mutualisés. Le maintien en condition opérationnelle sera assuré par le paiement des services supportés et par le consortium afin d'en garantir la réplabilité.
- Le paiement à l'usage : exemple du « pack sérénité » à destination des professionnels de santé libéraux. Ce package dont les investissements sont mutualisés vient en remplacement des services utilisés actuellement, il est donc financé par les utilisateurs finaux. Le service support aux utilisateurs (HotLine) pourrait être financé par une taxe aux appels téléphoniques.

2 bis, av Georges Brassens - CS 81002 - 97743 Saint-Denis Cedex 09  
Standard : 0262 97 90 00  
www.srs.ocean-indien.sante.fr





- PLEXUS s'appuiera à chaque fois que possible sur des services ou des opérateurs existants : Exemple du réseau de coordination Réucare dont le financement est déjà assuré par l'ARS ou du réseau d'accompagnement SOPHIA déjà financé par l'assurance maladie. Le retour d'expérience des industriels rencontrés semble garantir qu'au delà de 2000 patients utilisateurs d'équipement communicants, sept emplois peuvent être créés au sein de la plate forme de coordination et de suivi.
- Le projet devra faire la démonstration des économies réalisées (ex : journées d'hospitalisation évitées) afin de permettre à la Caisse générale de Sécurité Sociale de la Réunion ainsi qu'aux mutuelles d'étudier le financement des actions de prévention et de dépistage : exemple : équipe(s) mobile(s) de dépistage ou équipe(s) mobile(s) d'éducation thérapeutique ; financement des modules de e-Learning...
- Plexus devra confirmer qu'une prise en charge coordonnée et optimisée des patients diabétiques évite, entre autre, les comas diabétiques et l'engorgement des différents services urgences. Les opérateurs de santé du territoire nord/est pourront donc être sollicités pour l'accompagnement financier du fonctionnement de la plate forme ou des équipes mobiles.
- En ce qui concerne le blog santé, le recours à la publicité est une piste à travailler.
- Les briques d'infrastructures supplémentaires, infocentre, datamining seront financées par la puissance publique (ARS-INVS-assurance maladie-Mutuelles), elles doivent servir aux études épidémiologiques et médico-économiques.
- Enfin, les patients et ou leurs familles pourront être mis à contribution pour le paiement d'une partie des coûts relatifs aux équipements communicants.

Au regard des éléments qui précèdent, et sans préjuger du résultat des discussions avec les industriels membres du futur consortium, je m'engage à assurer la soutenabilité économique de PLEXUS au-delà de la phase d'expérimentation.



Chantal de Singly

## 6.2 COURRIERS DE SOUTIEN AU PROJET PLEXUS OI

Typologie	Acteur
<b>Services déconcentrés de l'Etat</b>	Préfet de l'île de La Réunion
	Direction de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale
	Président du Conseil de Surveillance de l'ARS
<b>Ordres Nationaux</b>	Conseil National de l'Ordre des Médecins et Pharmaciens
	Conseil National de l'Ordre des pharmaciens
<b>Organismes d'Assurance Maladie</b>	Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion
<b>Association d'usagers</b>	Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS)
<b>Fédération</b>	Fédération Hospitalière de France Océan Indien
<b>Unions Régionales</b>	Union Régionale des Médecins Libéraux Océan Indien
	Groupement des Maisons et Pôles de santé de l'Océan Indien (GMPSOI)
	Union Régionale des Professionnels de Santé Sages Femmes
	Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens
	Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers
<b>Etablissements de santé</b>	CHU de La Réunion
	Groupe Hospitalier Est Réunion
	Groupe de santé Clinifutur
	Association Saint François d'Assise (ASFA)
	Association Utilisation Rein Artificiel à La Réunion (ARAR)
<b>Etablissements Médico Sociaux</b>	Fondation Père Favron
<b>Réseaux de coordination</b>	Fédération des Réseaux de santé Océan Indien
	Réseau de santé ReuCARE
<b>Complémentaire Santé</b>	Prudence Créole, Groupe GENERALI
<b>Acteurs économiques Régionaux</b>	Technopole de La Réunion
	Association Réunionnaise des professionnels des TIC (ARTIC)
<b>Industriels</b>	IdeoSanté
	Bluelinea
	Medecindirect
	DOCAPOST
	Synakene
	Orange Réunion

## 6.2.1 Préfet de l'île de La Réunion



PRÉFET DE LA RÉUNION

Saint Denis, le 26 Février 2014

Le Préfet de la Réunion

à

Madame Chantal de Singly  
Directrice Générale  
Agence de Santé Océan Indien

**Objet** : Projet Plexus Océan Indien

Madame la Directrice Générale,

C'est avec grand intérêt que j'ai pris connaissance du projet « Plexus Océan Indien », que vous portez pour La Réunion, en réponse à l'appel à projet « Territoire de Soins Numérique ».

Nous menons actuellement, en concertation avec l'ensemble des services de l'état, les travaux qui vont permettre de finaliser le prochain « Contrat de Projets Etat Région », et la participation active de vos services garantit la cohérence dans la mise en œuvre de PLEXUS OI au regard des actions que nous menons au niveau régional.

La maturité de votre projet se mesure au consortium d'industriels et d'acteurs locaux qui vous ont manifesté leur confiance, c'est la garantie de retombées certaines sur l'emploi local.

Par ailleurs, la Réunion est déjà reconnue comme un territoire d'excellence en termes d'innovations technologiques et de dynamisme industriel, garantissant un vivier de compétences locales au service de nos desseins respectifs. J'ajoute que les représentants des usagers ont souligné l'importance pour eux d'un tel projet.

C'est donc avec la certitude de la complémentarité de nos actions que je peux aujourd'hui vous assurer de mon soutien entier au projet PLEXUS OI.

Confiant dans la réponse positive que vous saurez obtenir dans votre démarche, je vous prie de recevoir, Madame la Directrice Générale, mes salutations distinguées.

Jean-Luc MARY

Préfecture de La Réunion - 8 rue des Messageries - CS 81079-87404 - Saint-Denis Cedex  
Standard : 0262 49 77 77 - Télécopie : 0262 41 73 74 - courriel : courmail@reunion.pref.gouv.fr  
Internet : www.reunion.gouv.fr

## 6.2.2 Direction de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale



Direction  
De la jeunesse, des sports  
et de la cohésion sociale  
De La Réunion

Saint-Denis, le 19 février 2014

La Directrice

A

Madame la Directrice de l'ARS OI  
2 bis avenue Georges Brassens  
CS 60050  
97408 SAINT-DENIS Cedex 09

**Réf :** DIR/DHHC/JG/2014/346

**Objet :** Projet territoire de soins numérique - PLEXUS OI.

L'appel à projets « territoire de soins numérique » lancé par le gouvernement, qui a pour objectif de moderniser dans sa globalité l'offre de soins aux usagers, en généralisant l'usage d'outils numériques par les professionnels de soins et faciliter ainsi l'accès des usagers aux services du système de santé, présente notamment en matière de réduction d'inégalité sociale de santé et de prévention une avancée considérable et nécessaire. Plus particulièrement, ce programme pourrait avantageusement bénéficier aux publics défavorisés et vulnérables pour lesquels la Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de la Réunion (DJSCS) met en œuvre les politiques publiques qui visent l'inclusion sociale, l'égalité des chances, la santé, le bien être par le sport, et d'une façon générale, la cohésion sociale et le mieux vivre ensemble sur le territoire de la Réunion.

En effet, récemment le débat public sur la stratégie nationale de santé, organisé par votre Agence, le 6 février dernier, en présence de Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, a confirmé, aussi bien de la part des professionnels de santé que de la part des usagers, la nécessité d'avoir une approche intégrée de la santé tenant compte à la fois, de l'offre de soins quantitative et qualitative, de la typologie de la population et de l'environnement social, sociétal, et économique du territoire. Les déterminants sociaux très défavorables à la Réunion sont des facteurs aggravants de l'inégalité d'accès aux soins de certaines catégories de la population.

Dans ce cadre, le projet de l'ARS OI intéresse fortement la DJSCS dans les domaines suivants, sans être exhaustif:

- Le développement de l'activité physique : l'inscription de la pratique d'activités physiques et sportives dans la politique de santé publique va permettre prochainement aux médecins de prescrire de l'activité physique sur ordonnance. Pour orienter leurs patients, les professionnels de santé auront à connaître la cartographie de proximité des professionnels d'éducation physique et sportive répertoriés à la DJSCS.

Adresse postale : Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de La Réunion (DJSCS)  
14, allée des Saptins  
CS 61044

97404 Saint-Denis cedex - Tél : 02 62 20 96 40 - FAX : 02 62 20 96 41



Ainsi, par exemple, une expérimentation est menée par la commune de Saint-Paul, l'office municipal du sport et les médecins libéraux pourraient utilement s'intégrer dans ce nouveau réseau. Il y a lieu également de mener un travail avec les mutuelles pour engager une expérimentation sur des publics particuliers ou pour certaines pathologies. La mise en place d'un dossier numérisé du suivi du patient communicable aux professionnels de soins, avec la garantie de la confidentialité des données est envisagée. Par ailleurs, l'accord national interprofessionnel signé, par le Ministre du Travail et de l'emploi et les partenaires sociaux, qui généralise notamment une complémentaire santé aux salariés d'entreprise ouvre une large porte à un public très nombreux susceptibles d'être concernés par la prescription d'activités physiques. La liste des professionnels autorisés à exercer dans ce domaine pourrait faire l'objet d'un annuaire d'offre de prestations mis sur le portail « professionnels d'accès aux services » du projet.

- La formation des professionnels qui vont encadrer ces différents publics s'avère indispensable : formation des personnels de santé sur les bienfaits des activités sur la santé et des professionnels des activités physiques et sportives, pour qu'ils puissent adapter les activités en fonction des types de publics. Le e-learning sera un outil certainement à développer pour faciliter l'accès à la formation de ces professionnels. En outre, le déploiement de ce projet à la Réunion devrait s'accompagner d'une réflexion anticipée sur les nouveaux métiers et les nouveaux emplois dans les différents secteurs de la santé. Dans cette éventualité la DJSCS pourrait apporter son appui-conseil en matière de formation, d'emploi et de qualification.
- La lutte contre le dopage : l'antenne médicale de lutte contre le dopage sera réinstallée au CHU, en lien avec l'ARS OI et la DJSCS. Deux missions principales sont confiées à cette antenne : le suivi médical des sportifs contrôlés positifs et la prévention, en communiquant sur les conséquences de l'utilisation des produits dopants. Le volet information et prévention du portail « patient d'accès aux services » présente l'avantage de sensibiliser massivement les sportifs très nombreux.
- Les politiques sociales : Ce projet pourrait initier une meilleure prise en compte des publics en situation de grande exclusion, pris en charge au sein des structures de suivi ou d'hébergement (organismes tutélaires, structures d'hébergement ou d'accueils de jour). Il existe des coordinations, par exemple autour de l'équipe mobile de psychiatrie ou des tentatives de les faire rentrer dans un parcours de soins, via les permanences des PASS au sein des structures ou des lits Halte Soins Santé. Néanmoins, malgré ces améliorations notables, qui témoignent de l'engagement de l'ARS OI concerté avec la DJSCS en ces domaines, l'accès aux soins reste souvent trop tardif et ces publics ne sont finalement que très rarement dans une démarche de prévention et de prise en compte de leurs problématiques de santé et ont recours aux systèmes de soins souvent très tardivement, via les urgences, quand leur état de santé est trop dégradé.

Ce réseau, au travers des équipes mobiles de dépistage, mais aussi par un meilleur partage d'information, devrait permettre d'établir des liens nouveaux dans la connaissance des besoins de ces publics et faciliter une meilleure coordination de leur accompagnement.

Du point de vue de la DJSCS, ce projet d'investissement d'avenir, porté par l'ARS OI et décliné de façon opérationnelle par « Plexus OI » sur le territoire de la Réunion ouvre de larges perspectives qui iront au-delà de la nécessaire collaboration des professionnels de santé proprement dit et de l'amélioration de l'offre de soins aux usagers. Il participerait à un modèle économique en réduisant les notions d'espace et de temps, et en générant un flux de services nouveaux créateurs d'emplois durables. Il constituerait des réseaux de professionnels et des usagers qui ne pourraient qu'apporter de la plus value en matière d'information, de communication et de connaissance sur la santé et la prévention. Il pourra apporter une attention particulière aux publics les plus vulnérables socialement et qui ont aussi le plus besoin de soins, afin qu'ils accèdent également et même plus facilement aux services du système de santé sur le territoire.

Pour ces multiples raisons, la Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale soutient fortement ce projet structurant pour la population et le territoire de la Réunion.



Le Directeur  
de la Jeunesse, des Sports et  
de la Cohésion sociale



Denise HONG-HOC-CHEONG

Jacqueline GRAUD  
Assistante de Direction  
☎ : 02 82 20 96 42  
[jaqueline.graud@ars.oceanindien.fr](mailto:jaqueline.graud@ars.oceanindien.fr)

## 6.2.3 Président du Conseil de Surveillance de l'ARS OI



Saint Denis, le

Le Préfet de la Réunion  
Président du Conseil de Surveillance  
de l'ARS OI

à

Madame Chantal de Singly  
Directrice Générale  
Agence de Santé Océan Indien

**Objet** : Projet Plexus Océan Indien

Madame la Directrice Générale,

Le projet « Plexus Océan Indien » que vous portez en réponse à l'appel à projet « Territoire de Soins Numérique » a retenu toute notre attention.

En effet, ce projet permettra à chaque Réunionnais d'être un véritable acteur de sa santé à travers l'usage d'outils innovants au service de l'amélioration des parcours de santé.

La mise en place de 2 portails santé dédiés aux professionnels de santé d'une part, et aux patients d'autre part, contribuera à améliorer la circulation de l'information et de faciliter la prise en charge des patients et l'accès aux soins pour ces derniers.

