

Formulaire

I. Précisions sur l'organisme porteur

Ministère(s)

Ministère de la Justice

Opérateur (le cas échéant)

Non communiqué

Direction(s)

Direction de l'administration pénitentiaire

II. Résumé du projet

Intitulé du projet

Le déploiement de la télémédecine au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire

Résumé du projet

Les personnes détenues constituent une population particulièrement vulnérable : elles sont en moins bonne santé que la population générale, et ce, dès leur entrée en détention. Elles sont particulièrement concernées par des risques infectieux (tuberculose ainsi que VIH, VHC et autres risques liés à l'usage de drogues). Les personnes incarcérées cumulent parfois certaines problématiques : précarité, addictions et/ou ont des conduites à risque en matière de santé.

Chaque établissement pénitentiaire dispose d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) qui constitue une unité déportée de son établissement de santé de rattachement. Une USMP fonctionne grâce à des personnels médicaux et soignants dans le domaine somatique et psychiatrique, permettant ainsi aux personnes détenues de bénéficier de consultations à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire. Néanmoins, certains actes médicaux ne peuvent être effectués au sein de l'USMP : les conditions de réalisation de ces actes ne sont pas réunies en milieu pénitentiaire (spécialité non représentée au sein de l'unité, infrastructure non adaptée, etc.).

Des extractions médicales de personnes détenues vers l'établissement de santé de rattachement doivent donc être effectuées pour certains actes médicaux. Chaque établissement pénitentiaire est lié par une convention à un établissement de santé de rattachement, permettant d'assurer l'organisation des consultations nécessitant une extraction médicale vers ledit établissement hospitalier de rattachement.

Une extraction médicale est l'opération par laquelle une personne détenue est conduite, sous surveillance, dans un centre hospitalier pour recevoir des soins ou l'accomplissement d'un acte médical, reconnus absolument nécessaires et qu'il n'est pas possible de lui prodiguer au sein de la structure pénitentiaire.

Toutefois, l'extraction médicale peut être retardée et l'accès aux soins altéré en raison de multiples facteurs : disponibilité des escortes ou des forces de sécurité intérieure, articulation entre l'USMP et le centre hospitalier de rattachement, conditions de réalisation des consultations et examens hospitaliers, etc. L'article L. 6316-1 du code de la santé publique prévoit que « la télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des

produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ».

Le développement de la télémédecine constitue une priorité du ministère de la Justice et du ministère des Solidarités et de la Santé. Ainsi, la stratégie santé des personnes placées sous main de justice publiée en avril 2017 prévoit de développer la télémédecine pour permettre l'accès aux différentes spécialités de soins et limiter les besoins d'extractions. La feuille de route santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 signée en juillet 2019, qui en constitue la déclinaison, dédie une action au développement de la télémédecine en milieu pénitentiaire. Y est précisé la possibilité de mobiliser le fonds de transformation de l'action publique. Par ailleurs, le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé porte le développement du télésoin qui pourra être déployé en milieu pénitentiaire.

Le développement de la télémédecine en milieu pénitentiaire (téléexpertise, téléconsultation) apparaît comme un levier majeur de modernisation de l'action publique et d'amélioration du service public. D'une part, l'accès aux soins des personnes détenues sera facilité en assurant une diversité de soins et en accélérant la prise en charge. D'autre part, des économies seront générées en permettant d'éviter la moitié des extractions médicales de moins de 24 heures. Elles sont estimées au maximum à 6,7 millions d'euros par an.

Le développement de la télémédecine en milieu pénitentiaire nécessite un investissement financier (coût du matériel, de la formation et de l'ingénierie de projet) avant que son utilisation puisse générer des économies pour la direction de l'administration pénitentiaire. C'est dans ce contexte que la direction générale de l'offre de soins du ministère des Solidarités et de la Santé et la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la Justice souhaitent présenter ce projet de développement au Fonds pour la transformation de l'action publique.

Montant total du projet

5 976 000

Montant demandé au FTAP

2988000

Participation à d'autres appels à projets

Non

III. Détails du projet

Présentation détaillée du projet de transformation

Dans un double contexte de privation de la liberté d'aller et venir et de besoins sanitaires importants chez les personnes détenues, la télémédecine se présente comme un moyen innovant pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins.

