

RAPPORT PRÉALABLE

EXPÉRIMENTATIONS RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE PAR TÉLÉMÉDECINE

ARTICLE 36 DE LA LOI N° 2013-1203 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITE SOCIALE POUR 2014

Septembre 2016

Ce rapport préalable est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication – information 5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex Tél.: +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax: +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

	e des abréviations	
-	thèse	
Intro	oduction	7
1.	Contexte	8
1.1	Cadre réglementaire de la télémédecine	8
1.2	Stratégie nationale de déploiement de la télémédecine	8
1.3	État des lieux de la télémédecine et principales actions en faveur de son déploiement	
2.	Cadre initial des expérimentations	11
2.1	Article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014	11
2.2	Méthode d'élaboration du cahier des charges	
	Calendrier	
	2.2.3 Lignes directrices du cahier des charges	
2.3	Cahier des charges « plaies chroniques et / ou complexes »	
3.	Modification du cadre des expérimentations	23
3.1	Article 57 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015	
3.2	Modification du périmètre et de l'objectif	
3.3	Cahier des charges « téléconsultation ou téléexpertise »	
4.	Évaluation des expérimentations	31
4.1	Objectifs et principes de l'évaluation	31
4.2	Les modalités de mise en œuvre de l'évaluation	33
4.3	Protocole d'évaluation	35
Con	clusion	40
Anne	exe 1. État des lieux de l'offre de soins : analyse des données des régions pilotes	42
Anne	exe 2. État des lieux du déploiement des projets de télémédecine dans les régions pilotes exe 3. Fiche descriptive	51

Liste des abréviations

Abréviations	
ALD	Affections de longue durée
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ASA	Amélioration du service attendu
ASIP Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNEDIMTS	Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPE	Carte de personnel d'établissement non professionnel de santé
CPS	Carte de professionnel de santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DSS	Direction de la sécurité sociale
ETAPES Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration du parcours e	
EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	
FIR	Fonds d'intervention régional
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Loi hôpital patients santé territoires
LAP Liste des actes et prestations	
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MCO	Médecine – Chirurgie – Obstétrique
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Programme régional de santé
PRT	Programme régional de télémédecine
SA	Service attendu
SA3P	Service amélioration de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours
SEESP	Service évaluation économique et santé publique
SMR	Service médical rendu
SNIIRAM	Système national d'information inter régimes de l'Assurance maladie
SROS	Schémas régionaux d'organisation des soins
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile

Synthèse

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle fait l'objet, depuis 2011, d'une stratégie nationale de déploiement.

La télémédecine permet d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi, de requérir un avis spécialisé ou d'effectuer une surveillance.

Les attentes autour de la télémédecine sont très importantes et son développement confronte les pouvoirs publics, les patients et les professionnels à de nouvelles problématiques, en particulier celles de la sécurité de ces nouveaux modes de prise en charge et de l'évaluation médico-économique des projets.

Dans ce contexte, l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 permet la réalisation d'expérimentations à compter du 1^{er} janvier 2014 pour une durée de 4 ans, dans 9 régions pilotes : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire et Picardie.

Les expérimentations ont pour objectif de déployer des organisations de télémédecine au bénéfice de patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales et de proposer des modes de financement préfigurateurs pour les actes réalisés.

Au terme de ces expérimentations, la HAS est chargée de réaliser une évaluation en vue d'une généralisation, qui fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016.

Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations doivent être définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le démarrage des expérimentations n'étant pas effectif à ce jour, la HAS n'a pas été en mesure d'en réaliser l'évaluation.

Le présent rapport est donc un rapport préalable qui retrace les principales étapes de l'élaboration des cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine en deux temps :

- 1. cadre expérimental initial, avec la publication du cahier des charges relatif à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes
- 2. évolution du cadre des expérimentations, avec la publication du cahier des charges dit « générique » en vigueur relatif aux actes de téléconsultation et téléexpertise.

Cadre expérimental initial : 5 thématiques

Le cadre expérimental initial prévoyait l'élaboration de cahiers des charges en fonction de 5 thématiques (dermatologie, gérontologie, psychiatrie, néphrologie et cardiologie) publiés de façon séquentielle, la priorité étant donnée à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes.