Par ailleurs, la mise en place d'une plateforme spécifique permettant le suivi des pathologies liées au diabète, à l'insuffisance rénale et cardiaque, et aux risques cardiovasculaires, permettra d'améliorer l'efficacité de la prise en charge dans une logique de parcours coordonnés. J'ajoute que les représentants des usagers ont souligné l'importance pour eux d'un tel projet.

C'est donc avec la conviction que nous œuvrons à l'amélioration de notre système de santé que nous vous apportons notre soutien dans la candidature de l'Agence de Santé Océan Indien.



Jean-Luc MARX

## 6.2.4 Conseil National de l'Ordre des Médecins et Pharmaciens

CONSEIL NATIONAL DE  
L'ORDRE DES PHARMACIENS

CONSEIL NATIONAL DE  
L'ORDRE DES MÉDECINS

Madame Chantal de Singly  
Directrice Générale  
ARS Océan Indien  
2 bis, av Georges Brassens  
CS 61002  
97743 Saint-Denis Cedex 9

Paris, le 19 février 2014

*Objet : ENGAGEMENT DU CNOP & DU CNO M DANS LE CADRE DE L'APPEL A  
PROJET TSN*

Madame la Directrice Générale,

Le CLIO Santé a publié en janvier 2012 une note d'orientation sur le thème : « Comment déployer la prescription électronique ». Aujourd'hui, l'état de nos réflexions permet d'envisager le démarrage d'une phase pilote sur un bassin de population choisi par l'ARS. Cette phase pilote pourrait être organisée avec l'ARS en concertation avec les organisations professionnelles régionales. Elle concernerait non seulement la prescription dans le secteur libéral mais aussi la prescription de sortie des établissements.

A la suite des entretiens que nous avons pu avoir avec l'ARS que vous dirigez, l'Ordre des Pharmaciens et l'Ordre des Médecins souhaitent vous confirmer leur volonté de vous accompagner dans votre projet Territoire de Soins Numérique (TSN).

Nos institutions sont prêtes à se mobiliser et à s'inscrire comme partenaires privilégiés dans la mise en œuvre d'un dispositif de prescription électronique (e-Prescription) permettant de répondre aux besoins des professionnels et des patients. Evidemment, ce projet s'inscrirait dans une concertation avec les URPS des médecins et des pharmaciens.

Nous souhaitons capitaliser sur la réussite et les compétences développées autour du Dossier Pharmaceutique (DP), avec notamment la société Docapost, hébergeur de données de santé, les éditeurs de logiciels médecins et pharmaciens.

Nous proposons de nous appuyer sur la prescription de médicaments dans un premier temps pour valider les usages. En effet, la lutte contre le mésusage et les addictions médicamenteuses sont un enjeu de santé publique.

Ce dispositif pourrait être étendu progressivement aux autres prescripteurs et aux autres prescriptions, biologiques notamment.

Nous pouvons aujourd'hui innover dans le domaine des logiciels d'aide à la prescription (LAP) et d'aide à la dispensation (LAD) que ce soit sur les usages mais aussi sur de nouveaux services.

Nous restons à votre disposition pour vous apporter tous les compléments que vous jugeriez nécessaires.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous portez et vous prions d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de notre considération distinguée.

Isabelle ADENOT

Présidente CNOP



Patrick BOUET

Président CNOM



Patrick FORTUIT

Vice président



Jacques LUCAS

Vice président



CNOP 4, avenue de Reysdale | 75379 Paris Cedex 08

CNOM 180, bd Haussmann | 75389 PARIS Cedex 08

## 6.2.5 Conseil National de l'ordre des pharmaciens

CONSEIL NATIONAL DE  
L'ORDRE DES PHARMACIENS

*La Présidente*

**Madame Chantal DE SINGLY**  
**Directrice Générale**  
**ARS Océan Indien**  
2 bis, av Georges Brassens - CS 61002  
97743 Saint-Denis Cedex 9  
Tél : 0262 97 90 00

Paris, le 11 février 2014

IA/MC/MDG-037

Objet : *ENGAGEMENT DU CNOP DANS LE CADRE DE L'APPEL A PROJET TSN*

Copie :

- M. SCAGLIOLA, Président de la Section E
- Mme. LUCINE, Présidente de la Délégation Territoriale de l'Ordre des Pharmaciens de La Réunion

Madame La Directrice Générale,

Suite à la réunion entre vos équipes, Mme Monique LUCINE, Présidente de la délégation territoriale de l'Ordre des pharmaciens de La Réunion, et la Direction des Technologies en Santé de l'Ordre National, je souhaite vous informer de notre volonté de vous accompagner dans votre projet Territoire de Soins Numérique (TSN), qui regroupe nombre de réflexions vues dans nos Conseils.

Nous sommes prêts à nous mobiliser et à nous inscrire comme partenaire privilégié sur plusieurs services techniques et technologiques permettant de répondre aux besoins des professionnels et des patients.

Comme il est précisé dans le cahier des charges de l'appel à projet, nous proposons de nous appuyer sur la réussite et les compétences développées autour du Dossier Pharmaceutique (DP).

Nous pouvons aujourd'hui innover dans de nombreux domaines que ce soit sur les usages mais aussi sur de nouveaux services. Ainsi, nous serions sensibles que soient examinés des sujets tels que :

- La e-prescription ville
- La e-prescription de sortie d'établissement

4, avenue Ruysdaël 75379 Paris Cedex 08  
Téléphone : 01.56.21.34.84 - Fax : 01.56.21.34.79 - Email : iadenot@ordre.pharmacien.fr

- L'accès au DP pour les médecins généralistes ou spécialistes, y compris organisés en réseaux
- L'accès au DP par les biologistes
- L'accès au DP par les SAMU
- L'alimentation du DP dans le cadre des chimiothérapies
- L'accès au DP dans le cadre de l'HAD
- La fourniture de statistiques épidémiologiques
- Le carnet vaccinal

Nous restons bien sûr ouverts à toute autre proposition de votre part.

Je vous remercie pour la confiance que vous nous portez et vous prie d'agréez, Madame La Directrice Générale, l'expression de mes respectueuses salutations.



**Isabelle ADENOT**

## 6.2.6 Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion



**DIRECTION**  
Tél. : 0262 40.33.01  
Fax : 0262 41.72.76

**CGSS REUNION**  
CAISSE GÉNÉRALE DE SÉCURITÉ SOCIALE DE LA REUNION  
4 Boulevard Doret - 97704 SAINT DENIS Messag. CEDEX 9

**Madame Chantal DE SINGLY**  
Directrice Générale de PARS OI

**2 Bis Avenue Georges Brassens**  
CS 60050

**97408 SAINT DENIS CEDEX 09**

Saint Denis, le 27 Février 2014

**N/REF :** CM/IV - n° 059/2014

**Objet :** **Projet PLEXUS OI**

Madame la Directrice,

Suite à la réunion du 24 janvier dernier durant laquelle vos équipes nous ont présenté le projet PLEXUS que l'ARS-OI porte dans le cadre de l'appel à projet national « Territoire de Soins Numérique », nous vous confirmons l'intérêt manifesté lors de notre rencontre.

Ce programme, auquel la Caisse Générale de Sécurité Sociale a été associée dès le premier comité de pilotage de juin 2013, nous semble cohérent avec les politiques nationales « Pacte Territoire Santé » et « Stratégie Nationale de Santé ». En effet, PLEXUS vise, d'une part à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé et, d'autre part, à agir efficacement sur la prévention et le parcours de soins en identifiant les points de rupture et favorisant les parcours coordonnés.

Par ailleurs, les quatre axes de travail identifiés :

- Rendre lisible l'offre de soins régionale
- Permettre l'ouverture des Systèmes d'information Hospitaliers (publics et privés)
- Améliorer l'accès et la circulation de l'information
- Permettre de suivi à domicile des maladies chroniques

nous semblent pertinents au regard des besoins de notre région et des difficultés relatives aux échanges d'information qui entraînent une redondance certaine d'actes coûteux.

En tant que financeur principal du système de santé, La Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion soutient ce programme qui doit permettre d'améliorer les prises en charge en agissant sur l'efficience de nos organisations, et en luttant contre les inégalités de santé en intégrant les territoires enclavés tel que le cirque de Mafate.

La CGSS s'engage donc à étudier et apporter son concours sur différents modules du projet PLEXUS qui permettront d'agir en amont de la maladie et qui agiront efficacement en aval en optimisant le parcours de soins et la circulation de l'information entre les acteurs de la prise en charge.

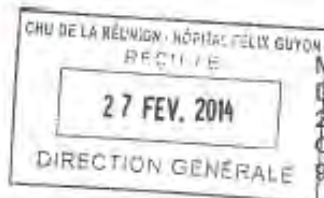
Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, ma parfaite considération.

Le Directeur Général

C. MADIKA



## 6.2.7 Collectif Inter-associatif sur la Santé (CISS)



Madame Chantal DE SINGLY  
Directrice de l'Agence régionale de Santé  
2 bis avenue Georges Brassens  
CS 61002  
97743 SAINT DENIS CEDEX 9

La Possession, le 27 février 2014

Objet : Soutien au projet Plexus OI

Madame la Directrice générale,

En tant que Collectif inter associatif sur la santé, qui regroupe 23 associations d'usagers de la santé de La Réunion et de Mayotte, nous soutenons le projet Plexus OI porté par l'Agence régionale de Santé.

En effet, la mise en place de ce projet permettra l'amélioration et la simplification du parcours de santé de l'utilisateur.

Le Territoire de Soins Numérique sera un progrès considérable dans la qualité de la prise en charge des patients et dans la reconnaissance du rôle d'information, de prévention et d'aide des associations de santé auprès des usagers.

Veuillez agréer, Madame la Directrice générale, nos salutations les meilleures.

La Présidente,



Véronique MINATCHY

## 6.2.8 Fédération Hospitalière de France Océan Indien



Date : le jeudi 27 février 2014

**Le Président**

Fédération Hospitalière de France Océan Indien

à

RÉF. : 01-2014/JCF/CC

**Madame Chantal de SINGLY**  
Directrice Générale ARS Océan Indien  
2 bis avenue Georges Brassens  
CS 61002 - 97743 Saint-Denis Cedex 9

**Objet** : Soutien de la Fédération Hospitalière de France Océan Indien au dossier « Plexus OI » présenté dans le cadre de Territoire de soins numérique.

**Madame la Directrice Générale,**

La Fédération Hospitalière de France Océan Indien se mobilise pour apporter tout son soutien au projet Territoire de soins numérique « Plexus OI ». Elle tient à souligner le caractère essentiel pour la population réunionnaise et particulièrement innovant de la démarche initiée.

Ce dossier représente pour La Réunion un enjeu extrêmement important qui trouve un véritable ancrage territorial par la prise en compte des maladies chroniques avec une très forte prévalence au regard des moyennes nationales, l'importance de l'information sur les risques sanitaires notamment liée aux maladies vectorielles, le souci d'une meilleure coordination entre les acteurs pour l'amélioration du patient, la volonté de développer les leviers faisant de chacun un acteur de sa propre santé et la dimension numérique / mobilité qui peut apporter des réponses pratiques et concrètes à la population.

Ce projet est également central par son caractère innovant, l'appel à un tissu industriel national mais également local.

Pour toutes ces raisons, la Fédération Hospitalière de France Océan Indien soutient très fermement le projet « Plexus » de la Réunion.

Je vous prie de croire, **Madame la Directrice Générale**, en l'expression de mes salutations les meilleures.

Jean Claude FRUTEAU

Député Maire de Saint Benoît

Président de la FHF Océan Indien

FHF OI, 11 rue de l'Hôpital - 97460 Saint Paul

Tél : 0262 35 95 47 Fax : 0262 49 53 47 Mail : [fhfoi@chu-reunion.fr](mailto:fhfoi@chu-reunion.fr)

## 6.2.9 Union Régionale des Médecins Libéraux Océan Indien



Mme Chantal de Singly  
Directrice Générale de l'ARS-OI  
2 bis, avenue George Brassens  
CS 61002  
97743 SAINT DENIS CEDEX (9)

Le Port, le 24 février 2014

Madame,

L'un des premiers axes de travail identifiés pour répondre aux exigences de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) consiste à organiser les soins du patient dans le cadre d'une médecine de parcours reposant sur la coopération et la coordination de l'ensemble des professionnels de santé.

Le numérique est un atout précieux pour favoriser ces coopérations.

Le projet Plexus-OI a tiré parti des grandes orientations du pacte territoire santé et vise à transformer et améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en leur permettant de disposer des informations nécessaires aux bonnes prises en charges.

Il repose, par ailleurs, sur une architecture technique solide à laquelle l'URML OI a contribué.

Au regard de ses spécificités épidémiologiques, climatiques et populationnelles, la Réunion serait un territoire d'expérimentation très pertinent.

Le projet Plexus OI structure dès aujourd'hui les fondations de la médecine de demain qui sera une médecine de réseau.

---

**URML OI**

6 Avenue Théodore Drouhet • Local 14 • 97420 Le Port • Tel 0262 42 33 76 • Fax : 0262 42 33 72  
e-mail : [urmi@urmi-reunion.net](mailto:urmi@urmi-reunion.net) • Site web : <http://www.urmi-reunion.net>



Nous savons compter sur votre détermination et vous prions de croire à notre total soutien de ce projet innovant générateur de nouvelles performances.

Vous en souhaitant bonne réception et restant à votre disposition pour tout complément d'information, veuillez agréer, Madame, l'expression de notre considération distinguée.

