



# GRAND PLAN D'INVESTISSEMENT

---

FONDS POUR LA TRANSFORMATION DE L'ACTION PUBLIQUE

**Contrat de transformation**

**Déploiement de la télémédecine au sein des unités sanitaires en  
milieu pénitentiaire**

Ministère de la Justice

*Direction de l'administration pénitentiaire*



Ce contrat de transformation est conclu entre la direction de l'administration pénitentiaire et le secrétariat général du ministère de la Justice, d'une part, et la direction interministérielle de la transformation publique et la direction du budget, d'autre part. Il définit les modalités d'exécution du projet, qui conditionnent le versement des crédits au titre du fonds pour la transformation de l'action publique. Il engage également le porteur de projet sur des résultats mesurables.

## 1. Présentation du projet de transformation

La **télé médecine** se présente comme un moyen innovant pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins. En effet, l'article L. 6316-1 du code de la santé publique dispose que « *la télé médecine 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* ».

Par conséquent, le développement de la télé médecine en établissement pénitentiaire poursuit différents objectifs.

Tout d'abord, il permet l'amélioration de l'accès aux soins des personnes détenues, ainsi que la modernisation de l'action publique de l'État en remédiant à certaines difficultés concernant la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Ensuite, son déploiement vise à réduire le nombre d'extractions médicales des établissements pénitentiaires vers les centres hospitaliers. Mécaniquement, des bénéfices non-négligeables, à la fois pour les personnes détenues et pour les agents en découleront :

- la diminution de l'atteinte potentielle au secret médical ;
- la réallocation des ressources humaines et *a fortiori*, l'optimisation des ressources disponibles ;
- la formation à la télé médecine des personnels soignants en USMP ;
- l'accroissement global des compétences en termes d'utilisation des technologies supports de la télé médecine.

Par ailleurs, l'organisation des extractions médicales aux fins d'une consultation spécialisée supporte 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 télé médecine permettra de surcroît d'améliorer les relations entre ces deux entités.

Enfin, la mise en œuvre de la télé médecine vise à enrichir l'offre de soins proposée aux personnes détenues par un accès plus rapide et plus large aux spécialistes, et la réalisation d'un acte de diagnostic ou de suivi dans de meilleures conditions. A cet égard, les USMP de certains établissements pénitentiaires doivent faire l'objet d'une rénovation de leurs installations techniques pour exercer la télé médecine (sur 177 USMP existantes, 104 USMP ne sont pas équipées, 18 USMP n'en sont qu'au stade de projet, et seules 55 USMP pratiquent la télé médecine). Cependant, 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 télé médecine.

En complément des bénéfices non financiers (comme exposé ci-dessus en II.), l'introduction de la télé médecine en milieu pénitentiaire peut également apporter un gain économique indéniable.

Elle permet tout d'abord de générer des économies en personnels dans la mesure où une extraction médicale, selon le niveau de sécurité, nécessite entre deux et quatre agents. Le recours à la télémédecine permettrait de ne pas avoir recours à des agents pénitentiaires pour l'extraction médicale.

Par ailleurs, d'autres économies de personnels non quantifiables sont attendues. Elles sont en particulier liées à une diminution des heures supplémentaires effectuées en raison des missions d'extractions médicales. En effet, un agent peut être mobilisé sur une extraction médicale au-delà de son temps de service. Enfin, les extractions médicales génèrent la mobilisation d'agents d'astreintes ou de repos, le développement de la télémédecine permettra donc une réduction des dépenses de personnel effectuées à ce titre.

S'agissant des économies en matière de dépense de fonctionnement, l'usage de la télémédecine permettrait de générer des économies sur le carburant, le péage, les frais de déplacement, l'entretien et la réparation des véhicules, l'entretien et renouvellement de l'équipement des agents (gilet pare-balle, armes et munitions, moyens de télécommunication), ainsi que des frais annexes dont la destination est l'extraction (matériels informatiques, etc.).