D'une part, les délais pour obtenir une consultation en centre hospitalier peuvent être allongés pour les personnes détenues, nécessitant à la fois une disponibilité du corps médical, des escortes pénitentiaires et des véhicules. Il arrive souvent que des rendez-vous médicaux soient reportés à plusieurs reprises. D'autre part, les extractions médicales pour consultation en milieu hospitalier posent de multiples problématiques, tant pour les personnes détenues que pour les risques d'atteinte à l'ordre public :

- atteinte au secret médical possible, en particulier pour certains niveaux d'escorte les plus sécurisés (niveau 2, 3 ou 4) qui impliquent une surveillance pénitentiaire durant la consultation. Le risque d'atteinte au secret médical est une problématique particulièrement sensible sur laquelle le ministère de la Justice et celui des Solidarités et de la Santé sont régulièrement interpellés par les autorités administratives et notamment le contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- exposition au regard des autres patients ;
- risque d'évasion notamment en raison du fait qu'il s'agit des extractions les moins sécurisées, les surveillants pénitentiaires n'étant pas encore spécialement habilités et armés;
- risque pour la sécurité du personnel hospitalier et des autres usagers du service public hospitalier ;
- fort taux d'annulation des consultations programmées, compris en 15 % et 20 %

- coût élevé pour l'administration pénitentiaire (plus de 49 millions d'euros par an)

Le déploiement des téléconsultations, pour les interventions qui s'y prêtent, contribuerait à renforcer l'accès aux soins des personnes détenues, puisqu'elle permet à un patient de consulter un professionnel médical à distance.

Le recours à la téléexpertise permettrait également d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes détenues. Elle permet à un professionnel médical de solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir des éléments du dossier médical du patient. Le développement de la télémédecine en milieu pénitentiaire serait particulièrement utile pour certaines spécialités pour lesquelles les praticiens hospitaliers concernés n'interviennent pas toujours en USMP. C'est le cas, par exemple, de spécialités telles que la pré-anesthésie, la dermatologie, l'odontologie, la cardiologie ou encore l'ophtalmologie.

Certaines USMP sont déjà équipées en matériels de télémédecine. Néanmoins, à l'instar de la population générale, son accès est très différencié et inégal en particulier entre les établissements pénitentiaires situés à proximité d'une métropole et ceux situés en zone sous-dense. En 2019, sur 177 unités sanitaires existantes, 104 USMP ne sont pas équipées et 18 USMP n'en sont qu'au stade de projet. Seules 55 USMP pratiquent la télémédecine, et parmi celles-ci, l'usage de la télémédecine doit être diversifié.

Afin d'améliorer le service public en facilitant l'accès aux soins, le développement de la télémédecine dans les USMP des établissements pénitentiaires est fondamental en particulier pour compenser les disparités géographiques existantes. D'une part, la télémédecine doit être implantée dans les établissements pénitentiaires qui n'en bénéficient pas actuellement et d'autre part son usage doit être diversifié et accru au sein des USMP l'utilisant déjà. Néanmoins, en fonction du projet médical de l'USMP et des besoins médicaux de la population détenue locale, il n'est pas envisagé de déterminer un modèle unique de développement de la télémédecine.

Le développement de la télémédecine en établissement pénitentiaire permet l'amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues. Il permet également la modernisation de l'action publique de l'État en remédiant à certaines difficultés concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

L'accroissement de la télémédecine va réduire le nombre d'extractions médicales des établissements pénitentiaires vers les centres hospitaliers. Mécaniquement, des bénéfices non-négligeables vont en découler : diminution de l'atteinte potentielle au secret médical, gains économiques, réallocation des ressources humaines et optimisation des ressources disponibles, formation à la télémédecine des personnels soignants en USMP et accroissement global des compétences.

L'organisation des extractions médicales aux fins d'une consultation spécialisée supporte par ailleurs un fort taux d'annulation, qui en outre porte atteinte aux relations entre l'administration pénitentiaire et l'établissement de santé de rattachement. La mise en place de la télémédecine permettra donc d'améliorer les relations entre ces deux entités.

D'autre part, le projet vise à enrichir l'offre de soins proposée aux personnes détenues : amélioration de la prise en charge, accès plus rapide et plus large aux spécialistes, réalisation d'un acte de diagnostic ou de suivi dans de meilleures conditions, etc.