Dr RAHMANI François  
Président de l'URMLOI

---

**URML OI**

6 Avenue Théodore Drouhet • Local 14 • 97420 Le Port • Tel 0262 42 33 76 • Fax : 0262 42 33 72  
e-mail : [urml@urml-reunion.net](mailto:urml@urml-reunion.net) • Site web : <http://www.urml-reunion.net>

## 6.2.10 Groupement des Maisons et Pôles de santé de l'Océan Indien

*ASSOCIATION GMPSOI association loi 1901 n° W9A4002974*

### **Le GMPSOI,**

*Groupement des Maisons et Pôles de Santé de l'Océan Indien*

Compte tenu des difficultés d'accessibilité aux soins que rencontre une grande partie de la population régionale et de l'amélioration du parcours de soin du patient que pourrait amener un nouvel usage de l'informatique,

compte tenu de la surreprésentation des pathologies chroniques et de leur gravité à La Réunion et à Mayotte,

compte tenu enfin des préconisations visant à recentrer la prise en charge sur le patient et son environnement grâce à un travail en équipes pluriprofessionnelles coordonnées,

le GMPSOI apporte son soutien à l'ARSOI qui au travers de son projet Plexus oi se porte candidate à l'expérimentation Territoire Santé Numérique en cohérence avec les orientations de la Stratégie Nationale de Santé.

Cette expérimentation va durer 3 ans, se terminera en 03/2017, et sera évaluée sur un bassin de population de 200 000 h (Saint Denis, Sainte Suzanne, Sainte Marie). Elle sera articulée autour de quatre grands axes :

- => Améliorer la lisibilité de l'offre de soins
- => Ouvrir les systèmes d'information hospitaliers
- => Améliorer l'accès des professionnels et de la population aux données de santé
- => Permettre le suivi à domicile des maladies chroniques

Les Maisons et Pôles de Santé de l'Océan Indien pourront bénéficier de ces expérimentations pour renforcer la coordination pluriprofessionnelle et faciliter la mise en place des actions déjà initiées en Éducation, Éducation Thérapeutique, Dépistage.

Dr Véronique COCHET

Présidente du GMPSOI



LES BAINS  
Tél : 06 92 85 21 25  
Fax : 02 62 22 85 68  
APE : 9499Z  
v.cochet@yahoo.fr

Association GMPSOI 8 rue du grand Bleu 97434 SAINT GILLES

Tel : 798 237 256 0011

## 6.2.11 Union Régionale des Professionnels de Santé Sages-Femmes

Blandine Bariteau  
Trésorière URPS SF OI  
12, chemin René Dufestin  
Joffond  
97410 SAINT PIERRE  
Tél : 0692881564  
Mail : blandinebariteau@gmail.com

A l'intention de Mme Chantal DE SINGLY  
Agence de Santé de l'Océan Indien  
2 bis avenue Georges Brassens CS 61002  
97743 Saint -Denis Cédex 9

Objet : Lettre de soutien de l'URPS SF OI au projet Plexus OI

Madame la directrice générale,

Je vous confirme par ce courrier, le soutien total de l'URPS SF de l'île de la Réunion au projet Plexus OI porté par votre agence.  
Ce projet est en parfaite adéquation avec notre souhait d'une meilleure communication entre les différents acteurs de santé, en ce qui concerne la périnatalité, un meilleur suivi des patientes, des contacts plus faciles autour des femmes enceintes, des économies afin d'éviter de multiplier les actes, des hospitalisations plus justifiées en facilitant le transfert de données entre secteur libéral et Maternités publiques ou privées ( transfert de monitoring fœtal, par exemple ). Nos chiffres de périnatalité ne demandant qu'à être améliorés, les avancées technologiques offertes par Plexus OI ne peuvent que participer à cette amélioration.

Veuillez agréer, Madame la Directrice Générale, l'assurance de mes très sincères salutations.

Saint Pierre le 29 Janvier 2014,  
Blandine Bariteau  
Trésorière URPS SF OI pour la présidente  
Sophie Durand (congé de maternité)



## 6.2.12 Union Régionale des Professionnels de Santé Pharmaciens



2 allée du Cimetière  
97425 LES AVIRONS

A l'attention de Madame Chantal DE SINGLY

Agence de Santé de l'Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens CS 610002-

97743 SAINT-DENIS CEDEX 9

Saint-Denis, le 13 février 2014

**Objet :** Soutien candidature projet Territoire de Soins Numérique

Madame la Directrice Générale,

L'URPS Pharmaciens de l'île de la Réunion soutient pleinement le projet Plexus DI porté par votre agence dans le cadre de l'appel à projets "Territoire de Soins Numérique".

Nous participons activement à la réflexion sur ce projet pour améliorer la prévention, les parcours de soins, et tout particulièrement le lien Ville-Hôpital. Suivi vaccinal, sécurisation des soins, coordination de tous les acteurs, ne sont que quelques uns des nombreux chantiers à développer.

Les difficultés socio-économiques de notre Région et son isolement géographique justifient à eux seuls des moyens supplémentaires dédiés à la qualité de notre système de santé.

Les compétences techniques locales, au travers du GDS Tésis, permettraient grâce à ce soutien exceptionnel et à celui des soignants, de faire émerger un territoire d'excellence en matière de santé à la Réunion.

Vous pouvez compter sur l'engagement de l'URPS Pharmaciens pour la réussite de ce projet ambitieux pour la santé des réunionnais.

Bien respectueusement,

Eric CADET

Président

## 6.2.13 Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers



LE PRÉSIDENT

Mr Emmanuel ADAIN  
Président URPS OI Infirmiers  
32 rue Roland Garros  
97400 ST DENIS  
à

Mme Chantal DE SINGLY  
Directrice générale de l'ARS OI  
2 bis Av. Georges Brassens  
CS 60050  
97408 ST DENIS CEDEX 09

Objet : Lettre d'appui- Candidature TSN

Madame la Directrice,

Dans le cadre de la modernisation de l'offre de soins voulue par le Gouvernement, le programme Territoire de Soins Numérique occupe une place singulière. Les enjeux sont un défi à la mesure des atouts et des compétences de notre Ile.

Notre URPS a su se mobiliser avec l'ARS, mais également avec l'ensemble des offreurs de soins ainsi que les acteurs du médico-social pour participer à cette réflexion.

Aujourd'hui, nous soutenons pleinement notre région et l'ARS dans ce projet.

Les atouts de La Réunion sont nombreux. De l'implication des professionnels de santé dans le GCS Tesis, des Chartes CHU/URPS/OI R Santé, des projets de pratiques collaboratives, des innovations dans les prises en charge et de la prévention sont autant d'exemples qui témoignent de la vitalité et de la recherche d'excellence qui nous anime.

Nos travaux au sein du Comité de pilotage dédié à TSN nous ont permis de faire valoir une réelle approche « terrain » du projet. C'est donc un contenu innovant, mais fortement ancré dans la réalité d'une démarche de santé publique au service de tous.

Enfin, notre territoire serait un laboratoire sans égal pour rapprocher par le numérique ce qui est loin.

Comptant sur votre détermination, veuillez accepter, Madame la Directrice, mes respectueuses salutations.





## 6.2.14 CHU de La Réunion



**Madame Chantal DE SINGLY**  
Directrice Générale de l'ARS-OI  
2 bis Avenue Georges Brassens CS 60050  
97408 SAINT-DENIS CEDEX 09

Saint-Denis, le 25 Février 2014

RÉF. DG/LM/VM – 24/2014

**Objet :** Soutien du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion au projet Territoire de Soins Numérique « Plexus Océan Indien ».

*Madame la Directrice Générale,*

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion tient à apporter tout son soutien au projet Territoire de Soins Numérique « Plexus Océan Indien ».

Le CHU est membre depuis l'origine du GCS Tésis et contribue pleinement à la régionalisation des systèmes d'information dans un souci permanent de décloisonnement des prises en charge et de mise en place de parcours patient efficient.

Membre actif dans l'élaboration même du projet, que ce soit par ses équipes médicales et certains praticiens tout particulièrement engagés en la matière comme porteurs médicaux de filière, ou par l'engagement de sa direction, prête à déployer les ressources nécessaires en interne à l'accompagnement de ce projet, le CHU de la Réunion souscrit totalement aux principes poursuivis par le Territoire de Soins Numérique « Plexus Océan Indien » :

- le souci d'une meilleure coordination entre les acteurs pour l'amélioration du patient
- le décloisonnement des systèmes d'information hospitaliers
- la question de l'accès aux soins dans notre île avec ses écarts et ses hauts,
- l'importance de l'information sur les risques sanitaires notamment liée aux maladies vectorielles,
- la prise en charge des maladies chroniques avec une très forte prévalence au regard des moyennes nationales
- la volonté de développer les leviers faisant de chacun un acteur de sa propre santé
- la dimension numérique et la mobilité qui peuvent apporter des réponses pratiques et concrètes à la population.

Pour notre jeune CHU, à la création duquel vous avez largement contribué le projet Territoire de Soins Numérique « Plexus Océan Indien » s'inscrit parfaitement au sein des 3 axes hospitalo-universitaires jugés comme prioritaires (et notamment celui des maladies métaboliques). Cette démarche offre l'opportunité de développer des outils innovants pour les professionnels et les patients ainsi que de nouveaux supports en matière de recherche, qu'elle soit clinique ou médico-économique.

Pour toutes ces raisons, le Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion soutient pleinement le projet Territoire de Soins Numérique « Plexus Océan Indien ».

Je vous prie d'agréer, *Madame la Directrice Générale*, l'expression de ma considération respectueuse.

Le Directeur Général  
David GRUSON



## 6.2.15 Groupe Hospitalier Est Réunion



GHER

**Madame Chantal DE SINGLY**  
Directrice Générale de l'ARS-OI  
2 bis Avenue Georges Brassens CS 60050  
97408 SAINT-DENIS CEDEX 09

Saint-Benoit, le 25 Février 2014

**Objet** - Soutien du Groupe Hospitalier Est Réunion au projet Territoire de Soins Numérique « Plexus Océan Indien ».

Madame la Directrice Générale,

Le Groupe Hospitalier Est Réunion tient à apporter tout son soutien au projet Territoire de Soins Numérique « Plexus Océan Indien ».

Le GHER est membre depuis l'origine du GCS TESIS et contribue pleinement à la régionalisation des systèmes d'information avec un objectif permanent de décloisonnement des prises en charge et de mise en place de parcours patient efficient.

Le GHER a contribué significativement à la mise en place d'infrastructures régionales mutualisées servant de supports performants aux projets régionaux. Il a contribué à la mise en œuvre de différents projets régionaux ainsi qu'à l'élaboration de la cible régionale d'un système d'information urbanisé concourant à l'atteinte des objectifs de « Plexus Océan Indien » :

- le souci d'une meilleure coordination entre les acteurs pour l'amélioration du patient;
- le décloisonnement des systèmes d'information hospitaliers
- la question de l'accès aux soins dans notre île avec ses écarts et ses hauts,
- l'importance de l'information sur les risques sanitaires notamment liée aux maladies vectorielles,
- la prise en charge des maladies chroniques avec une très forte prévalence au regard des moyennes nationales
- la volonté de développer les leviers faisant de chacun un acteur de sa propre santé
- la dimension numérique et la mobilité qui peuvent apporter des réponses pratiques et concrètes à la population.

---


**GROUPE HOSPITALIER EST REUNION**  
30 RN3 - Zac Madeleine - BP 186 - 97470 Saint Benoit  
Tél : 02 62 98 80 00 - fax : 02 62 98 80 19

Le GHER apportera ses compétences à la mise en œuvre du projet « Plexus Océan Indien », à l'instar de ce qu'il a déjà fait pour les autres projets régionaux et notamment dans ses dimensions numériques et systèmes d'information.

Le Groupe Hospitalier Est Réunion soutient pleinement le projet Territoire de Soins Numérique « Plexus Océan Indien », étant données la cohérence et la complémentarité de ce projet avec les actions régionalisées déjà accomplies ou engagées.

Le Directeur Général

David Gruson



## 6.2.16 Groupe de Santé Clinifutur

G R O U P  
E - D E -  
S A N T E  
C L I N I  
F U T U R

■ ■ ■ ■ ■ *la vie nous inspire*

N/REF : DG/JCP/PP/14-02-007

**ARS**  
**Madame Chantal de SINGLY**  
**Directrice Générale**

2 bis, Avenue Georges Brassens  
CS 60050  
97408 Saint-Denis cedex 09

Sainte Clotilde, le 27 février 2014

Objet : Territoire de Soins Numériques

Madame la Directrice,

Un appel à projets a été lancé à l'attention des Agences Régionales de Santé relatif au programme « Territoire de Soins Numérique ».

L'Agence de Santé Océan Indien, accompagnée du GCS TESIS, dont le Groupe de santé Clinifutur est membre, s'est engagée dans ce programme en participant à la construction du projet PLEXUS.

Le Groupe de santé Clinifutur, membre actif du GCS TESIS, et acteur de santé très impliqué dans la mise en œuvre et le développement du numérique au sein de la prise en charge du patient, a soutenu dès le départ ce projet.

En effet PLEXUS, vise à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en leur permettant de disposer en temps réel des informations nécessaires à la prise en charge de leur patient, mais aussi à structurer la coordination de l'ensemble des acteurs autour du parcours patient. Ce projet nous paraît être tout à fait dans la droite ligne des objectifs du Pacte Territoire Santé.

Ce projet ne peut qu'être une opportunité pour l'ensemble des professionnels de santé que nous sommes, mais aussi pour les patients Réunionnais dans un contexte de développement permanent du numérique en santé.

C'est pourquoi, le Groupe de santé Clinifutur tient à apporter son entier soutien au projet « PLEXUS Océan Indien » développé par l'ARS OI, projet novateur pour la Réunion.

En vous souhaitant bonne réception, nous vous prions de croire, Madame la Directrice, en l'assurance de notre considération distinguée.