## 2. Besoins et modalités de financement du projet

La nature des dépenses comprend :

- **Prestataire chef de projet** : le déploiement de la télémédecine en milieu pénitentiaire sur l'ensemble du territoire nécessite qu'une personne travaille à plein temps sur ce projet sur trois exercices (*estimation à 100 000€ par an*). Le prestataire sera rattaché fonctionnellement aux deux ministères. Il sera notamment chargé de la rédaction des documents supports, de l'appel à projets, du suivi des opérations de câblage, du suivi du déploiement du projet sur le territoire, de réaliser un plaidoyer auprès des USMP et des établissements de santé relatif à l'intérêt du déploiement de la télémédecine dans leur établissement.
- **Audit de l'amélioration du réseau de câblage existant** : l'état du réseau des établissements étant inégal, il convient de l'expertiser. Le coût peut être extrêmement variable, selon les installations préexistantes ou la localisation géographique de l'établissement pénitentiaire. Nous proposons donc de commander un audit de câblage des USMP qui ne disposent pas de la télémédecine actuellement afin de vérifier que le réseau dispose de la qualité nécessaire au fonctionnement de la télémédecine et de permettre de déterminer un coût d'amélioration.
- **Dépenses de câblage interne à l'établissement pénitentiaire** : cela comprend 68 établissements pénitentiaires. Il s'agit d'un câblage dit « banalisé » pouvant supporter les différents systèmes mis en place (informatique et téléphonique) et respectant les standards techniques en vigueur. En fonction des résultats de l'audit, le coût pourra fortement varier, il est néanmoins prévu l'installation de quatre points d'accès.
- **Le raccordement informatique des établissements non câblés des USMP vers les CH de rattachement** (lorsque l'établissement pénitentiaire n'est pas relié au centre hospitalier) : cette dépense est prévue pour 72 établissements pénitentiaires.
- **L'amélioration du réseau** : la pratique de la télémédecine demande un réseau symétrique (ascendant et descendant) performant, avec un flux dédié. Le mauvais réseau actuel de certains établissements pénitentiaires empêcherait la mise en place effective de la télémédecine.
- **Le matériel de télémédecine** au sein des établissements pénitentiaires : ce matériel est installé soit dans une salle fixe, soit sur un charriot de télémédecine en fonction des capacités

architecturales de l'USMP. L'équipement comprend : une station de télé médecine (ordinateur, caméra HD, micro...), ainsi que des équipements connectés spécialisés (dermatoscope, stéthoscope, tympanoscope, audiomètre, rétinographe, ECG...). L'achat du matériel se fera en fonction des besoins des établissements.

- **Abonnement à une plateforme télé médecine** : il s'agit de l'accès au logiciel de télé médecine pour la gestion des dossiers patients, et la maintenance du matériel. Une formation technique sera assurée lors de l'adhésion à une plateforme de télé médecine et une formation continue grâce à un système de e-learning intégré à l'abonnement sera proposée au quotidien.
- **Accompagnement du projet** : il s'agit du financement de la conduite de projet au sein de l'établissement, c'est-à-dire de l'étude de faisabilité à la conception du projet, l'appui au pilotage du projet, le choix des SI, la conduite du changement. Ce financement concerne donc à la fois le volet médical et le volet organisationnel.
- **La communication à l'échelle nationale et animation régionale** : le prestataire chef de projet sera chargé de la mise en place d'une campagne de communication sur le développement du processus auprès des établissements pénitentiaires et hospitaliers, afin de s'assurer de la bonne information et de l'appropriation par tous les acteurs concernés.

GRAND PLAN D'INVESTISSEMENT | « FONDS POUR LA TRANSFORMATION DE L'ACTION PUBLIQUE » | CONTRAT DE TRANSFORMATION | (DEPLOIEMENT DE LA TELEMEDECINE AU SEIN DES UNITES SANITAIRES EN MILIEU PENITENTIAIRE)