Le choix d'un « scénario socle » de prise en charge par télémédecine et d'un cadre commun d'évaluation avait pour objectif de garantir une cohérence dans l'élaboration des différents cahiers des charges.

La HAS a contribué à l'élaboration du cahier des charges en conciliant le cadre d'évaluation multidimensionnel de la télémédecine, qu'elle avait élaboré à la demande de la DGOS, et le profil des expérimentations envisagées.

Sur ces fondements, le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes a été publié par arrêté du 17 avril 2015.

Évolution du cadre des expérimentations : La publication du cahier des charges en vigueur relatif aux actes de téléconsultation et téléexpertise

Deux éléments majeurs ont modifié le cadre initial des expérimentations :

- l'élargissement du périmètre des expérimentations qui se traduit par une approche plus globale des actes de télémédecine sans individualisation des thématiques et l'élaboration d'un nouveau cahier des charges dit « générique » pour l'ensemble des actes de téléconsultation et de téléexpertise, mis en œuvre par les acteurs impliqués dans les expérimentations relatives à l'article 36;
- la publication de l'article 57 de la LFSS pour 2015 qui précise les modalités et les finalités de l'évaluation dans un objectif ultérieur d'inscription des actes à la nomenclature en vue d'un remboursement.

Le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a été défini par arrêté du 28 avril 2016. Il abroge le précédent cahier des charges sur les plaies chroniques et/ou complexes.

Le présent rapport rappelle le contenu de ce cahier des charges et commente certains points notamment les modifications par rapport au cahier des charges plaies chroniques/ou complexes qui ont un impact sur la mise en œuvre de l'évaluation des expérimentations.

Évaluation des expérimentations par la HAS selon le cahier des charges en vigueur

L'évaluation des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation et de téléexpertise concernera la population cible :

- soit des patients présentant une ou plusieurs affections de longue durée ;
- soit des patients résidant en structure médico-sociale.

Cette évaluation permettra d'évaluer l'impact de la télémédecine sur :

- la qualité de la prise en charge des patients ;
- la satisfaction des patients ;
- les coûts liés aux recours aux soins.

L'évaluation s'appuiera sur plusieurs sources de données :

- données sur l'état des lieux de l'offre de soins des régions pilotes ;
- données des questionnaires de satisfaction des patients ;
- données issues des bases de données médico-administratives (SNIIRAM-PMSI) de l'Assurance Maladie.

La HAS conduira des analyses de type « avant/après » et « ici/ailleurs » :

- comparaison entre une période de 12 mois avant le premier acte de télémédecine et une période de 12 mois à compter de la réalisation de ce premier acte ;
- comparaison des patients des régions éligibles à des patients des régions non éligibles.

L'état des lieux de l'offre de soins dans les régions pilotes et le recensement des projets de télémédecine mis en œuvre dans ces régions ont été réalisés par la HAS et sont annexés à ce rapport.

Introduction

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Suite à sa reconnaissance légale en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) et la description de son cadre réglementaire dans le décret du 19 octobre 2010, une stratégie nationale de déploiement a été mise en œuvre.

La télémédecine est aujourd'hui perçue comme une nouvelle forme d'organisation de la pratique médicale au service du parcours du patient. Elle constitue un vecteur potentiel d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles, en permettant une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients.

Afin d'en faciliter le déploiement au bénéfice de patients pris en charge en ville (domicile, cabinet médical ou structure d'exercice coordonnée), d'une part, et en structures médico-sociales d'autre part, l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 permet la réalisation d'expérimentations de télémédecine à compter du 1^{er} janvier 2014 pour une durée de 4 ans, dans des régions pilotes ; les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations devant être définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ces expérimentations permettent d'une part aux professionnels de santé, en particulier de proximité, quel que soit leur mode d'exercice, et aux structures médico-sociales de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale et d'autre part de proposer des modes de financement préfigurateurs.

Selon l'article 36 de la de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014, au terme de ces expérimentations, la HAS est chargée de réaliser une évaluation en vue d'une généralisation, qui fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016.

Le démarrage des expérimentations n'étant pas effectif à ce jour, la HAS n'a pas été en mesure d'en réaliser l'évaluation.

Le présent rapport est donc un rapport préalable qui retrace les principales étapes de l'élaboration des cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine en deux temps :

- 1. cadre expérimental initial, avec la publication du cahier des charges relatif à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes
- 2. évolution du cadre des expérimentations, avec la publication du cahier des charges dit « générique » en vigueur relatif aux actes de téléconsultation et téléexpertise.