Le Directeur Général Délégué



Jean-Claude PRADINES

G R O U P  
E - D E -  
S A N T E  
C L I N I  
F U T U R

CLINIQUE SAINTE CLOTILDE - CLINIQUE SAINT VINCENT - CLINIQUE JEANNE D'ARC - CLINIQUE SAINT JOSEPH  
CLINIQUE DE LA PAIX - CENTRE DE DIALYSE SAINTE CLOTILDE - CENTRE DE DIALYSE JEANNE D'ARC - GIE CLIMRUM  
Siège social 127 route du bois de nêles - BP 109 - 97 492 Sainte Clotilde cédex  
Tel 0262 48 23 01 - fax 0262 48 20 80 - clinifutur@clinifutur.net - www.clinifutur.com  
Au capital de 1 584 300 € - RCS Saint-Denis b 385 371 570 - siret 385 371 570 000 16

## 6.2.17 Association Saint François d'Assise



Madame Chantal de SINGLY  
Directrice Générale de l'A.R.S.  
2 bis Avenue Georges Brassens  
CS60050  
**97408 SAINT-DENIS CEDEX 09**

### LETTRE D'INTENTION

Un appel à projets a été lancé à l'attention des Agences Régionales de Santé relatif au programme « Territoire de Soins Numérique ».

L'ARS OI, accompagnée du GCS TESIS, dont nous sommes membres, s'est engagée dans ce programme.

L'un des premiers axes de travail identifiés pour répondre aux exigences de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) consiste à organiser les soins du patient dans le cadre d'une médecine de parcours reposant sur la coopération et la coordination de l'ensemble des professionnels de santé.

Le numérique est un atout précieux pour favoriser ces coopérations.

Le projet Plexus-OI a tiré partie des grandes orientations du pacte territoire santé et vise à transformer et améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en leur permettant de disposer des informations nécessaires aux bonnes prises en charge.

Il repose, par ailleurs, sur une architecture technique solide pour laquelle notre Association a participé au choix et à la mise en œuvre.

Au regard de ses spécificités épidémiologiques, climatiques et populationnelles, la Réunion serait un territoire d'expérimentation très pertinent.

Le projet Plexus-OI tire profit des nombreuses applications potentielles du numérique dans le domaine de la santé pour proposer des services nouveaux aux acteurs concernés (professionnels de santé, patients, ...) et favorise l'émergence des outils en lien avec l'évolution des pratiques et des technologies.

Le projet Plexus-OI structure dès aujourd'hui les fondations de la médecine de demain qui sera médecine de réseau.

Je sais compter sur votre détermination et vous prie de croire à mon total soutien de ce projet innovant générateur de nouvelles performances.

Fait à Saint-Denis, le 24 février 2014

Le Directeur Général

**Frédéric POTHIN**

**Association Saint-François d'Assise** 40 rue Herlin CS 81010 97404 Saint-Denis Cedex 09 - [www.stfrs.fr](http://www.stfrs.fr) - Tél 0262 90 87 21 - Fax 0262 20 02 91 - E-mail : [directeurgeneral@stfrs.fr](mailto:directeurgeneral@stfrs.fr)

- Hôpital d'Enfants 0262 90 87 00
- Hôpital Médico-Educatif La Montagne 0262 25 43 44
- ESCM de Pointe-Haute 0262 90 87 71
- SHFAD Saint-François 0262 90 87 68
- SCSAQ IME 0262 20 17 26
- FAF 0262 90 87 07
- Fondation Française Médicobiosciences de Sainte-Clotilde 0262 93 94 00
- Centre d'Education Motrice 0262 90 87 40
- RTE 0262 90 91 01
- Centre d'Action Médico-Sociale Précoce 0262 90 87 32
- Maison d'Accueil Spécialisée 0262 90 87 40

## 6.2.18 Association Utilisation Rein Artificiel à La Réunion



### siège social

06 1 0018  
75, rue des Navigateurs  
97434 St Gilles les Bains  
Tél. : 02 62 45 98 10  
Fax : 02 62 40 69 89  
Email : siege@aurar.fr

### Antenne Oméga

**Dialyse à domicile**  
Nord/Est/Ouest  
TAL : 02 62 29 99 00  
Sud  
Tel. : 02 62 54 87 10

### Pôle Néphrologique Est

1, rue des Antilles  
97470 Saint-Benoît  
TAL : 02 62 40 98 99

### Saint-Denis Ouest

26, rue de l'Abbaye  
97440 Saint-Denis  
TAL : 02 62 29 95 00

### Le Port

Rue Simon Perrier  
97420 Le Port  
TAL : 02 62 42 08 08

### Saint-Paul

11, rue de la Chapelle  
97440 Le Diamant Saint-Paul  
TAL : 02 62 45 73 37

### Saint-Gilles

71, rue des Navigateurs  
97434 St Gilles les Bains  
TAL : 02 62 76 99 55

### Saint-Louis

35, Petite des Vacoas  
97421 Rivière Saint-Louis  
TAL : 02 62 39 25 36

### Pôle Néphrologique Sud

97470 Saint-Pierre  
Unité 1  
15, rue des Rôches  
TAL : 02 62 54 99 40  
Unité 2  
23, rue des Rôches  
TAL : 02 62 96 72 95

### Le Tampon

35, rue Pasteur  
97430 Le Tampon  
TAL : 02 62 57 45 62

### Saint-Joseph

15, rue Ylang Ylang  
97420 Saint-Joseph  
TAL : 02 62 54 29 45

### Antenne Notre-Dame

**Clinique Oméga**  
Rue Simon Perrier  
97420 Le Port  
TEL : 02 62 420 430

Saint Gilles, le 18 février 2014

**Madame Chantal DE SINGLY**  
**Directrice ARS OI**  
2 bis, Avenue Georges Brassens  
CS 81002  
97743 SAINT DENIS Cedex 09

**Service : Direction Générale**  
**Affaire suivie par : Emmanuelle BALD**  
**N/Réf : EL/EB/HD – 8812/02/2014**  
**Objet : Projet Plexus Océan Indien**

Madame la Directrice,

L'un des premiers axes de travail identifiés pour répondre aux exigences de la Stratégie nationale de santé (SNS) consiste à organiser les soins du patient dans le cadre d'une médecine de parcours reposant sur la coopération et la coordination de l'ensemble des professionnels de santé.

Le numérique est un atout précieux pour favoriser ces coopérations.

Le projet Plexus-OI a tiré partie des grandes orientations du pacte territoire santé et vise à transformer et améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en leur permettant de disposer des informations nécessaires aux bonnes prises en charges.

Il repose par ailleurs, sur une architecture technique solide pour laquelle l'AURAR a participé au choix et à la mise en œuvre.

Au regard de ses spécificités épidémiologiques, climatiques et populationnelles, la Réunion serait un territoire d'expérimentation très pertinent.

Le projet Plexus-OI tire profit des nombreuses applications potentielles du numérique dans le domaine de la santé pour proposer des services nouveaux aux acteurs concernés (professionnels de santé, patients,...) et favorise l'émergence des outils en lien avec l'évolution des pratiques et des technologies.

Le projet Plexus-OI structure dès aujourd'hui les fondations de la médecine de demain qui sera une médecine de réseau.

Je sais compter sur votre détermination et vous prie de croire à mon total soutien de ce projet innovant, générateur de nouvelles performances.

Bien cordialement,



**Eric LEUNG**  
**Directeur Général Délégué**

[www.aurar.fr](http://www.aurar.fr)

## 6.2.19 Fondation Père Favron

### FONDATION PERE FAVRON

Saint-Pierre, le 19 février 2014



#### DIRECTION GENERALE

N/Réf. : Direction  
CB/DB - 065

Objet : projet Plexus-OI

Madame Chantal de SINGLY  
Directrice générale  
Agence de Santé OI  
2bis Avenue Georges Brassens  
CS 60050  
97408 Saint-Denis Cedex

Madame la directrice générale,

L'un des premiers axes de travail identifiés pour répondre aux exigences de la Stratégie nationale de santé (S.N.S.) consiste à organiser les soins du patient dans le cadre d'une médecine de parcours reposant sur la coopération et la coordination de l'ensemble des professionnels de santé.

Le numérique est un atout précieux pour favoriser ces coopérations.

Le projet Plexus-OI a tiré parti des grandes orientations du pacte territoire santé et vise à transformer et améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé en leur permettant de disposer des informations nécessaires aux bonnes prises en charges.

Il repose, par ailleurs, sur une architecture technique solide pour laquelle la Fondation Père Favron a participé au choix et à la mise en œuvre.

Au regard de ses spécificités épidémiologiques, climatiques et populationnelles, La Réunion serait un territoire d'expérimentation très pertinent.

Le projet Plexus-OI tire profit des nombreuses applications potentielles du numérique dans le domaine de la santé pour proposer des services nouveaux aux acteurs concernés (professionnels de santé, patients...) et favorise l'émergence des outils en lien avec l'évolution des pratiques et des technologies.

Le projet Plexus-OI structure dès aujourd'hui les fondations de la médecine de demain qui sera une médecine de réseau.

Je sais compter sur votre détermination et vous prie de croire à mon total soutien à ce projet innovant générateur de nouvelles performances.

Veuillez agréer, Madame la directrice générale, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le Directeur Général,  
Christian BONNEAU

Fondation reconnue d'utilité publique par décret du 20.08.1997

Direction générale - BP 384 - 97456 Saint-Pierre Cedex

☎ 0262.96 26 36 - FAX 0262.96 26 49

del@favron.org - <http://www.favron.org>

Foyer Albert Barbot (Pôle Handicap et insertion - Pôle Handicap et Dépendance)

Institut Médico-Social "Charles Nautier" - Institut Médico-Social "Raphaël Babet"

Foyer Maille Postavin - Pôle médico-social "Wilfride de Comoret" - E.H.P.A.D. « Les Lotaniers » - E.H.P.A.D. « Les Aînés »  
Pôle gérontologique "Roger André" (E.H.P.A.D. Bois d'Olivier) - E.H.P.A.D. de Bras-Long - E.H.P.A.D. de Rivine Blanche)



## 6.2.20 Fédération des Réseaux Océan Indien



Saint-Denis, le 28/02/2014

Agence de santé Océan Indien  
A l'attention de Mme Chantal de SINGLY  
Directrice générale  
2 Bis, avenue Georges Brassens CS 6 0050  
97 408 SAINT-DENIS CEDEX 09

**Objet :** Lettre d'orientation de la Fédération des réseaux de santé OI

Madame la Directrice,

La Stratégie nationale de santé (SNS) pointe qu'une des conditions de réussite est l'organisation des soins du patient dans un parcours de santé coordonné, dans lequel l'ensemble des professionnels de santé et du social coopèrent.

Pour cela le numérique est un atout pour favoriser ces coopérations professionnelles autour, en particulier, du patient chronique.

Le projet Plexus-OI, concernant l'organisation du territoire de santé numérique de La Réunion, vise à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, en leur permettant de disposer des informations nécessaires aux bonnes pratiques, au bon moment et de s'appuyer sur une coordination efficace pour une bonne prise en charge adaptée à chaque cas. Ceci devient possible grâce aux nombreuses applications potentielles du numérique dans le domaine de la santé pour proposer de nouveaux services aux patients et aux professionnels concernés.

Ce projet repose sur une architecture technique solide, portée par le GCS-TESTIS et choisie par divers acteurs représentant les structures de soins publiques et privées, les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, les réseaux de santé, le secteur médico-social et les usagers.

La pertinence du projet Plexus-OI est sous-tendue par les spécificités épidémiologiques, climatiques et populationnelles de La Réunion. La réalisation du projet dans un tel territoire d'expérimentation serait une réelle opportunité stratégique.

Ce projet est articulé autour d'un travail de réseau et de coordination en santé correspondant tout particulièrement à l'expertise des réseaux de santé.

Je sais compter, Madame, sur votre détermination pour faire aboutir ce projet générateur de nouvelles performances, très prometteur et fédérateur et je vous prie de croire à mon total soutien.

Je vous présente, Madame la Directrice, mes salutations les meilleures.

La Présidente, Muriel RODDIER

Copie à : M. Denis LERAT (DSI-ARS OI), M. Laurent BIEN (Administrateur TESTIS).

## 6.2.21 Réseau de santé Reucare



Saint-Denis, le 18/02/2014

Agence de santé Océan Indien  
A l'attention de Mme Chantal de SINGLY  
Directrice générale  
2 Bis, avenue Georges Brassens CS 6 0050  
97 408 SAINT-DENIS CEDEX 09

Objet : lettre d'intention de RéuCARE  
Réf. : MR/105/2014

Madame la Directrice,

La Stratégie nationale de santé (SNS) pointe qu'une des conditions de réussite est l'organisation des soins du patient dans un parcours de santé coordonné, dans lequel l'ensemble des professionnels de santé et du social coopèrent.  
Pour cela le numérique est un atout pour favoriser ces coopérations professionnelles autour, en particulier, du patient chronique.

Le projet Plexus-OI, concernant l'organisation du territoire de santé numérique de La Réunion, vise à améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, en leur permettant de disposer des informations nécessaires aux bonnes pratiques, au bon moment et de s'appuyer sur une coordination efficace pour une bonne prise en charge adaptée à chaque cas. Ceci devient possible grâce aux nombreuses applications potentielles du numérique dans le domaine de la santé pour proposer de nouveaux services aux patients et aux professionnels concernés.  
Ce projet repose sur une architecture technique solide, portée par le GCS-TESSIS et choisie par divers acteurs représentant les structures de soins publiques et privées, les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux, les réseaux de santé, le secteur médico-social et les usagers.

La pertinence du projet Plexus-OI est sous-tendue par les spécificités épidémiologiques, climatiques et populationnelles de La Réunion. La réalisation du projet dans un tel territoire d'expérimentation serait une réelle opportunité stratégique.

Ce projet est articulé autour d'un travail de réseau et de coordination en santé. RéuCARE est sollicité pour y contribuer activement, notamment en gérant la « plateforme de case management » coordonnant les services aux professionnels et aux patients.

Ce volet correspond à l'expertise de RéuCARE en la matière : amélioration des parcours de santé globale concernant le diabète, l'insuffisance rénale, les maladies cardiovasculaires ; ces pathologies représentant de graves fléaux pour notre région en termes de prévalence élevée, de coûts humains et thérapeutiques très dommageables.