Nature de dépenses	Catégorie de dépenses	Programme budgétaire	2021			2022			2023			Cumul 2021-2023	
			AE	CP	CP	AE	CP	CP	AE	CP	AE	CP	
Prestataire chef de projet	T3		100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	300 000	300 000
dont financement DAP (détail par ligne budgétaire)		P107	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	120 000	120 000
dont financement FTAP		P349	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	60 000	180 000	180 000
Audit de l'amélioration du réseau de câblage existant	T3		250 000	250 000	125 000	125 000	125 000	125 000	125 000	125 000	125 000	500 000	500 000
dont financement DAP (détail par ligne budgétaire)		P107	100 000	100 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	200 000	200 000
dont financement FTAP		P349	150 000	150 000	75 000	75 000	75 000	75 000	75 000	75 000	75 000	300 000	300 000
Dépenses câblage d'établissements non-câblés	T3		90 667	90 667	90 667	90 667	90 667	90 667	90 667	90 667	90 667	272 000	272 000
dont financement DAP (détail par ligne budgétaire)		P107	36 267	36 267	36 267	36 267	36 267	36 267	36 267	36 267	36 267	108 800	108 800
dont financement FTAP		P349	54 400	54 400	54 400	54 400	54 400	54 400	54 400	54 400	54 400	163 200	163 200
Dépenses raccordement des établissements non-câblés jusqu'au CH	T3		48 000	48 000	48 000	48 000	48 000	48 000	48 000	48 000	48 000	144 000	144 000
dont financement FIR (détail par ligne budgétaire)		Crédit LFSS	14 400	14 400	14 400	14 400	14 400	14 400	14 400	14 400	14 400	43 200	43 200
dont financement FTAP		P349	33 600	33 600	33 600	33 600	33 600	33 600	33 600	33 600	33 600	100 800	100 800
Dépenses amélioration du réseau (fibre)	T3		66 667	66 667	66 667	66 667	66 667	66 667	66 667	66 667	66 667	200 000	200 000
dont financement DAP (détail par ligne budgétaire)		P107	26 667	26 667	26 667	26 667	26 667	26 667	26 667	26 667	26 667	80 000	80 000
dont financement FTAP		P349	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	120 000	120 000
Dépenses matériels de télé médecine	T3		789 000	789 000	787 000	787 000	787 000	789 000	789 000	789 000	789 000	2 365 000	2 365 000



### 3. Economies prévisionnelles engendrées par le projet

L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a publié en 2012 un rapport susceptible d'aider à consolider des organisations de projets de télémédecine existants ou à mettre en place de nouveaux projets. Pour ce faire, elle s'est appuyée sur l'observation de 25 projets matures, dont un projet de développement de la télémédecine à la maison d'arrêt de Bois d'Arcy. Cet établissement est pionnier en la matière puisqu'un projet de télémédecine a été mis en place dès 1996, ce qui permet d'avoir un retour d'expérience fiable sur le sujet de la télémédecine en milieu pénitentiaire. Selon cette étude, l'usage de la télémédecine a réduit considérablement le nombre d'extractions médicales, avec un **nombre d'extractions deux fois inférieur** à celui des autres établissements pénitentiaires de la région.

En 2018, 35 848 extractions médicales ont été réalisées depuis les 100 USMP n'ayant pas encore mis en place la télémédecine dans leurs locaux. 81,7 % des extractions ayant lieu pour des consultations médicales, 29 288 extractions médicales de moins de 24h ont été réalisées en 2018 (35 848 x 81,7%).

Ainsi, le nombre d'extraction médicale pouvant diminuer jusqu'à près de 50% après la mise en place de la télémédecine selon l'enquête sur le développement de la télémédecine en milieu pénitentiaire menée en janvier 2019 et l'expérience de Bois-d'Arcy, 14 644 extractions médicales sont potentiellement évitables par an (29 288/2).

- Pour le T2 (dépense de personnel)

Une extraction médicale, selon le niveau de sécurité, nécessite entre deux et quatre agents. Le recours à la télémédecine permettrait de ne pas avoir recours à des agents pénitentiaires pour l'extraction médicale.

Le coût d'une extraction médicale s'élevant à 459,4 euros, la part de dépense T2 est de 183,80 euros (40 % des dépenses).

	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
Coût moyen par emploi (en €)			31 864

	2021	2022	2023	2024
<b>Emplois supprimés</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>0</b>
dont catégorie A				
dont catégorie B				
dont catégorie C	28	28	28	0
<b>dont redéployés</b>				
dont catégorie A				
dont catégorie B				
dont catégorie C	28	28	28	0

	446 096	1 338 288	2 230 480	2 676 576
<b>Economie en €</b>				
dont catégorie A	0	0	0	0
dont catégorie B	0	0	0	0
dont catégorie C	446 096	1 338 288	2 230 480	2 676 576

Si, *a minima*, la réduction du nombre d'extraction ne concerne que les USMP qui ne sont pas équipées, il est possible de considérer que les économies annuelles pérennes pour le T2 s'élèvent à environ 2,7 M€ (14 644 extractions évitées x 183,80 € de coût de T2 pour chaque extraction). En prenant en compte le coût hors CAS d'un surveillant pénitentiaire tel qu'inscrit dans le PAP (31 864 €), cela représente un gain pérenne d'environ 84 ETP.