L'état des lieux de l'offre de soins dans les régions pilotes et le recensement des projets de télémédecine mis en œuvre dans ces régions ont été réalisés par la HAS et sont annexés à ce rapport.

1. Contexte

1.1 Cadre réglementaire de la télémédecine

L'assise réglementaire de la télémédecine et ses conditions de mise en œuvre ont été établies en 2009 et 2010 (cf. Figure 1).

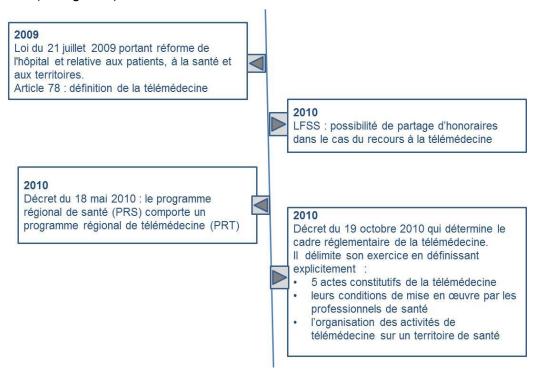


Figure 1 : Cadre réglementaire de la télémédecine

1.2 Stratégie nationale de déploiement de la télémédecine

La volonté politique de développer la télémédecine s'est concrétisée par l'élaboration d'un plan stratégique de déploiement de la télémédecine¹, lancé fin 2010 par la Ministère des affaires sociales et de la santé et piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

La télémédecine est appréhendée comme un facteur d'amélioration de la performance :

- Pour les patients, la télémédecine permet une optimisation de la prise en charge :
 - équité dans l'accès à des soins de qualité ;
 - maintien de l'accès à une offre de soins de premier recours et une offre de soins spécialisée ;
 - amélioration de la prévention et de la qualité de vie des patients.
- Pour les professionnels de santé, un enrichissement par le travail collectif et une sécurisation des pratiques;
- Pour les pouvoirs publics, une diminution du recours à l'hospitalisation ainsi qu'aux transports.

http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/telemedecine-les-outils

La stratégie nationale de déploiement se fonde sur deux principes conducteurs :

- priorisation de l'action des pouvoirs publics sur les applications pour lesquelles la télémédecine revêt un bénéfice tangible pour le patient et dont le développement rapide est possible;
- choix d'une approche locale et pragmatique s'appuyant sur des initiatives de terrain.

En mars 2011, le comité de pilotage national a identifié 5 chantiers prioritaires pour faciliter le déploiement de la télémédecine en France. Ces domaines d'application visaient tous à améliorer l'accès aux soins et leur qualité, de même que la qualité de vie des malades ou la réponse à un problème de santé publique :

- permanence des soins en imagerie médicale ;
- prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC);
- santé des personnes détenues ;
- prise en charge d'une maladie chronique : insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque, diabète, etc. ;
- soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD).

1.3 État des lieux de la télémédecine et principales actions en faveur de son déploiement

Selon les données quantitatives issues du recensement effectué au 31 décembre 2012² par la DGOS :

- 331 projets de télémédecine ont été recensés sur l'ensemble du territoire (+ 48 % par rapport à 2011);
- 1 projet de télémédecine sur 2 était en phase opérationnelle (i.e. assurait la prise en charge effective de patients);
- quel que soit le degré de maturité, 78 % des projets de télémédecine concernaient une activité de téléconsultation et/ou téléexpertise;
- 53 % des projets étaient exclusivement hospitaliers avec cependant une progression de la part du secteur ambulatoire (passant de 15 % à 30 % entre les deux recensements);
- toutes les régions avaient au moins un projet en phase opérationnelle.

Les principaux facteurs du déploiement et de la pérennisation des projets de télémédecine identifiés par la DGOS étaient la fédération des acteurs autour d'un projet médical avec des objectifs communs et l'appui d'une maîtrise d'ouvrage expérimentée (sur le plan technique et métier) pour accompagner les acteurs.

Les principales difficultés rencontrées lors du déploiement des projets étaient liées à la réticence des acteurs libéraux à s'engager sur les projets de télémédecine compte tenu de l'absence de visibilité sur la rémunération des actes de télémédecine, à la complexité de la coordination des projets interrégionaux qui ralentit leur déploiement et les problématiques d'ordre logistique ou d'infrastructure.