RéuCARE a comme atouts de présider la fédération des réseaux de santé OI et de participer assidûment aux travaux du GCS-TESSIS. En outre, le réseau repose sur des médecins impliqués, notamment le Dr Dominique-Annie RIEMENS (MG, coordinatrice médicale) et le Dr Xavier DEBUSSCHE (PH endocrinologue-CHU, supervision réseau).

Je sais compter, Madame, sur votre détermination pour faire aboutir ce projet générateur de nouvelles performances, très prometteur et fédérateur et je vous prie de croire à mon total soutien.

Je vous présente, Madame la Directrice, mes salutations les meilleures.

Le Président, Jack PARAME

Copie à : M. Denis LERAT (DSI-ARS OI), M. Laurent BIEN (Administrateur TESSIS).

Réseau de coordination en prévention du risque cardiovasculaire et rénal sur toute l'île

97, rue Botsda Néles - 97 400 Saint-Denis - Tél 0262 2026 32 - Fax 0262 20 12 69 - Gem 0692 2986 02 - [reucare2@wanadoo.fr](mailto:reucare2@wanadoo.fr) - [www.reucare.org](http://www.reucare.org)

## 6.2.22 Prudence Créole – Groupe GENERALI



Direction Générale  
Tél. : 02 62 70 95 47 - Fax : 02 62 90 49 60  
Mail : [secretariat.direction@prudencecreole.rpm](mailto:secretariat.direction@prudencecreole.rpm)

ARS-01 (Agence Régionale de Santé)  
Attn: Mme de SINGLY, Directrice Générale  
2 bis, av. Georges Brassens  
CS 61002  
97743 Saint-Denis Cedex 9

Saint Denis de la Réunion, le 10 février 2014

Objet : Projet « Territoire de Soins Numérique »

Messieurs,

Nous faisons suite à notre réunion du 06/02/2014 au cours de laquelle vous nous avez présenté votre projet PLEXUS en vue de répondre à l'appel à projets lancé par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé dans le cadre de son programme « Territoire de Soins Numérique ».

Ce programme, en conformité avec les exigences de la Stratégie Nationale de Santé (SNS), vise à favoriser l'émergence de « territoires d'excellence » pilotes en matière d'usage du numérique au service de l'amélioration et de la modernisation du système de soins.

Les 5 projets qui seront retenus par le Ministère seront portés par les agences régionales de santé (ARS).

En tant qu'acteur de la chaîne des soins représentant environ 15% du marché de l'Assurance Complémentaire Santé à La Réunion, nous sommes directement concernés par un projet qui, en amont, nous permettrait d'accompagner nos assurés en les orientant au mieux dans leur parcours de santé tout en améliorant, en aval, la facture à notre charge.

C'est à ce titre que, par la présente, nous vous confirmons tout l'intérêt que la compagnie PRUDENCE CRÉOLE porte à votre projet PLEXUS pour un « Territoire de Soins Numérique » à La Réunion.

Aussi, dans l'attente de la suite à donner à nos premiers échanges, nous vous adressons tous nos vœux de réussite dans cette entreprise.



Société anonyme d'assurances I.A.R.D.T. au capital de 6 164 000 €  
Siège social : 32 Rue Alexis de Villeneuve - B.P. 301 - 97466 Saint-Denis cedex - Tél. : 02 62 70 95 00 - Fax : 02 62 20 05 02  
Entreprise privée régie par le Code des Assurances - Registre du Commerce : NE 72 B 59 - INSEE 310 863 139  
Société appartenant au groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026  
Site WEB : <http://www.prudencecreole.com>

## 6.2.23 Technopole de La Réunion



**Madame Chantal DE SINGLY**  
Directrice Générale  
**ARS OI**  
139, rue Jean Chatel  
BP 2030  
97488 SAINT-DENIS CEDEX

*Technor, le 14 février 2014*

*Réf : 20140214 ATR 048*

*Affaire suivie par : Elisabeth PEGUILLAN*

*Objet : Soutien du projet « Territoire de soins numériques » de L'ARS Océan Indien*

Madame la Directrice Générale,

La Technopole de La Réunion se joint à l'ensemble des partenaires impliqués pour apporter à l'Agence Régionale de Santé Océan Indien son soutien plein et entier, dans le cadre de sa réponse à l'appel à projets « Territoire de soins numériques ».

Le projet de L'ARS Océan Indien nous semble pertinent et réaliste au regard des bénéfices induits en termes d'amélioration du système global de santé et de l'excellence technologique de notre territoire, que démontrent pour exemple les startups innovantes de tous secteurs, issues chaque année de notre incubateur.

Outil de développement économique par l'innovation créé en 2001, acteur de la fertilisation croisée et de l'accompagnement de projets et d'entreprises innovantes, la Technopole de La Réunion vous propose sa contribution pour construire et déployer « un système d'information e-santé », en particulier sur la mise en relation et le développement des collaborations idoines avec le tissu industriel, force vive du réseau technopolitain.

Convaincus que La Réunion, déjà maintes fois terre d'expérimentation, « île laboratoire », dispose des compétences en réseau nécessaires à la réussite de ce projet ambitieux, nous accompagnerons votre démarche avec intérêt et enthousiasme.

Espérant que le projet régional que vous portez retiendra la meilleure attention,

Nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de nos meilleures salutations.

**Elisabeth PEGUILLAN**  
Directrice Générale



## 6.2.24 Association Réunionnaise des professionnels des TIC



A l'intention de Mme Chantal DE SINGLY  
Directrice Générale  
Agence de Santé de l'Océan Indien  
2 bis avenue Georges Brassens CS 81002  
97743 Saint-Denis Cédex 9

Saint Denis, Ile de la Réunion, le 12 Février 2014

A l'attention de Madame la Directrice Générale de l'ARS Océan Indien.

**Objet :** Appel candidature de La Réunion à l'appel à projets « Territoire de soins numériques »

Madame la Directrice Générale,

L'ARTIC (L'association des professionnels du numérique de la Réunion) a pris bonne note de l'appel à projets « Territoire de soins numériques » à destination des ARS. Cette initiative entre en résonance parfaite avec le plan de développement du numérique à la Réunion. L'e-santé représente en effet un des futurs relais de croissance de La Réunion numérique (avec le e-tourisme et l'e-agro-nutrition). Véritable relais des mesures gouvernementales dans la zone océan indien, l'ARTIC, grâce à sa position de leader du numérique à La Réunion accompagne déjà le développement de la filière à l'échelle régionale et internationale.

C'est donc avec un immense plaisir que l'ARTIC soutient le projet Plexus OI, porté par l'ARS Océan Indien et accompagné par tout l'écosystème de santé,

Outre son apport à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et à l'économie globale du système de santé, ce projet représente un véritable levier pour le développement des industriels de l'île et des talents TIC e-santé dont elle dispose déjà (Runware, oscadi, Isodom...).

Cela sera rendu possible grâce à la démarche innovante mise en place par Plexus OI. De plus, la coordination forte prônée tout au long de la démarche associée à des systèmes d'informations de santé modernes permettra la modernisation des soins sur le territoire.

Comptant sur votre détermination, veuillez accepter, Madame la Directrice Générale, l'expression de notre considération distinguée.

Manuel WARLOP  
Président de l'Artic



MIR5T - 3 rue Serge Yeard - Parc Technor - 97 490 Sainte Clotilde - [www.artic-assoc.org](http://www.artic-assoc.org)

## 6.2.25 IdeoSanté



**Mme Chantal DE SINGLY**  
Directrice générale de l'ARS O.I  
2 bis Av. Georges Brassens  
CS 60050  
97408 ST DENIS CEDEX 09

**Objet :** Lettre de soutien au projet PLEXUS Océan Indien

Madame La Directrice Générale,

Le partenariat étroit noué depuis 2008 avec le territoire de La Réunion – Mayotte nous a permis de construire avec le GCS TESIS et ses adhérents, une plateforme e-santé régionale solide et urbanisée avec les Systèmes d'Informations des acteurs de la Santé du territoire et les solutions et référentiels nationaux.

Le projet PLEXUS Océan Indien porté par votre agence, s'inscrit de manière cohérente avec les investissements et travaux déjà réalisés sur le territoire et constitue un formidable accélérateur d'une cible rationnelle, urbanisée et pleinement partagée avec l'ensemble des adhérents du GCS TESIS.

Dès aujourd'hui, IdeoSanté apporte tout son soutien à votre projet et se fera un plaisir de répondre à « l'appel d'offre MOE consortium » que vous publierez si votre candidature à l'appel à projet Territoire de soins numérique est retenue.

Veillez agréer, Madame La Directrice Générale, l'expression de mes sincères salutations.

A Dijon, le 6 janvier 2014.  
Omar Mrani  
Président Directeur Général  
IDEOSanté by IDOin

## 6.2.26 Bluelinea



**Agence Régionale de Santé - Océan Indien**  
**A l'attention de Madame Chantal de SINGLY**

**2 bis, avenue Georges Brassens  
CS 60050**

**Objet : *Projet Territoire de Santé Numérique***  
***Plexus OI***

**97 408 Saint Denis Cedex 09**

**Paris, le vendredi 28 février 2014**

Madame la Directrice,

Notre entreprise a développé un bouquet de services et des plateformes locales de coordination BlueHomeCare® dédiées au soutien ou maintien à domicile de personnes fragiles ou dépendantes. Aujourd'hui, nous suivons plus de 10.000 personnes à leur domicile et apportons notre savoir-faire à plus de 400 établissements de santé sur l'ensemble du territoire français.

Au regard de ces services destinés principalement à protéger les patients, assister les soignants et accompagner les aidants, nous avons su attirer l'attention de différentes institutions ou instances liées à ces sujets sanitaires et sociaux.

Dans ce contexte, nous sommes très heureux de vous apporter notre soutien dans le cadre de l'Appel à Projet « Territoire de Soins Numérique » auquel votre institution se porte candidate. Si votre candidature venait à être retenue, sachez que nous serons heureux de pouvoir contribuer à la fois directement mais aussi en sachant communiquer et transférer une partie de nos compétences, qui pourraient être nécessaires, aux autres partenaires présents au sein de l'équipe de ce projet.

Je suis persuadé que notre offre correspond en grande partie aux usages, services et contenus numériques innovants attendus à l'échelle d'une région telle que la vôtre.

Au sein d'une agglomération, d'un département ou d'une région, la plateforme locale de coordination BlueHomeCare® tient notamment le rôle d'un véritable sentinelle capable d'alerter aussi bien les acteurs du monde sanitaire que social.

Je me tiens à votre disposition pour toute question complémentaire.

Veuillez agréer, Madame la Directrice, l'expression de mes sincères salutations.

**Laurent LEVASSEUR**  
**Directeur Général**

## 6.2.27 Medecindirect



**AGENCE REGIONALE DE SANTE  
OCEAN INDIEN**

2 bis avenue Georges Brassens - CS 60050

97 408 Saint Denis Cedex 09

A l'attention de Madame Chantal de Singly

**Objet : Projet Territoire de santé numérique – Plexus OI**

Paris, le 28 Février 2014

Madame la Directrice,

Nous avons eu plusieurs échanges avec vos équipes concernant le projet Plexus OI que vous portez. Nous faisons suite à notre dossier adressé par mail le 13 dernier concernant les solutions que nous pouvons vous proposer de déployer dans le cadre de TSN.


Comme nous vous l'avons présenté, MédecinDirect a développé une expertise dans le télé-conseil médical. Présenté comme un complément et une alternative aux consultations traditionnelles de médecine, notamment dans les zones sous-médicalisées, notre service est d'ores et déjà proposé à plus de 500 000 bénéficiaires à travers l'offre de 10 complémentaires santé. Par ailleurs, nous avons signé une convention avec l'ARS d'Alsace qui permet à nos médecins d'expérimenter, dans certains cas, la notion de télémédecine auprès de nos bénéficiaires frontaliers.

Par ailleurs, MédecinDirect est chef de file du programme SYMPAD qui permet de suivre les constantes physiologiques des patients atteints de pathologies chroniques en pharmacie grâce à un ensemble de dispositifs communicants. SYMPAD fédère autour du patient chronique, l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins : Pharmacien, Médecin Traitant, Médecin Spécialiste et Médecins Conseils de la plateforme MédecinDirect. SYMPAD en Officine est un projet lauréat du premier appel à projet E-Santé dans le cadre des investissements d'avenir.

Enfin, MEDECIN DIRECT fait partie du consortium REVAD, une solution d'aide à l'autonomie et au maintien à domicile des personnes âgées développée en collaboration avec la société SANTECH.

Aussi, MEDECIN DIRECT dispose à ce jour de solides références lui permettant de soutenir activement votre candidature en contribuant à proposer ses services novateurs sur votre territoire.

Pour la bonne tenue de nos dossiers, je vous remercie de bien vouloir accuser réception de ce courrier.



Marc Guillemot, Co-Fondateur

MEDECINDIRECT, SAS AU CAPITAL DE 87 100 €, 1 CHEMIN DE SAULXIER, BAT 7 - 91 160 LONGJumeau  
BUREAUX PARISIENS : 50 QUAI LOUIS BLERIOT 75015 PARIS  
TEL : 01 64 54 09 52 – FAX : 09 81 70 53 60 / N° SIRET: 508 346 673 00025 – CODE APE : 70222



## 6.2.28 Docapost



ARS Océan Indien  
A l'attention de Madame Chantal de SINGLY  
Directrice Générale  
2 bis avenue Georges Brassens  
CS 61002  
97743 Saint-Denis Cedex 9

Charenton-le-Pont, le 20 février 2014.

Affaire suivie par :  
M. Jean-Marie DURAND

**Objet : Déclaration de soutien** au projet « Territoire de soins numérique » porté par l'ARS Océan Indien.

Madame La Directrice Générale,

Les différents échanges que nous avons pu avoir avec vos services nous ont permis d'appréhender pleinement la pertinence de votre projet Territoire de soins numérique (TSN).