En considérant que l'équipement des USMP montera en charge par tiers chaque année jusqu'à 2022, les gains d'ETP pourront ainsi s'élever à 28 ETP supplémentaires par année. Il est de plus fait

l'hypothèse que l'équipement des USMP est effective en moyenne à la mi année ; seule la moitié des gains potentiels est donc prise en considération l'année considérée.

En considération du nombre de postes non pourvus, la télémédecine ne permettra de diminuer le nombre d'ETP de surveillants mais de redéployer des ressources humaines sur d'autres missions.

Par ailleurs, d'autres économies de personnels, non quantifiables, sont attendues. Elles sont en particulier liées à une diminution des heures supplémentaires effectuées en raison des missions d'extractions médicales. En effet, un agent peut être mobilisé sur une extraction médicale au-delà de son temps de service. Enfin, les extractions médicales génèrent la mobilisation d'agents d'astreintes ou de repos, le développement de la télémédecine permettra donc une réduction des dépenses de personnel effectuées à ce titre.

▪ Pour le T3 (dépense de fonctionnement) :

L'usage de la télémédecine permettrait d'éviter un certain nombre d'extractions médicales, et donc de générer des économies sur le carburant, le péage, les frais de déplacement, l'entretien et la réparation des véhicules, l'entretien et renouvellement de l'équipement des agents (gilet pare-balle, armes et munitions, moyens de télécommunication), ainsi que sur des frais annexes dont la destination est l'extraction (matériels informatiques, etc.).

Le coût d'une extraction médicale s'élevant à 459,4 euros, la part de dépense hors T2 est de 275,60 euros (60 % des dépenses).

Si, *a minima*, la réduction du nombre d'extractions ne concerne que les USMP qui ne sont pas équipées, il est possible de considérer que les économies annuelles pérennes pour le T3 s'élèvent à environ 4 M€ (14 644 extractions évitées x 275,60 € de coût hors T2 pour chaque extraction). Les gains générés monteraient en charge selon le même cadencement que les économies de T2. Il est de plus fait l'hypothèse que l'équipement des USMP est effectif en moyenne à la mi année ; seule la moitié des gains potentiels est donc prise en considération l'année considérée.

Niveau de l'économie	Catégorie de dépenses	Programme hospitalier	2021		2022		2023		2024		Economies annuelles pérennes post-déploiement du projet		Cumul économies 2021-2024	
			AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP	AE	CP
Ménage sanitaire	T2	307	488 026	486 896	3 189 563	3 190 300	4 226 669	2 180 490	2 626 576	2 476 936	2 626 576	2 180 490	8 024 864	4 011 880
Dépense de fonctionnement	T3	307	872 443	672 642	3 079 661	3 077 344	4 063 374	1 863 294	4 028 886	4 041 846	4 063 886	4 028 886	6 073 130	4 053 881
<b>TOTAL</b>			<b>1 360 469</b>	<b>1 159 538</b>	<b>6 269 224</b>	<b>6 267 644</b>	<b>8 290 043</b>	<b>4 043 784</b>	<b>6 655 462</b>	<b>6 518 782</b>	<b>6 688 462</b>	<b>6 209 376</b>	<b>14 097 994</b>	<b>8 065 761</b>

Le montant des économies pérennes constatées chaque année à compter de la fin de projet s'élèverait ainsi à environ **6,7 M€**.

## 4. Calendrier, gouvernance et modalités de réalisation des projets

### 4.1. Calendrier prévisionnel

Les différentes phases du projet sont :

**2020 : Préparation du projet** : - La 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 ;

- La sensibilisation des directeurs généraux d'ARS, des DISP et des référents santé des personnes placées sous-main de justice et télémédecine à la suite de la sélection du projet présenté ;

- Le choix du prestataire chargé de la réalisation des audits et début de l'audit ;

- Premier COPIL entre les acteurs.