En outre, il est prévu de progressivement doter en matériel et en installations techniques les USMP selon leurs besoins, en lien avec le projet médical de l'unité. Une partie des établissements serait ainsi concernée par une rénovation des installations techniques permettant l'exercice de la télémédecine.

La réalisation du projet ci-mentionné implique un pilotage au niveau national, mais aussi accompagnement et une mise en œuvre au plus proche des citoyens, soit au niveau local. Un suivi rigoureux doit être mis en place compte-tenu de la diversité des besoins en équipements et en formations des USMP et le projet doit pouvoir s'adapter aux nécessités réelles des établissements pénitentiaires concernés, afin de faciliter au mieux leur quotidien.

La conduite du projet prévoit par ailleurs une série de démarches complémentaires :

- réalisation avec les acteurs d'un support d'accompagnement relatif à la pratique de la télémédecine en milieu carcéral s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé et son guide sur le bon usage et la qualité des pratiques de téléconsultation et de télé expertise;

- lancement de campagnes d'appels à projets de télémédecine en milieu pénitentiaire au niveau national. En parallèle, la bonne conduite dudit projet appelle un exercice de communication soutenu, susceptible de sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés sur l'intérêt du développement de l'usage de la télémédecine en détention.

Détail des économies attendues

Les économies potentiellement réalisables sont alors estimées, a minima, à 6 727 411 euros d'économie annuelle pour l'administration pénitentiaire.

Bénéfices attendus pour les usagers

Les personnes détenues ont témoigné à maintes reprises de délais d'attente trop élevés. Plusieurs courriers faisant état d'une dégradation de l'état de santé de personnes détenues, du fait des difficultés d'accès aux soins notamment spécialisés, ont été adressés à la ministre de la Justice.

Bénéfices attendus pour les agents

Les premiers développements de la télémédecine ont amené les praticiens à observer des gains d'efficacité indéniables. Il arrive régulièrement que des patients ne se trouvent pas dans leur cellule et que leur consultation soit annulée, ou que des extractions médicales pour des consultations programmées soient inopinément annulées du fait d'extractions médicales urgentes et en raison du nombre limité de personnels pénitentiaires et de véhicules ou d'impossibilité des forces de sécurité intérieures.

Une étude de l'unité de recherche clinique en économie de la santé d'Ile-de-France démontre que la téléexpertise en dermatologie pour les personnes détenues a généré une amélioration des soins pour les personnes détenues, celle-ci ayant eu, dans 80% des cas, accès à une consultation en dermatologie suite à une téléexpertise contre seulement 35 % sans téléexpertise.

Aussi, il est possible d'apprécier l'augmentation des échanges d'informations entre professionnels. Le médecin requérant acquiert des compétences lors des téléconsultations en bénéficiant d'une formation auprès du médecin spécialiste, tandis que le personnel soignant du centre hospitalier de référence appréhende concrètement les prises en charge en milieu pénitentiaire.

Caractère stratégique du projet

Le gouvernement fait preuve d'engagements ambitieux concernant les progrès de la médecine, tant sur le plan de l'innovation technique que sur celui de la diminution des inégalités territoriales d'accès à l'offre de soins.

Par ailleurs, la feuille de route interministérielle issue de la stratégie Santé des personnes placées sous-main de justice préconise le développement de la télémédecine en milieu carcéral en fixant un objectif de déploiement dans la majorité des établissements d'ici à 2022.

Conformément à ces objectifs, le projet de déploiement de la télémédecine en USMP doit d'abord permettre de renforcer l'égalité d'accès aux soins des personnes détenues et d'améliorer la qualité de leur prise en charge sanitaire, notamment par la diminution des délais d'attente, le renforcement du respect du droit au secret médical ou encore l'amélioration de l'offre de soins.

Subsidiairement, il s'agit de contribuer au progrès technique en matière médicale ainsi qu'au développement industriel : la formation des personnels soignants en USMP aux techniques de télémédecine, la formation des praticiens à l'utilisation des outils de télémédecine ou encore la dématérialisation des dossiers médicaux sont autant d'exemples qui témoignent des enjeux stratégiques que comporte ce projet en termes de modernisation de l'action publique.