Par la présente, nous tenons à **vous confirmer l'engagement total de DOCAPOST et du Groupe La Poste à soutenir votre candidature à l'appel à projets TSN pour en faire un projet lauréat.**

Nous souhaitons apporter à votre candidature et à votre projet tous nos savoir-faire, expertises et solutions à même de répondre à vos problématiques et enjeux.

**Nous ambitionnons également de vous accompagner dans la mise en œuvre opérationnelle de ce projet** en assurant le rôle de maître d'œuvre, d'industriel-intégrateur, d'opérateur de plateformes de services TSN et d'acteur de premier plan d'un consortium d'industriels et de fournisseurs de solutions Santé/e-Santé.

Le secteur de la Santé est devenu pour notre société, et pour le Groupe La Poste, un axe de développement stratégique.

Nous sommes ainsi devenus le premier hébergeur de données de santé en France, full-opérateur du Dossier Pharmaceutique pour le compte de l'Ordre des Pharmaciens, co-hébergeur du Dossier Médical Personnel (DMP), et opérateur de plateformes de services Santé et e-Santé **pour nos clients acteurs du monde de la Santé.**





Nous avons également mis en place une **stratégie de partenariats Santé** avec des acteurs clé et complémentaires à nos activités. Nous sommes prêts à élargir ces partenariats à des acteurs avec qui vous travaillez déjà.

Le territoire **Océan Indien** est un **territoire important pour DOCAPOST et Le Groupe La Poste** : DOCAPOST y dispose en effet d'un centre de production à la Réunion. Le Groupe La Poste y occupe une présence locale très importante avec plus de 2 150 collaborateurs (1 992 collaborateurs à la Réunion et 163 à Mayotte) et près de 120 points de contact (101 sur la Réunion et 17 sur Mayotte), et surtout, Le Groupe La Poste souhaite y déployer ses projets et services innovants relais de croissance pour le Groupe : en particulier ses nouvelles activités autour du rôle de Lien social et de proximité du facteur, la mise à disposition des solutions Hubmail Malleva à la Caisse Générale de Sécurité Sociale et à la CAF, etc.

Notre Groupe contribue également (avec les élus, les acteurs institutionnels, les acteurs publics ou privés locaux) au déploiement de projets régionaux innovant comme l'installation de Localéo à la mairie de saint Denis.

**DOCAPOST et le groupe La Poste peuvent ainsi accompagner au mieux l'ARS Océan Indien dans son projet** : co-construction de son offre TSN, accompagnement à sa mise en œuvre, présence locale et relais notamment vis-à-vis des acteurs TSN locaux.

Dans l'espoir que votre projet puisse être retenu comme lauréat du programme gouvernemental Territoire de soins numérique, je vous prie d'agréer, Madame La Directrice Générale, l'expression de ma plus haute considération.

*C'est avec beaucoup de fierté et de conviction  
que nous nous engageons à vos côtés.*

Muriel BARNEAUD  
Président



## 6.2.29 Synakene



1

12 Avenue Raspail

94250 GENTILLY

Tel: 09 73 87 24 21

Mail contact: [clebreton@synakene.fr](mailto:clebreton@synakene.fr)

Agence Régionale de Santé Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens – CS 61002

97 743 Saint Denis Cedex 9

A l'attention de Madame Chantal de Singly, Directrice Générale

Objet : Déclaration de soutien au projet Territoire de Soins Numérique porté par l'ARS Océan Indien.

Gentilly, le 20 Février 2014

Chère Madame la Directrice Générale,

Faisant référence aux échanges entre nos équipes respectives, nous souhaitons vous confirmer le vif intérêt de Synakene envers le projet de réponse à Territoire de Soins Numériques élaboré par l'ARS OI dont nous avons pu percevoir toute la pertinence.

Par la présente, nous vous confirmons tout le soutien et l'engagement de nos équipes et de notre société pour en faire un projet lauréat.

En effet le projet que vous portez s'inscrit dans notre stratégie et vision d'approcher les changements par filière santé en utilisant la formation interdisciplinaire des professionnels de santé et l'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage, comme levier d'accompagnement afin d'améliorer la fluidité des processus entre les acteurs de la chaîne de soins.

Cette vision de la e-formation, de sa pédagogie, de ses modalités de e-learning avancées et numériques, nous la partageons entre autre avec des experts santé comme l'Agence de Biomédecine qui ont manifesté leur intérêt pour cette approche transversale. Nous sommes prêts à mobiliser nos réseaux afin d'amener l'apport d'experts locaux ou nationaux dans les aires thérapeutiques cibles de votre projet et de votre région et traduire cela en formations numériques pertinentes et engageantes. *En référence – notre offre dédiée en e-learning.*

Conscients de l'enjeu de votre projet et de celui des TSN, nous sommes prêts à nous engager pour que celui-ci soit une parfaite réussite et répondrons avec plaisir à l'appel d'offres que vous publierez au terme de votre sélection. Nous souhaitons à votre projet tout le succès mérité et je vous prie d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de ma plus haute considération.

Bien cordialement,

Christine Lebreton, gérante Synakene

---

Synakene, 12 avenue Raspail, 94250 Gentilly

R.C.S Créteil B 3939 217 13 – Organisme de formation n° déclaration 119 20777 192

## 6.2.30 Orange Réunion



Direction Orange Réunion Mayotte  
Agence Entreprises Réunion Mayotte

Agence Régionale de Santé Océan Indien

A l'attention de  
Madame Chantal de Cingly  
2 bis, av Georges Brassens CS 81002  
97743 Saint-Denis Cedex 8

Saint-Denis de La Réunion, le 4/02/2014

Madame la Directrice Générale,

Faisant suite à votre réunion avec M. Thierry Zylberberg, Directeur de la Division Santé Orange, et aux échanges entre nos équipes respectives, nous souhaitons par le présent courrier vous confirmer le vif intérêt d'Orange envers le projet de réponse à Territoire de Soins Numérique élaboré par l'ARS OI.

En effet, le projet que vous portez vient s'inscrire dans l'axe de la stratégie que nous développons depuis 10 ans, sous tendu par la conviction que la médecine de demain sera une médecine de réseau pour laquelle la gestion de l'information est un enjeu capital.

Ainsi, en réponse aux consultations que vous déciderez d'émettre, et en fonction du cadrage général du projet TSN, nous mobiliserons des compétences, des savoirs-faires et des retours d'expériences riches et variés, au service du succès de votre projet.

En effet Orange est en capacité d'apporter des solutions sur plusieurs domaines : Mobilité, Plateforme de Télé-surveillance et de Suivi, Portails, Pack Santé, et solutions collaboratives, cf. annexe.

Au-delà de ces domaines aujourd'hui identifiés, nous restons à l'écoute des évolutions de votre projet dans l'objectif de pouvoir mobiliser d'autres compétences, à la mesure des besoins.

En effet, c'est certainement cette richesse de compétences et les nombreux retours d'expériences qui constituent les principaux points forts d'Orange pour contribuer au succès d'un projet d'ampleur tel que « Territoire de Soins Numérique ».

La pérennité d'Orange, mais aussi notre implication à La Réunion avec 1000 salariés implantés localement, une direction technique, et une agence entreprises assurant la coordination avec les équipes Groupe constituent les autres forces d'Orange au service de votre projet.

Soyez assurée, Madame la Directrice Générale, de notre engagement au service de vos projets, et recevez l'expression de nos respectueuses salutations.

Eric BOUQUILLON  
Directeur Orange Réunion Mayotte

Bruno HELFFRE  
Directeur Agence Entreprises Réunion Mayotte

## 6.3 LETTRE DE MISSION POUR LA CREATION D'UNE CELLULE REGIONALE D'IDENTITO-VIGILANCE





Affaire suivie par : Direction générale  
Direction des systèmes d'information  
Téléphone : 02 62 93 95 15  
Télécopie : 02 62 97 97 18

La Directrice Générale  
à  
Madame le Docteur Marie-France Angelini-  
Tibert

Saint-Denis le 19 décembre 2013

**Objet :** Lettre de mission relative à la mise en place d'une coordination régionale d'identitovigilance

Docteur

Des erreurs d'identité surviennent au quotidien dans tous les établissements de santé. Les risques liés à ces erreurs sont souvent récupérés avant de produire un accident et sans conséquences graves. La récente enquête nationale des erreurs d'identité en phase pré-transfusionnelle indique la fréquence de ces erreurs : 711 erreurs / 24 heures, pour la seule phase pré-transfusionnelle (immuno-hématologie et prescription de produits sanguins labiles).

La prévention d'un risque repose avant tout sur une perception et une connaissance partagées de celui-ci. C'est dire l'importance pour la sécurité de la sensibilisation et de la formation de chacun, car les seules mesures techniques ne suffiront jamais à assurer une sécurité optimale. Mettre en œuvre une réelle politique d'identification préserve l'intérêt de tous : patient, professionnels de santé de tous secteurs et parcours de soins, institution et ses partenaires.

Suite aux publications de la HAS de mars 2012 concernant la sécurité des patients ainsi qu'à la mise en œuvre de projet régionaux de mutualisation et d'échange de données (Fil rouge, télémédecine...), j'ai pris la décision de vous confier la mission de coordonner régionalement les travaux d'identitovigilance. Je vous saurai gré de m'adresser, d'ici mi-décembre, une proposition de lettre de cadrage de votre mission qui tienne compte des points énumérés ci-après.

**1) CONTEXTE DE LA MISSION**

- La réduction des erreurs et risques liés à l'identification des patients pris en charge est un enjeu majeur en gestion des risques associés aux soins.
- La continuité, la sécurité et la qualité des soins exigent de pouvoir identifier avec certitude, constance et fidélité, un patient dans tous les systèmes d'information des professionnels impliqués dans sa prise en charge.

Il est maintenant indispensable de fiabiliser le partage et l'échange des données d'un patient. Il faut passer de l'identité administrative à but de facturation à une culture d'identification clinique. C'est-à-dire, positionner la définition de l'identité du patient comme la première étape de l'acte de soins.



Agence de Santé Océan Indien  
3 bis, av. Georges Brassens - CS 80000 - 97408 Saint-Denis Océan 09  
Tél : 0262 97 90 07  
www.ars.oceanindien.sama.fr

## 2) CADRE D'INTERVENTION ET OBJECTIFS DE LA MISSION

La mission, qui couvre le périmètre des établissements de santé publics et privés de La Réunion et de Mayotte, a pour objet la création d'un collège des « identitovigilants » qui permettra, d'une part, d'harmoniser les pratiques et, d'autre part, de garantir la sécurité de l'identification des patients dans la chaîne de soins et, enfin, la constitution d'un annuaire patient régional qui garantira que l'information concernant le bon patient est délivrée au bon professionnel de santé au bon moment pour la sécurité de sa prise en charge.

## 3) ENVIRONNEMENT HUMAIN ET MATÉRIEL

La direction des systèmes d'information de l'ARS OI et le GSC Tésis seront chargés de vous apporter leur concours.

Dans le respect des règles de confidentialité, il vous est demandé, en lien avec les délégations d'Îles de Mayotte et de La Réunion :

- au sein de chaque établissement :
  - de promouvoir la création de cellules d'identitovigilance
  - de veiller à la mise en œuvre d'une autorité de gestion des identifications
- au niveau régional
  - de mettre en place une cellule de coordination régionale
  - de veiller à l'harmonisation des pratiques

La présente lettre de mission est établie pour une durée de 36 mois à compter de sa date de signature.

Vous remerciant de votre implication, je vous assure, Docteur, de mon soutien pour la réalisation de cette mission

La Directrice Générale de  
l'Agence de Santé Océan Indien

Le Directeur général Adjoint  
**Nicolas DURAND**

## 6.4 CONVENTION CHU URMLOI



### Convention-cadre entre le CHU et l'Université (UFR Santé) de La Réunion et l'URPS des médecins libéraux de l'Océan Indien (URMLOI)

La création du CHU de La Réunion constitue une opportunité d'approfondissement des relations avec les médecins libéraux dans une logique d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge curative et préventive de la population de l'océan indien. La convention avec l'Université et l'apport particulier de l'UFR Santé permettent à ces relations de désormais se structurer autour des trois missions essentielles :

- Le soin ;
- L'enseignement ;
- La recherche.

Cette ouverture renforcée du nouvel établissement vers la médecine de ville se traduit d'ores et déjà par la participation d'un représentant des médecins libéraux au sein du Conseil de surveillance du CHU. Les partenaires à la présente convention-cadre souhaitent aller plus loin dans ce mouvement afin d'établir le cadre d'un dialogue permanent indispensable à la constitution progressive d'une Communauté Océan Indien Médecine libérale – CHU.

Le renforcement de cette articulation entre le CHU et l'*Union Régionale des Professions de Santé-Union Régionale des Médecins Libéraux de l'Océan Indien (URMLOI)* s'inscrit naturellement dans le cadre des orientations tracées par le Projet régional de santé établi par l'Agence de santé de l'Océan Indien. L'UFR Santé de l'Université de La Réunion s'associe étroitement à cette démarche dans le cadre de ses missions d'enseignement et de recherche en santé, et le Président de l'URPS des médecins de l'Océan Indien (URMLOI) en tant que membre du Conseil de l'UFR Santé

#### Article 1<sup>er</sup>

Le CHU, l'UFR Santé agissant pour l'Université de La Réunion et l'URPS constituent une instance de coordination composée de 14 membres (6 désignés par le CHU, 2 désignés par l'UFR Santé et 6 désignés par l'URPS). Pour le CHU, siègent à l'instance de coordination le directeur général de l'établissement, le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement, le vice-président du directoire chargé de la recherche ainsi que deux membres élus par la commission médicale d'établissement du CHU. Pour l'UFR Santé : le doyen ou son représentant et le directeur du département de médecine générale.