**2021 – Lancement du projet :**

- L'organisation de trois réunions du COPIL au minimum et échanges réguliers entre les acteurs ;
- poursuite de l'audit relatif à l'amélioration du réseau de câblage ;
- Le câblage des unités sanitaires en milieu pénitentiaire non câblées ;
- Le raccordement des unités sanitaires en milieu pénitentiaire à un centre hospitalier pour celles qui ne le sont pas ;
- La 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 télé consultation et de télé expertise ;
- Le lancement de la campagne de communication ;
- Le co-financement des projets d'ores et déjà finalisés.

**2022 – Consolidation du projet :**

- L'organisation de trois réunions du COPIL au minimum et échanges réguliers entre les acteurs ;
- La finalisation des procédures de câblage et de raccordement ;
- La formation et la sensibilisation des personnels hospitaliers ;
- Le lancement du tableau de suivi pour permettre un suivi optimal de l'avancée du projet ;
- Le co-financement des projets d'ores et déjà finalisés.

**2023 – Finalisation du projet et contrôle de sa réussite :**

- L'organisation de trois réunions du COPIL au minimum et échanges réguliers entre les acteurs ;
- La suite de la formation et sensibilisation des professionnels hospitaliers ;
- La fin d'installation des équipements ;
- Le co-financement des projets d'ores et déjà finalisés.

## **4.2. Gouvernance du projet**

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 aiguës, 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 ;

- Accompagner au changement les professionnels ;
- Suivre au plan national l'avancée de l'ensemble des projets ;
- Elaborer un bilan régulier pour les deux pilotes et le COPIL.

Les pilotes convoqueront un **comité de pilotage (COPIL) « 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 COPIL 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 COPIL 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 COPIL 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 COPIL. Il précisera :

- 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 COPIL 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.

### **4.3. Modalités de réalisation du projet – respect des principes de l'Etat plateforme**

Le calendrier prévisionnel est proposé sous réserve du contexte de crise sanitaire actuelle.

Dès 2020, la direction de l'administration pénitentiaire rédigera deux marchés :

- Un marché « prestataire chargé de projet télé-médecine » ; l'objectif de ce marché sera de sélectionner un prestataire qui aura pour mission de mettre en œuvre le projet pour le compte de la direction de l'administration pénitentiaire et de la direction générale de l'offre de soins. Ce prestataire débutera sa mission à compter de septembre 2020 pour une durée de trois ans.
- Un marché « audit de câblage » ; l'objectif de ce marché sera de sélectionner un prestataire qui aura pour mission de réaliser un audit du câblage existant entre l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire et le centre hospitalier de rattachement. Cet audit de câblage débutera en octobre 2020 et s'achèvera début 2022, sous réserve du contexte sanitaire actuel.

Le COPIL se réunira en octobre 2020 et lancera un premier appel à projet télé-médecine auprès des DISP et ARS qui le diffuseront aux USMP. Les USMP devront alors construire un projet de télé-médecine en cohérence avec leur projet de soins et en lien avec le centre hospitalier de rattachement.

Afin d'accompagner le développement de la télé-médecine et d'encourager les USMP à déposer des projets, une campagne de communication et un support d'accompagnement relatif à la pratique de la télé-médecine en milieu carcéral seront diffusés sur l'ensemble du territoire via le réseau des référents santé des DISP et le réseau des référents Justice des ARS. Des financements seront dédiés à l'accompagnement du projet au sein des centres hospitaliers, notamment sur le plan de l'accompagnement au changement des praticiens hospitaliers.

Au cours du premier semestre 2021, les projets seront sélectionnés. Les travaux d'équipement en télé-médecine débuteront mi-2021. Cela nécessitera pour les USMP de :

- conventionner avec l'organisme mettant à disposition la plateforme de télé-médecine ;
- acheter le matériel de télé-médecine ;
- former les praticiens à la plateforme de télé-médecine.

Les premières USMP (33) seront équipées en télé-médecine en 2021-2022.

Deux autres appels à projets seront lancés en janvier 2022 et 2023 selon le même calendrier qu'en 2021 afin d'équiper les 67 USMP restantes.

## **5. Modalités de suivi et critères d'évaluation du projet**

Le présent contrat donne lieu à un suivi du projet financé. Des indicateurs d'avancement et de résultats sont suivis dans le cadre du financement du projet. Ces indicateurs sont communiqués, à sa demande et au moins une fois par an, au secrétariat du fonds. Des réunions de suivi pourront être organisées à la demande d'une des parties lors de la communication de ces indicateurs.