En outre, le projet permettrait une réduction considérable des procédures d'extraction médicale. Au sein des USMP dans lesquelles la pratique de la télémédecine est déjà bien intégrée, on dénombre entre 30 % et 50 % d'extractions médicales évitées si cette extraction est de moins de 24h . Sur les 88 849 extractions médicales recensées en 2018, 72 595 extractions médicales étaient d'une durée inférieure ou égale à 24h .

Dans un souci de réduction durable des dépenses publiques et d'économies pérennes générées pour l'Etat, la mise en place de la télémédecine dans les USMP permettrait des économies de plusieurs millions d'euros (voir « III. Plan de financement du projet et retour sur investissement attendu » pour plus de précision).

Caractère novateur du projet

Le gouvernement fait preuve d'engagements ambitieux concernant les progrès de la médecine, tant sur le plan de l'innovation technique que sur celui de la diminution des inégalités territoriales d'accès à l'offre de soins.

Apports particuliers du FTAP

L'obtention du fonds pour la transformation de l'action publique aura un effet levier fort puisqu'il va permettre de développer un projet global, à l'échelle nationale. En effet, il est important d'améliorer la qualité de service pour tous les citoyens sur le territoire métropolitain et ultra-marin, or le développement de la télémédecine est actuellement très inégal selon les régions.

Il est nécessaire de poursuivre le développement de la télémédecine initié par les fonds d'investissements régionaux (FIR) des agences régionales de santé (ARS) dont la capacité de financement ne permet pas à elle seule un accompagnement de l'ensemble des structures. En définitive, un apport financier en la matière permettra de déployer pleinement la télémédecine et ainsi d'améliorer la qualité de service pour les personnes détenues.

La participation conjointe des acteurs du secteur de la santé (via les crédits PLFSS), du champ pénitentiaire (via le BOP 107) et via le FTAP (BOP 349) dans ce projet aura un impact positif en termes de collaboration interministérielle. Cette dynamique pourra ainsi avoir des conséquences positives dans l'ensemble des actions interministérielles santé/justice et au-delà de ce seul projet.

Gouvernance et moyens de conduite du projet

La nécessaire implication de toutes les parties prenantes dans une démarche de déploiement national d'un projet de télémédecine nécessite la définition d'une gouvernance structurée et une animation du réseau adaptée.

Cette gouvernance doit permettre de définir la stratégie d'organisation de la prise en charge des personnes détenues par le biais de la télémédecine, de piloter sa mise en œuvre en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs et d'en évaluer les résultats.

Afin de favoriser le lancement du projet et le développement de la télémédecine au sein de tous les établissements pénitentiaires sur le territoire, le projet sera porté au niveau national par :

- le ministère de la Justice – plus précisément de la direction de l'administration pénitentiaire au titre de sa compétence pour la gestion des établissements et du personnel pénitentiaires ;
- le ministère des Solidarités et de la Santé – plus précisément de la direction générale de l'offre de soins au titre de sa compétence dans l'organisation des soins aux personnes détenues.

Deux pilotes animeront le développement de la télémédecine en milieu pénitentiaire :

- un pilote sera positionné au sein du pôle santé du département des politiques sociales et des partenariats de la DAP ;
- un pilote sera positionné au sein du bureau de la prise en charges post aigües, pathologies chroniques et santé mentale de la DGOS.

Ces pilotes s'appuieront sur un prestataire chargé de projet qui poursuivra plusieurs missions : - rédiger les documents relatifs au lancement de la campagne d'appels à projets dont la validation appartient au COPIL ;

- suivre l'avancée de l'audit de câblage ;
- piloter les travaux de câblage et leurs avancées ;
- réaliser un travail de plaidoyer auprès des USMP et des établissements de santé ;
- suivre au plan national l'avancée de l'ensemble des projets ; - élaborer un bilan régulier pour les deux pilotes et le COPIL.

Les pilotes convoqueront un comité de pilotage (COFIL) « développement de la télémédecine en milieu carcéral » chargé de coordonner le projet dans son ensemble, de veiller régulièrement à son avancée et à sa bonne réalisation. Cette instance stratégique assurera le lancement de la campagne d'appel à projet national, la sélection finale des candidatures déposées, la communication nécessaire, le lien avec les institutions, la surveillance du bon déroulement du projet et du travail préparatoire.