ED 1

## 6.5 CONVENTION CHU RSPS INFIRMIERS



### **Convention-cadre entre le CHU et l'Université de La Réunion (UFR Santé) et l'URPS - Infirmiers libéraux Océan Indien**

La création du CHU de La Réunion constitue une opportunité d'approfondissement des relations avec les professionnels libéraux dans une logique d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge curative et préventive de la population de l'océan Indien. La convention avec l'Université et l'apport particulier de l'UFR Santé permettent à ces relations de désormais se structurer autour des trois missions essentielles :

- Le soin ;
- L'enseignement ;
- La recherche.

Cette ouverture renforcée du nouvel établissement vers les professionnels de ville se traduit d'ores et déjà par de nombreuses actions. Les partenaires à la présente convention-cadre souhaitent aller plus loin dans ce mouvement afin d'établir le cadre d'un dialogue permanent indispensable à la constitution progressive d'une Communauté Océan Indien entre les professionnels infirmiers libéraux et le nouveau CHU.

Le renforcement de cette articulation entre le CHU et l'URPS infirmiers libéraux OI s'inscrit naturellement dans le cadre des orientations tracées par le Projet régional de santé établi par l'Agence de santé de l'Océan Indien. L'UFR Santé de l'Université de La Réunion s'associe étroitement à cette démarche dans le cadre de ses missions d'enseignement et de recherche en santé.

#### **Article 1er**

Le CHU et l'URPS constituent une instance de coordination composée de 17 membres (8 désignés par le CHU et l'URPS et 1 par l'UFR Santé). Pour le CHU, siègent à l'instance de coordination le directeur général de l'établissement, le président et le vice-président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CHU, le vice-président du directoire chargé de la recherche, deux cadres santé chargés du parcours du patient ainsi que deux membres élus par la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CHU. Pour l'UFR Santé : le doyen ou son représentant participent également aux travaux de cette instance.





Cette instance se réunit au moins trois fois par an. Le secrétariat de cette instance est assuré alternativement par le CHU et l'URPS. Le Directeur général de l'Agence de santé de l'Océan Indien est invité aux sessions de l'instance de coordination.

### **Article 2**

Le CHU et l'URPS élaborent un « programme d'engagements qualité » permettant de faciliter les relations entre professionnels au service de l'amélioration de la prise en charge des patients dans une logique de continuité de leurs parcours en santé. Ce programme, construit en la forme d'une liste d'au plus dix objectifs et indicateurs opérationnels, est établi avant la fin du premier semestre 2014 et fait l'objet d'un suivi annuel à l'occasion de la réunion de l'instance de coordination.

### **Article 3**

Dans le cadre des orientations tracées par le PRS Océan Indien, le CHU et l'URPS s'engagent conjointement et coordonnent leurs actions pour le renforcement des efforts de prévention en santé. Ils élaborent un programme d'actions, ouvertes aux autres acteurs de la santé, susceptibles d'être proposées à l'Agence de santé de l'Océan Indien dans le cadre du fonds d'intervention régional.

### **Article 4**

L'URPS est associée aux missions d'enseignement et de recherche conduites par le CHU de La Réunion et l'UFR santé. Les partenaires conduisent des actions communes d'enseignement et de recherche notamment dans le cadre des priorités établies par le PRS Océan Indien. Pour soutenir ces programmes conjoints et dans le cadre de sa démarche résolue de développement de la recherche en soins, le CHU facilitera l'accès des porteurs de projet à son plateau technique de recherche. L'UFR Santé favorisera aussi l'accès à ses outils et à ses locaux d'enseignement et de recherche.

### **Article 5**

Le CHU et l'UFR Santé associent l'URPS aux actions de coopération Océan Indien mises en œuvre dans le cadre de la stratégie établie par l'Agence de santé de l'Océan Indien. Cette association porte sur les actions de coopération déployées en matière de soin, de prévention en santé, d'enseignement et de recherche.

### Article 6

Le résultat des travaux de l'Instance fait l'objet d'une présentation annuelle suivie d'un débat devant le Conseil de surveillance, la Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CHU et devant le Conseil de l'UFR Santé.

A Saint-Denis, le 20 janvier 2014

Le Président de l'Université de la  
Réunion

La Présidente du Conseil de Surveillance  
du CHU

Le Directeur général du CHU

Le Président de l'URPS-  
Infirmiers libéraux Océan Indien

Le Doyen de l'UFR santé

Le Président de la Commission de soins  
infirmiers, de rééducation et médico-  
techniques du CHU

## 6.6 ANALYSE SWOT DETAILLÉE

FORCES		FAIBLESSES	
<p>Le principe d'une solution <u>réplicable</u>, robuste et interopérable a été d'ores et déjà intégré, par construction, sur le socle technique de la plateforme existante</p>	<p>Le socle technique de la plateforme est déployé sur 14 régions et la plateforme de télé-médecine a été répliquée sur 11 régions</p> <p>Il est par ailleurs fortement urbanisé et interopérable : des services métiers ont été intégrés et sécurisés, en lien avec des référentiels du système</p>	<p>Le surcoût du projet PLEXUS dû fait de l'éloignement de l'île de la réunion</p>	<p>L'absence sur le territoire des structures industrielles TIC de taille suffisante pour porter le projet (et en assurer l'intégration) suppose de s'appuyer sur des sociétés présentes en métropole</p> <p>L'effort à engager pour identifier le projet sur la place internationale est de ce fait plus important</p>
<p>Des acteurs de la prise en charge mobilisée (Professionnels, et financeurs) et une ARS fortement sensibilisée sur l'apport (la place?) des TIC dans les enjeux de Santé et le développement des parcours</p>	<p>Les bénéfices d'une démarche de mutualisation des SI a déjà fait ses preuves par l'avènement du <u>datacenter</u> mis en place par le GCS, tant du point de vue financier que qualitatif. Le GCS et l'ARS poursuivent cette démarche de sensibilisation qui consolide la pertinence du projet PLEXUS.</p> <p>Forte cohérence des objectifs PRS, PSIT, SDSI TESIS et CPOM</p> <p>Les contrats d'objectifs qui intègrent des financements sur les S.I qui consolideront le dispositif d'intermédiation de la plateforme</p> <p>Les compétences SI sont présentes à chaque échelon (ex: 3 chargés de mission SI à l'ARS)</p> <p>Un paiement à l'usage déjà mis en place pour les services déployés témoigne de l'intérêt de mutualiser des initiatives SI et illustre le niveau de maturité des partenaires sur les alternatives possibles de financement des services PLEXUS.</p>	<p>Besoin de consolider les données épidémiologiques</p>	<p>Si le constat sur la prévalence des filières sanitaires retenues est établi et suivi, un effort doit être réalisé sur l'analyse des causes et la mesure des effets des actions Santé.</p>

OPPORTUNITÉS	
Il existe un potentiel de mutualisation des ressources identifié et déjà partiellement organisé	Le choix réalisé pour la construction du socle technique a permis et permet de bénéficier des réalisations communes à 14 régions et un « club utilisateur » est en place.
L'île de la réunion peut faciliter l'accès au marché de l'Océan Indien	L'île de la réunion est une vitrine pour l'Océan Indien dû fait des coopérations existantes  La technopole Réunionnaise est un partenaire actif incubateur d'entreprises locales dans le domaine de l'e-santé notamment.
Le projet PLEXUS permet de relayer la stratégie d'investissements mise en œuvre dans le domaine de l'épidémiologie et de la recherche clinique	Le projet PLEXUS est en ligne avec les 3 axes de recherche jugés prioritaires par le CHU de l'Océan Indien (périnatalité, maladies infectieuses et maladies du métabolisme.)  Des bénéfices attendus compte tenu des risques épidémiologiques avérés.

MENACES	
Le projet pourrait être confronté à des freins au changement, observés sur le terrain malgré l'implication des chefs de file mobilisés	Changement trop profond des habitudes et de l'organisation des acteurs de Santé
Une incompréhension sur le choix officiel de limiter le projet PLEXUS, pour répondre aux critères TSN, à une partie du territoire réunionnais	Pour répondre aux exigences de l'appel à projet TSN, la candidature porte sur une partie du territoire. Sur le bassin de santé Plexus OI, 3 établissements représentent la totalité de l'offre de soins exception faite de l'hospitalisation à domicile. Le déploiement du projet pourrait par conséquent potentiellement et rapidement dépasser dans la réalité le seuil fixé dans l'appel à projet.
Les limites d'une démarche d'élaboration d'une solution mutualisée	Lorsque la solution sera déployée, l'île de La Réunion sera tributaire des arbitrages réalisés par les industriels, en accord avec la communauté des utilisateurs dont elle fera partie. Des développements spécifiques pourraient être envisagés entraînant : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des forks diminuant l'intérêt de la mutualisation (coûts de maintenance spécifiques par exemple, hétérogénéités techniques/fonctionnelles compliquant toute évolution, etc...)</li> <li>- La mise en œuvre de solutions alternatives complétant le dispositif mais non intégrées</li> <li>- Une réponse partielle (générale) au besoin (spécifique)</li> </ul>

## 6.7 BUDGET PREVISIONNEL DETAILLE ET PLAN DE FINANCEMENT

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
<b>Pilotage &amp; Expertise</b>	2 911	3 079	99%	2 869	210	
Chef de Projet MOAs	210	210	0%	-	210	
Chef de Projet MOAo	0	0	100%	0	-	
Directeur de Projet	336	336	100%	336	-	
Pilotage profil senior	855	928	100%	928	-	
Pilotage profil senior	630	684	100%	684	-	
Pilotage profil junior	315	342	100%	342	-	
Expertise CP GCS TESIS	180	180	100%	180	-	
Economiste de la Santé	150	150	100%	150	-	

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
Instances médicales (10 médecins)	60	60	100%	60	-	
Outil de pilotage fédérateur	175	90	100%	90	-	
<b>Communication Stratégique</b>	<b>2 206</b>	<b>2 393</b>	<b>109%</b>	<b>2 393</b>	<b>-</b>	
<b>Communication</b>						
<i>Production outils de com</i>	80	87	100%	87	-	
<i>Production outils conduite du changement</i>	70	76	100%	76	-	
<i>Animation du projet , Organisation de seminaires</i>	50	54	100%	54	-	
<i>Etudes/ evaluation/ focus groupe</i>	30	33	100%	33	-	
<i>Plan media</i>	450	488	100%	488	-	
<i>Campagne terrain</i>	200	217	100%	217	-	
<b>Conduite du changement</b>			100%	-	-	

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
<i>Expertise conduite du changement</i>	270	293	100%	293	-	
<i>Action de conduite du changement auprès des structures</i>	223	242	100%	242	-	
<i>Action de conduite du changement auprès des Professionnels &amp; partenaires</i>	153	166	100%	166	-	
<b>Formation</b>			100%	-	-	
<i>formation et participation à des évènements</i>	440	477	100%	477	-	
<i>logistique formation (dont réservation de salle)</i>	240	260	100%	260	-	
<b>Cadrage &amp; Kick Off</b>	380	412	23%	87	326	
Cadrage PMP & animation de séminaire	80	87	100%	87	-	
Participation Consortium	00	326	0%	-	326	Consortium
<b>Adaptation et enrichissement du socle</b>	3 230	3 479	88%	2 854	626	
<b>Interfaces - Connecteurs</b>	-	-	100%	-	-	
Services éditiques	40	43	100%	43	-	

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
Services mobilités multi-canal	15	16	100%	16	-	
Connecteurs SIH	60	174	100%	174	-	
Connecteurs LGC	100	109	100%	109	-	
<b>HotLine &amp; Support PS/Utilisateurs</b>	200	17	100%	217	-	
<b>E-learning</b>	-	-	100%	-	-	
Accès espace WEB & fonctions WEB2.0	30	33	100%	33	-	
Serveur de contenu	60	65	100%	65	-	
intégration d'une brique e-learning	25	27	100%	27	-	
<b>E-prescription - Connexion DP</b>	-	-	100%	-	-	
- <i>la e-prescription de sortie d'établissement</i>	1 600	1 736	95%	1 519	217	CNOP
- <i>L'alimentation du DP dans le cadre des chimiothérapies</i>	500	543	87%	434	109	CNOP
<b>Enrichissement des référentiels - Régineiring de processus sur la gestion des ressources</b>	50	54	100%	54	-	
<b>Compléments bases patients</b>	-	-	100%	-	-	



Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
Cellule identito-vigilance	300	300	0%	-	300	ARS
Déploiement DMP compatibilité (Structure ES + Libéraux)	150	163	100%	163	-	
<b>Pack Sérénité Libéraux</b>	<b>5 138</b>	<b>5 574</b>	<b>93 %</b>	<b>5 214</b>	<b>360</b>	
- <i>la e-prescription ville</i>	1 600	1 736	95%	1 519	217	CNOP
- <i>l'accès au DP pour des médecins généralistes et/ou spécialistes</i>	750	814	89%	671	143	CNOP
<i>Développement des services et intégration des services externes dans le poste virtuel unifié du PS</i>						
<i>Module de sécurisation des accès via CPS (certificat embarqué a priori)</i>						
<b>Développement SCRUM</b>						
<i>Locaux</i>	38	41	100%	41	-	
<i>Equipe médicale intervenants aux ateliers</i>	50	54	100%	54	-	
<i>Développement</i>	2 700	2 930	100%	2 930	-	
<b>Datamining &amp; Open Data</b>	<b>3 020</b>	<b>3 250</b>	<b>97%</b>	<b>3 169</b>	<b>81</b>	

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
- <i>les statistiques épidémiologiques DP</i>	350	380	85%	298	81	CNOP
<i>Mis en place de l'environnement (physique, univers, interface requêtes lourd et simple)</i>	500	543	100%	543	-	
<i>Interfaces - flux extraction, anonymisation et intégration dans le modèle pour analyse multidimensionnelle (OLAP)</i>						
<i>SNIIRAM</i>	350	380	100%	380	-	
<i>DP</i>	100	109	100%	109	-	
<i>Consolidation SIH (CHU et CLINIFUTUR)</i>	200	217	100%	217	-	
<i>SRVAS (RPU)</i>	50	54	100%	54	-	
<i>Cellule administration du gisement de donnée</i>						
<i>ressource interne</i>	315	315	100%	315	-	
<i>ressources externes (prestations)</i>	1 155	1 253	100%	1 253	-	