HAS – SEESP/SA3P – Rapport préalable – Septembre 2016

² « La preuve par 10 : Principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets de télémédecine 2013 » - DGOS ; accessible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine Plaquette Communication DGOS.pdf

Parmi les actions visant à favoriser le déploiement de la télémédecine, un projet national d'accompagnement de 8 projets pilotes a été mis en place par la DGOS entre mars 2012 et mars 2014.

Les objectifs de cet accompagnement étaient de développer les usages et d'accélérer le déploiement de la télémédecine en identifiant les freins, en testant des solutions et en capitalisant sur les bonnes pratiques.

Les projets pilotes relevaient des 3 priorités nationales jugées les plus matures³:

- Permanence des soins en imagerie : projets présentés par les ARS de Lorraine, de Picardie et des Pays de Loire;
- Prise en charge de l'AVC: projets présentés par les ARS de Franche Comté, de Nord-Pasde-Calais et de Bourgogne ;
- Santé des détenus : projets présentés par les ARS de Midi-Pyrénées et d'Île-de-France.

À partir de 2014, la DGOS a considéré qu'un des enjeux du déploiement de la télémédecine était son développement hors de l'hôpital afin de « faire de la télémédecine un outil au service du premier recours et de la logique de parcours »:

- améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé :
- recentrer l'organisation du système de santé autour du parcours de la personne ;
- lutter contre les déserts médicaux ;

faciliter l'intégration des professionnels libéraux par la mise en place de dispositifs de rémunération adaptés.

Face à ce constat, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a été élaboré afin de favoriser le déploiement d'expérimentations de télémédecine en dehors de l'hôpital. L'article 36 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a également désigné la HAS comme un des acteurs de ces expérimentations, en lui confiant leur évaluation.

³ Cet accompagnement des 8 projets pilotes a donné lieu à la publication de 3 rapports (correspondant aux 3 priorités nationales) par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) ; accessibles sur le site de l'ANAP: http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/detail/actualites/telemedecine

2. Cadre initial des expérimentations

2.1 Article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014

Le recensement réalisé fin 2012 par la DGOS avait mis en évidence un faible déploiement de la télémédecine dans les secteurs ambulatoires et médico-social, notamment lié à l'absence de dispositif de rémunération des actes de télémédecine.

L'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit qu'à partir du 1^{er} janvier 2014, des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine peuvent être menées pour une durée de 4 ans dans des régions pilotes.

Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part en médecine de ville, et, d'autre part, en structures médico-sociales.

Elles sont mises en œuvre par les agences régionales de santé dans le cadre de conventions signées avec les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé et les établissements sociaux et médico-sociaux volontaires. Les conditions de mise en œuvre sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le FIR (crédits fléchés).

Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes partagent les informations qu'ils détiennent dans la mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine ; ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques et activités de soins. La CNAMTS met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèrent nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée par télémédecine dans le cadre de ces expérimentations.

Au terme de ces expérimentations, l'article 36 prévoit que leur évaluation sera réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation.

Les expérimentations mises en œuvre dans le cadre de l'article 36 de la LFSS pour 2014 ont pour objectif de déployer des organisations de télémédecine au bénéfice de patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales et de proposer des modes de financement préfigurateurs pour les actes réalisés dans le cadre de ces expérimentations.

Selon l'article 36, la HAS est chargée de réaliser une évaluation de ces expérimentations, quand elles seront arrivées à leur terme, en vue d'une généralisation du déploiement de la télémédecine.

2.2 Méthode d'élaboration du cahier des charges

L'article 36 de la LFSS pour 2014 prévoit que les conditions de mise en œuvre des expérimentations sont définies dans un cahier des charges.

À la demande de la DGOS, la HAS a participé aux travaux d'élaboration du cahier des charges ; elle a, notamment, défini un cadre commun d'évaluation pour les expérimentations.

2.2.1 Calendrier

Les principales étapes dans l'élaboration du cahier des charges sont décrites dans le tableau suivant.