Au sein de ce COFIL seront présents des représentants de la DGOS et de la DAP et en particulier les acteurs compétents en matière de câblage, de développement du numérique en milieu pénitentiaire, de soins aux personnes placées sous-main de justice et de développement de la télémédecine dans le droit commun. Le COFIL se réunira au moins trois fois par an, et les agents locaux et régionaux concernés y seront conviés en fonction de l'ordre du jour. Son rôle sera de lancer les campagnes d'appels à projets « télémédecine en milieu pénitentiaire » dont les dossiers seront instruits et priorisés au niveau régional, de suivre les grandes étapes de la mise en œuvre du déploiement de la télémédecine, d'identifier les difficultés rencontrées, de redéployer les moyens disponibles. Le COFIL devra veiller à la bonne mise en œuvre du projet de manière homogène sur le territoire, à l'amélioration du dispositif, ainsi qu'à l'échange de bonnes pratiques. Un tableau de suivi annuel sera mis en place par le prestataire chargé du suivi du déploiement et devra être transmis aux membres du COFIL. Il précisera notamment :

- la date du câblage de l'établissement et de la mise en liaison avec le centre hospitalier de référence, ainsi que le type de raccordement ;
- le matériel de télémédecine utilisé par l'USMP ;
- l'établissement de santé si celui-ci n'est pas l'établissement de santé de rattachement ;
- les types d'actes de télémédecine ;
- les types de spécialités médicales pour lesquelles la télémédecine est utilisée ; - le nombre de demandes et nombre d'actes de télémédecine réalisés.

À l'échelon régional, une instance « opérationnelle » par région sera mise en place et assurera le lien avec l'instance stratégique, elle sera composée, en fonction des contextes locaux, des référents santé présents dans les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP) et les référents PPSMJ et télémédecine présents dans les agences régionales de santé (ARS). Elle sera chargée de diffuser l'appel à projet auprès des établissements pénitentiaires, des USMP et des centres hospitaliers, réaliser l'instruction des dossiers reçus et transmettre son classement au COFIL national, assurer le suivi du déploiement des projets retenus sur son territoire et son reporting, accompagner les USMP dans le montage du projet, traiter les problématiques rencontrées, et faire remonter les risques, solutions et actions à mener.

À l'échelon local, l'équipe projet composée des USMP et de l'établissement de santé porteur sera chargée de conduire le projet de soins selon ses spécificités propres et en fonction de la politique globale définie au sein de l'établissement. Afin de permettre une coordination optimale entre les différents acteurs et une identification aisée des interlocuteurs, il sera conseillé de nommer un responsable de projet local au sein de l'USMP, ainsi qu'un interlocuteur privilégié au sein du centre hospitalier. Les directions d'établissements doivent être impliquées afin d'accompagner le changement.

Le déploiement des projets de télémédecine sur les territoires pourront être relayés par les conseils territoriaux de santé, instance de démocratie sanitaire locale.

Par ailleurs, les projets développés seront portés par les établissements et par conséquent associeront les personnels de ceux-ci.

□ 2019-2020 :

- Sélection du prestataire qui sera chargé de la rédaction des documents relatifs au lancement de l'appel à projet (« kit appel à projet » : cahier des charges, modèle de dossier de candidature, grille d'évaluation, tableau de priorisation) et de la campagne de communication ;
- Sensibilisation des directeurs généraux d'ARS, des DISP et des référents santé des personnes placées sous-main de justice et télémédecine suite à la sélection du projet présenté ;
- Choix du prestataire chargé de la réalisation des audits.

- 2020 – Lancement du projet
 - Organisation de trois réunions du COPIL au minimum et échanges réguliers entre les acteurs ;
 - Audit relatif à l'amélioration du réseau de câblage ;
 - Câblage des unités sanitaires en milieu pénitentiaire non câblées ;
 - Raccordement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire à un centre hospitalier pour celles qui ne le sont pas ;
 - Rédaction du support d'accompagnement relatif à la pratique de la télémédecine en milieu carcéral s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé et son guide sur le bon usage et la qualité des pratiques de téléconsultation et de télé expertise ;
 - Lancement de la campagne de communication
 - Co-financement des projets d'ores et déjà finalisés.