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
<b>Plateforme de case Management</b>	1 495	1 509	100%	1 509	-	
<i>Personnel</i>	1 325	1 325	100%	1 325	-	
<i>Installation PTF</i>	50	54	100%	54	-	
<i>TCO poste</i>	120	130	100%	130	-	
<b>Portail Professionnel</b>	140	152	100%	152	-	
<i>Intégration ergonomie/structuration du portail professionnel</i>	40	43	100%	43	-	
<i>Portabilité des applications sous smartphone</i>	100	109	100%	109	-	
<b>Portail Patient/Usager</b>	490	532	85%	456	76	
- <i>le carnet vaccinal</i>	350	380	87%	304	76	CNOP
<i>Portabilité des applications sous smartphone</i>	100	109	100%	109	-	

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
<i>Intégration ergonomie/structuration du portail Patient/usager</i>	40	43	100%	43	-	
<b>Développement des usages</b>	6 370	6 881	93%	6 438	442	
<i>Amélioration du parcours des filières</i>	2 290	2 485	92%	2 282	203	
Diabète			92%	-	-	
IRC			92%	-	-	
ICC			92%	-	-	
AVC			92%	-	-	
<i>Epidémiologie &amp; Veille sanitaire</i>	429	466	92%	428	38	
Diabète			92%	-	-	
IRC			92%	-	-	
ICC			92%	-	-	
AVC			92%	-	-	

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
<i>Recherche clinique &amp; médico-économique</i>	859	932	92%	856	76	
Diabète			92%	-	-	
IRC			92%	-	-	
ICC			92%	-	-	
AVC			92%	-	-	
<i>Services aux professionnels de santé</i>	573	621	92%	570	51	
Diabète	-	-	92%	-	-	
IRC	-	-	92%	-	-	
ICC	-	-	92%	-	-	
AVC	-	-	92%	-	-	
<i>Services aux patients / usagers</i>	573	621	92%	570	51	
<i>Case Management</i>	286	286	92%	263	23	
<b><i>Développement de contenu E-learning (serious game, contenus...)</i></b>				-	-	

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
<i>Gestion de projet et Ingénierie pédagogique</i>	30	33	100%	33	-	
<i>Création de contenu</i>				-	-	
<i>E--learning standard</i>	150	163	100%	163	-	
<i>Serious Game</i>	750	814	100%	814	-	
<i>Mini-module, vidéo, jeux</i>	150	163	100%	163	-	
<i>Equipe mobile de dépistage</i>	80	80	100%	80	-	
<i>Equipe mobile de dépistage</i>	150	163	100%	163	-	
<i>Entretien + assurance + essence</i>	50	54	100%	54	-	
<i>Equipes Mobiles (Education thérapeutique)</i>	-	-	100%	-	-	
<b>Bilan &amp; Capitalisation</b>	84	91	100%	91	-	
	84	91	100%	91	-	
<b>Mesure &amp; Evaluation</b>	850	910	102%	865	45	
Focus group, analyse spécifiques issus du data mining et interfaces/extractions spécifique, colloques dédiés, synthèse) - valorisé à 1,5 ETP hors Economiste de la santé						

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
Appui TESIS-ARS						
Focus group, analyse spécifiques - interne	150	150	70%	105	45	GCS TESIS & CHU?
Focus group, analyse spécifiques - prestataire	700	760	100%	760	-	
<b>Appui Juridique</b>	150	163	100%	163	-	
Assistance juridique sujets en lien avec le développement des usages & le décret confidentialité	150	163	100%	163	-	
<b>Coûts annexes (exploitation PLEXUS, Abonntt réseau, affranchissement...)</b>	4 328	4 696	49%	2 105	2 591	
Surcoût exploitation DataCenter (mise en exploitation)	300	326	70%	228	98	GCS TESIS & CHU?
Surcoût exploitation DataCenter (exploitation)	200	217	70%	140	77	
Coût exploitation DataCenter	1 150	1 248	0%	-	1 248	GCS TESIS
Impression & affranchissement courrier (façon industriel via les services éditiques)	200	217	70%	140	77	
<b>surcoût locaux GCS</b>						

Phase	Coût total K€ HT	Coût total K€ TTC	%TSN	Part TSN (K€ TTC)	Hors TSN (K€ TTC)	Financeurs HORS TSN
extension des locaux et services (déménagement nécessaire)	300	326	70%	228	98	GCS TESIS
aménagement des postes (15 postes )	60	65	70%	46	20	GCS TESIS
coût loyer actuel	240	260	0%	-	260	GCS TESIS
<b>Abonnement réseau (augmentation de débit et service)</b>	150	163	70%	114	49	GCS TESIS
<i>Abonnement groupé pour les accès internet pack sérénité</i>	1 728	1 875	70%	1 210	665	Abonnement ML/IL
<b>TOTAL</b>	30 792	33 121		28 364	4 757	



## 7 GLOSSAIRE

<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ALD</b>	Affection Longue Durée
<b>AM</b>	Assurance Maladie
<b>AMOA</b>	Assistance à Maitrise d'Ouvrage
<b>ANAES</b>	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
<b>ANAP</b>	Agence Nationale d'Appui à la Performance
<b>ARAR</b>	Association Réunionnaise pour l'Assistance Respiratoire
<b>ASALEE</b>	Action de Santé Libérale En Equipe
<b>ASDR</b>	Association de Soins à Domicile de La Réunion
<b>AURAR</b>	Association Utilisation Rein Artificiel à La Réunion
<b>AVC</b>	Accident vasculaire cérébral
<b>B2B</b>	Business 2 Business
<b>B2C</b>	Business 2 Client
<b>BAL</b>	Boîte Aux Lettre
<b>BRGM</b>	Bureau de Recherches Géologiques et Minières
<b>CAMSP</b>	centres d'actions médico-sociales précoces
<b>CEAP</b>	Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles
<b>CGSS</b>	Caisse Générale de Sécurité Sociale
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CIRAD</b>	Centre de coopération International en Recherche Agronomique pour le Développement
<b>CIRE</b>	Cellule Interrégionale d'Epidémiologie
<b>CISS OI</b>	Collectif Interassociatif sur la Santé
<b>CMPP</b>	Centre médico psycho pédagogique
<b>CNAMTS</b>	Caisse Nationale des Travailleurs Salariés
<b>CNRS</b>	Centre National de la Recherche Scientifique
<b>COTER</b>	COmité TEchnique Régional
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPS</b>	Carte de Professionnel de Santé
<b>CRF</b>	Centre de Rééducation Fonctionnel
<b>CRIRC</b>	Comité Régional sur l'Insuffisance Reinale Chronique
<b>CRM</b>	Customer Relationship Management
<b>DALY</b>	Disability-Adjusted Life Year DALY est le seul indicateur quantitatif, (exprimé en années) du fardeau réel d'une maladie donnée. Il reflète, sur une période de temps donnée la somme totale des années de bonne santé perdues (pour cause d'invalidité ou de mort prématurée)
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Offre de Soins
<b>DICOM</b>	Digital imaging and communications in medicine
<b>DJSCS</b>	Direction de la Jeunesse et de Sport et de la Cohésion Sociale

<b>ARS</b>	<b>Agence Régionale de Santé</b>
<b>DMP</b>	Dossier Médical Personnel
<b>DOM</b>	Département Outre-Mer
<b>DP</b>	Dossier Pharmaceutique
<b>DPC</b>	Développement Professionnel Continu
<b>DSIO</b>	Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation
<b>EHESP</b>	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
<b>EHPA</b>	Etablissement Hébergement pour Personnes Agées
<b>EHPAD</b>	Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
<b>EM</b>	Equipe Mobile
<b>ENTRED</b>	Échantillon National Témoin Représentatif des Personnes Diabétiques
<b>ES</b>	Etablissement de Santé
<b>ESAT</b>	Etablissement et services d'aide par le travail
<b>ETP</b>	Education Thérapeutique du Patient
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil Médicalisé
<b>FHF</b>	Fédération Hospitalière de France
<b>FHP</b>	Fédération des cliniques et Hôpitaux Privés de France
<b>GCS</b>	Groupement de Coopération Sanitaire
<b>GMPSOI</b>	Groupement des Maisons et Pôle de Santé de l'Océan Indien
<b>GRC</b>	Gestionnaire de Relation Client
<b>HAD</b>	Hospitalisation à Domicile
<b>HT</b>	Hors-Taxe
<b>ICC</b>	Insuffisance cardiaque chronique
<b>IES</b>	Institut d'Education Spécialisé
<b>IFREMER</b>	Institut Français de Recherche pour l'Exploitation de la Mer
<b>IGSS</b>	Inspection Générale de la Sécurité Sociale
<b>IME</b>	Institut médico éducatif
<b>INSERM</b>	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
<b>InVS</b>	Institut national de Veille sanitaire
<b>IRC</b>	Insuffisance rénale chronique
<b>IRCT</b>	Insuffisance Rénale Chronique Terminale
<b>IRD</b>	Institut de Recherche pour le Développement
<b>IRDES</b>	Institut Régional de Développement du Sport
<b>ITEP</b>	Institut éducatif, thérapeutique
<b>LGC</b>	Logiciel de Cabinet
<b>MAS</b>	Maison d'Accueil Spécialisée
<b>MCO</b>	Médecine Chirurgie Obstétrique Odontologie
<b>MOA</b>	Maîtrise d'Ouvrage
<b>MOE</b>	Maîtrise d'Œuvre
<b>MOE</b>	Maîtrise d'Œuvre
<b>MOOC</b>	Massive Online Open Course
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>OSCOUR</b>	Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences

<b>ARS</b>	<b>Agence Régionale de Santé</b>
<b>OTP</b>	One Time Password
<b>PACS</b>	Picture Archiving and Communication System
<b>PLEXUS OI</b>	Plateforme d'Echange des nouveauX Usages des TIC en Santé dans l'Océan Indien
<b>PMO</b>	Project Manager Officer
<b>PMP</b>	Plan de Management de Projet : document cadre du projet qui vit au fur et à mesure de l'avancement de projet.
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information de Santé
<b>PPS</b>	Plan Personnalisé de soins
<b>PRS</b>	Projet Régional de Santé
<b>PS</b>	Professionnel de Santé
<b>PSIT</b>	Programme des Systèmes d'Information et de Télémedecine
<b>QALY</b>	QALY est l'acronyme anglais de « Quality Adjusted Life Year » ou « année de vie ajustée par sa qualité ». Cet indicateur économique visant à estimer la valeur de la vie a été proposé en 1977 par Weinstein et Stason.
<b>R2S</b>	Réseau Régionale Santé Social
<b>RASS</b>	Référentiel des Acteurs Santé Sociaux
<b>REDIA</b>	Réunion Diabète
<b>REIN</b>	Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie
<b>ReuCARE</b>	Réunion Cœur Artère Reins
<b>ROI</b>	Return On Invest
<b>ROR</b>	Répertoire Opérationnel des Ressources
<b>RPPS</b>	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
<b>SAMSAH</b>	Service d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SAVS</b>	Service d'accompagnement à la vie sociale
<b>SESSAD</b>	Service d'éducation spécialisé et de soins à domicile
<b>SI</b>	Système d'Information
<b>SIH</b>	Systèmes d'information Hospitalier
<b>SIS</b>	Systèmes d'Information de Santé
<b>SNIIRAM</b>	Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance maladie
<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>TESIS</b>	TElémédecine et Systèmes d'Information en Santé
<b>TIC</b>	Technologies de l'Information et de la Communication
<b>TSN</b>	Territoire de Soins numérique
<b>URML</b>	Union Régionale des Médecins Libéraux
<b>URPS</b>	Union Régionale des Professionnels de santé



PLEXUS OI A DONC UNE SIMPLE AMBITION, CELLE D'AMÉLIORER LA CIRCULATION DE L'INFORMATION ENTRE LES PROFESSIONNELS ET A DESTINATION DES PATIENTS ET DONC DE RENDRE PLUS EFFICIENT NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ EN OPTIMISANT :

LA PREVENTION GRACE AUX NOUVEAUX OUTILS DE COMMUNICATION

LE DEPISTAGE EN FAVORISANT LA MISE EN ŒUVRE D'ÉQUIPES MOBILES

LE PARCOURS DE SOINS GRACE A L'IDENTIFICATION DES POINTS DE RUPTURE

LA COORDINATION DES ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE

ENFIN, PLEXUS VISE A FAIRE DE LA REUNION UNE TERRE D'EXPERIMENTATION QUI S'APPUIE SUR LES BASES DE VOLONTES FORTES ET PARTAGEES DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE NOTRE TERRITOIRE ET UNE TERRE D'EXEMPLARITE PROPICE A FAIRE EMERGER UN CONSORTIUM D'INDUSTRIELS QUI, ACCOMPAGNE DU SOUTIEN DES EQUIPES TECHNIQUES DE L'OCEAN INDIEN, SERA A MEME D'ASSURER LE PORTAGE DE PROJETS IDENTIQUES AU SEIN D'AUTRES TERRITOIRES.

PLEXUS OI DOIT DONC SERVIR A :

RENFORCER LES LIENS ENTRE TOUS, USAGERS, SOIGNE, SOIGNANTS, POUR QUE NOTRE SYSTÈME DE SOINS REPONDE A NOS AMBITIONS DE QUALITE, D'EFFICIENCE ET D'ACCES A TOUS

RENFORCER LES LIENS ENTRE TOUS LES ACTEURS DES DIFFERENTS CHAMPS DE LA SOCIETE POUR LA SANTE SOIT MIEUX PRESENTE DANS NOS DECISIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES.