### **5.1. Indicateurs d'avancement**

Les indicateurs d'avancement permettent de sécuriser la mise en œuvre du projet. Ils sont définis comme suit :

- Montant des crédits consommés en AE et CP et respect des enveloppes allouées à chacune des tranches, par nature de dépenses, par rapport aux besoins de financement présentés dans le point 2 du présent contrat ;
- Respect du calendrier prévisionnel de déploiement du projet, par rapport au calendrier présenté dans le point 4.1 du présent contrat ;

## 5.2. Indicateurs de résultat et d'impact

Les indicateurs de résultat permettent d'évaluer l'atteinte des objectifs du projet :

- Montant d'économies générées (€) et répartition par nature de dépenses. Les économies réalisées seront comparées aux économies prévisionnelles présentées dans le point 3 du présent contrat ;

Indicateur	Valeur actuelle	Cible fin 2020	Cible fin 2021	Cible fin 2022	Cible fin 2023
Dénombrement des procédures d'extractions médicales évitées	29 288 extractions médicales pour consultations	29 288	24 455	19 623	14 644
Taux d'annulation des téléconsultations par rapport au taux d'annulation des consultations programmées sur un exercice	24% d'annulation/report d'extractions médicales pour consultations programmées	24% d'annulation/report d'extractions médicales pour consultations programmées	20% d'annulation/report d'extractions médicales pour consultations programmées dont les annulations des téléconsultations	15% d'annulation/report d'extractions médicales pour consultations programmées dont les annulations des téléconsultations	10% d'annulation/report d'extractions médicales pour consultations programmées dont les annulations des téléconsultations

## 6. Modalités et calendrier de versement des aides

Les crédits sont mis à la disposition du secrétariat général du ministère de la justice en Intégralité à la signature du contrat.

Les crédits sont consommés selon l'échéancier prévu à l'article 2. Les crédits non consommés à la fin d'un exercice sont remis à disposition au début de l'exercice suivant, sous réserve du bon avancement du projet et du respect des indicateurs définis à l'article 5.

Les crédits sont mis à disposition dans le cadre de gestion BOP-UO décrit en annexe. La consommation des crédits (AE et CP) sur le programme 349 est opérée en référant la nomenclature budgétaire d'activités annexée au présent contrat.

## **7. Matérialisation des économies réalisées**

La matérialisation des économies liées au projet est suivie annuellement, conformément aux indicateurs définis au paragraphe 5.2. Le porteur de projet communique au secrétariat du fonds les économies effectivement réalisées et explicite les raisons des éventuels écarts avec les prévisions exposées dans le présent contrat.

## **8. Modifications du contrat de transformation**

Le présent contrat peut être modifié par voie d'avenant.

Toute difficulté majeure dans la réalisation du projet sera portée à la connaissance du comité de pilotage qui pourra suspendre ou interrompre les financements initialement définis.

## **9. Communication liée au projet**

Dans toute communication relative à son projet, le porteur est invité à préciser qu'il a reçu le soutien financier du Fonds pour la transformation de l'action publique.

Signatures	Dates de signature
<p>Le directeur de l'administration pénitentiaire</p> <p>Stéphane BREDIN</p> 	<p>Le directeur de l'administration pénitentiaire</p> <p>Stéphane BREDIN</p> <p>5.11.20</p>
<p>La secrétaire générale du Ministère de la Justice</p> <p>Catherine PIGNON</p> 	<p>10.12.2020</p>
<p>Le délégué interministériel à la transformation publique</p> <p>Thierry LAMBERT</p> 	<p>11.12.2020</p>
<p>La directrice du budget</p> <p>Amélie VERDIER</p> 	<p>21.12.2020</p>

**ANNEXE RELATIVE AUX NOMENCLATURES BUDGETAIRES D'EXECUTION**

**Cadre de gestion BOP-UO : 0349-CDBU-CJUS**

**Action – Domaine fonctionnel : 0349-01**

**Référentiel de programmation :**

<b>Code Chorus</b>	<b>Désignation Chorus</b>	<b>Commentaires</b>
034901014501	MJ - Déploi. Télémed	Concerne toutes les dépenses HT2 relatives au projet et imputées sur le programme 0349