- 2021 – Consolidation du projet
 - Organisation de trois réunions du COPIL au minimum et échanges réguliers entre les acteurs ;
 - Finalisation des procédures de câblage et de raccordement ;
 - Formation et sensibilisation des personnels hospitaliers ;
 - Lancement du tableau de suivi pour permettre un suivi optimal de l'avancée du projet ;
 - Co-financement des projets d'ores et déjà finalisés.

- 2022 – Finalisation du projet et contrôle de sa réussite
 - Organisation de trois réunions du COPIL au minimum et échanges réguliers entre les acteurs ;
 - Suite de la formation et sensibilisation des professionnels hospitaliers ;
 - Fin d'installation des équipements ;
 - Co-financement des projets d'ores et déjà finalisés.

Maîtrise des risques

Le projet est piloté au niveau national afin d'harmoniser les pratiques et de porter la circulation de l'information entre les acteurs. Toutefois, il revient aux acteurs régionaux et locaux, chargés de sa mise en œuvre, d'adapter le projet en fonction des spécificités territoriales. Pour que le projet soit mis en œuvre de manière adaptée, deux instances seront identifiées : une instance stratégique (COPIL) réunira différents acteurs nationaux afin de suivre l'avancement global du projet ; une instance opérationnelle réunira différents acteurs régionaux et locaux, en fonction des contextes locaux, afin de traiter les problématiques rencontrées et faire remonter les risques. De ce fait, une réelle concertation et un partenariat constant seront assurés entre les parties prenantes.

La dispensation des soins aux personnes détenues relève de la responsabilité des centres hospitaliers auxquels sont rattachées les unités sanitaires. Pour autant, l'implantation de ces dernières au sein des établissements pénitentiaires implique de prendre en compte les spécificités du milieu pénitentiaire. C'est pourquoi la gouvernance doit permettre l'articulation de ces deux dimensions. Une collaboration entre la direction de l'administration pénitentiaire et la direction générale de l'offre de soins est essentielle pour appréhender à la fois la spécificité du milieu pénitentiaire et la technicité de la télémédecine. Cette collaboration santé-justice étant déjà existante sur la thématique santé en milieu pénitentiaire depuis de nombreuses années, le bon déroulement de ce projet est garantie. Au niveau local, une réelle collaboration entre l'établissement pénitentiaire et le centre hospitalier est ainsi essentielle. Le projet médical permettra de mobiliser les USMP et leur centre hospitalier de rattachement.

I - Financement du projet (le cas échéant, distinguer les phases (expérimentation, généralisation...))

Nature de dépenses	Catégorie de dépenses	Programme budgétaire	Action/ligne budgétaire porteuse de la dépense	2019		2020		2021		2022	
				AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Prestataire chef de projet	T3					100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
<i>dont financement DAP (détail par ligne budgétaire)</i>		P107				40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
<i>dont financement FTAP</i>		P349				60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000
Audit de l'amélioration du réseau de câblage existant	T3					250 000	250 000	250 000	250 000		
<i>dont financement DAP (détail par ligne budgétaire)</i>		P107				100 000	100 000	100 000	100 000		
<i>dont financement FTAP</i>		P349				150 000	150 000	150 000	150 000		
Dépenses câblage d'établissements non-cablés	T3					90 667	90 667	90 667	90 667	90 667	90 667
<i>dont financement DAP (détail par ligne budgétaire)</i>		P107				36 267	36 267	36 267	36 267	36 267	36 267
<i>dont financement FTAP</i>		P349				54 400	54 400	54 400	54 400	54 400	54 400
Dépenses raccordement des établissements non-cablés jusqu'au CH	T3					48 000	48 000	48 000	48 000	48 000	48 000
<i>dont financement FIR (détail par ligne budgétaire)</i>		Crédit LFSS				14 400	14 400	14 400	14 400	14 400	14 400
<i>dont financement FTAP</i>		P349				33 600	33 600	33 600	33 600	33 600	33 600
Dépenses amélioration du réseau (fibre)	T3					66 667	66 667	66 667	66 667	66 667	66 667
<i>dont financement DAP (détail par ligne budgétaire)</i>		P107				26 667	26 667	26 667	26 667	26 667	26 667
<i>dont financement FTAP</i>		P349				40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
Dépenses matériels de télémédecine	T3					789 000	789 000	789 000	789 000	787 000	787 000
<i>dont financement FIR (détail par ligne budgétaire)</i>		Crédit LFSS				236 700	236 700	236 700	236 700	236 100	236 100
<i>dont financement FTAP</i>		P349				552 300	552 300	552 300	552 300	550 900	550 900
Dépenses Abonnement annuel à une plateforme télémédecine	T3					95 000	95 000	145 000	145 000	195 000	195 000
<i>dont financement FIR (détail par ligne budgétaire)</i>		Crédit LFSS				28 500	28 500	43 500	43 500	58 500	58 500
<i>dont financement FTAP</i>		P349				66 500	66 500	101 500	101 500	136 500	136 500
Dépenses liées à l'accompagnement du projet						580 000	580 000	580 000	580 000	560 000	560 000
<i>dont financement FTAP</i>		P349				50 000	50 000	50 000	50 000	40 000	40 000
<i>dont financement DAP</i>		P107				130 000	130 000	130 000	130 000	111 600	111 600
<i>dont financement FIR</i>	T3	Crédit LFSS				400 000	400 000	400 000	400 000	408 400	408 400
Dépenses communication à l'échelle nationale et animation régionale	T3					40 000	40 000				
<i>dont financement DAP (détail par ligne budgétaire)</i>		P107				16 000	16 000				
<i>dont financement FTAP</i>		P349				24 000	24 000				
TOTAL						0	0	2 059 333	2 059 333	2 069 333	2 069 333

Cumul 2019-2022	
AE	CP
300 000	300 000
120 000	120 000
180 000	180 000
500 000	500 000
200 000	200 000
300 000	300 000
272 000	272 000
108 800	108 800
163 200	163 200
144 000	144 000
43 200	43 200
100 800	100 800
200 000	200 000
80 000	80 000
120 000	120 000
2 365 000	2 365 000
709 500	709 500
1 655 500	1 655 500
435 000	435 000
130 500	130 500
304 500	304 500
1 720 000	1 720 000
140 000	140 000
371 600	371 600
1 208 400	1 208 400
40 000	40 000
16 000	16 000
24 000	24 000
5 976 000	5 976 000

	AE	CP	% de financement
FTAP	2 988 000	2 988 000	50,00%
P107	896 400	896 400	15,00%
Crédit LFSS	2 091 600	2 091 600	35,00%

II - Economies prévisionnelles liées au projet

Nature de l'économie	Catégorie de dépenses	Programme budgétaire	Action/ligne budgétaire porteuse de l'économie	2019		2020		2021		2022	
				AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Economies sur les dépenses d'extraction médicale	T3	P107		-	-	2 220 046	2 220 046	4 440 091	4 440 091	6 727 411	6 727 411
TOTAL				0	0	2 220 046	2 220 046	4 440 091	4 440 091	6 727 411	6 727 411

Cumul 2019-2022	
AE	CP
13 387 548	13 387 548
13 387 548	13 387 548

III - Dépenses budgétaires sans réalisation du projet (OPTIONNEL)

Nature de dépenses	Catégorie de dépenses	Programme budgétaire	Action/ligne budgétaire porteuse de la dépense	2019		2020		2021		2022	
				AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Dépenses liées aux extractions médicales	T3	P107		33 349 383	33 349 383	33 349 383	33 349 383	33 349 383	33 349 383	33 349 383	33 349 383
Coût total				33 349 383	33 349 383	33 349 383	33 349 383	33 349 383	33 349 383	33 349 383	33 349 383

Cumul 2019-2022	
AE	CP
133 397 532	133 397 532
133 397 532	133 397 532

IV - Dépenses budgétaires en prenant en compte la réalisation du projet (OPTIONNEL)

Nature de dépenses	Catégorie de dépenses	Programme budgétaire	Action/ligne budgétaire porteuse de la dépense	2019		2020		2021		2022	
				AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Dépenses d'investissement télémédecine	T3			0	0	2 059 333	2 059 333	2 069 333	2 069 333	1 847 333	1 847 333
Dépenses liée aux extractions restantes	T3	P107		33 349 383	33 349 383	31 129 337	31 129 337	28 909 292	28 909 292	26 621 972	26 621 972
Coût total				33 349 383	33 349 383	33 188 670	33 188 670	30 978 625	30 978 625	28 469 305	28 469 305

Cumul 2019-2022	
AE	CP
5 976 000	5 976 000
86 660 601	86 660 601
125 985 984	125 985 984