Tableau 1. Principales étapes dans l'élaboration du cahier des charges

Décembre 2013	2013 Démarrage des réunions techniques DGOS/HAS						
Janvier 2014	Appel à candidature des ARS pilotes ⁴						
	Examen des projets des ARS candidates Priorisation des thématiques :						
Mars 2014	 Dermatologie : prise en charge des plaies chroniques et escarres par téléconsultation et/ou téléexpertise Gérontologie : téléconsultation et téléexpertise en EHPAD Psychiatrie : téléconsultation et téléexpertise en EHPAD Néphrologie : téléconsultation hors centre de dialyse Cardiologie : télésurveillance de l'insuffisance cardiaque 						
Avril 2014 Elaboration d'une note méthodologique, définissant notamment le plan du cahie charges Mise en place de réunions de travail : DGOS, ANAP, CNAMTS, ASIP santé, sociétés savantes (pendant 11 mois)							
Mai 2014	Sélection des 9 régions pilotes ⁵ : Alsace Basse-Normandie Bourgogne Centre Haute-Normandie Languedoc-Roussillon Martinique Pays de la Loire Picardie						
Avril 2015	Publication du premier cahier des charges « plaies chroniques et/ou complexes »						

⁴ INSTRUCTION N° DGOS/PF3/DSS/1B/2014/17 du 17 janvier 2014 relative au dossier de candidature et aux critères de sélection des ARS pilotes en vue de leur participation aux expérimentations en télémédecine prévues à l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ; accessible sur http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/01/cir 37846.pdf

⁵ Arrêté du 10 juin 2014 fixant la liste des régions sélectionnées sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 en vue de la mise en œuvre d'expérimentations en télémédecine ; accessible sur https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000029102427

2.2.2 Choix d'un cadre commun d'évaluation

Selon l'article 36 de la LFSS pour 2014, la HAS est chargée de réaliser l'évaluation des expérimentations de prise en charge par télémédecine, en lien avec les différents acteurs participant à l'expérimentation.

Cette évaluation scientifique et indépendante doit constituer un élément d'aide à la décision des pouvoirs publics en vue d'une généralisation du déploiement de la télémédecine.

Objectifs

L'évaluation a précisément pour objectif de déterminer si les expérimentations de télémédecine sont de nature à :

- faciliter l'accès à l'offre de soins en permettant de satisfaire une demande en soins dans des délais raisonnables;
- se substituer aux déplacements du patient et pallier à d'éventuels renoncements aux soins (aspects géographiques, économiques, sociaux);
- améliorer l'organisation des soins : répondre à des difficultés d'organisation de la prise en charge, optimiser l'utilisation du temps médical et procurer des réponses formalisées aux demandeurs;
- améliorer la qualité de la prise en charge (hospitalisations évitables et réduction du recours aux urgences notamment);
- avoir un impact en termes de satisfaction des patients impliqués ;
- avoir un impact sur les recours aux soins (consommations de soins, transports).

Méthode

Dans son cadre d'évaluation qu'elle a défini et publié en juillet 2013⁶, la HAS a porté le principe d'une **évaluation multidimensionnelle de la télémédecin**e, qui dépasse le seul périmètre de l'évaluation médico-économique telle que définie dans le guide méthodologique « choix méthodologiques pour l'évaluation économique » publié en 2011⁷.

L'évaluation médico-économique permet d'apprécier l'efficience d'une intervention de santé⁸ en mettant en regard des résultats attendus d'une intervention de santé avec les ressources consommées pour la produire. L'analyse de référence retient l'analyse coût-efficacité et l'analyse coût-utilité comme méthodes d'évaluation⁹. Un critère de résultat principal est choisi en fonction de la nature des conséquences préalablement identifiées. Seuls les coûts qui entrent dans le processus de production de l'intervention évaluée sont pris en compte et intégrés au ratio différentiel coût-résultat (RDCR)¹⁰.

$$RDCR = \frac{Coûts_{\text{telemedecine}} - Coûts_{\text{suivitraditionnel}}}{\% \text{ objectifs cibles }_{\text{telemedecine}} - \% \text{ objectifs cibles }_{\text{suivitraditionnel}}}$$

⁶ Haute Autorité de Santé. « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation », rapport d'évaluation médico-économique publié en juillet 2013 ; accessible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/efficience_tlm_vf_2013-07-18_14-48-38_743.pdf

⁷ Haute Autorité de Santé. « Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS », guide méthodologique publié en octobre 2011 ; accessible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodo_vf.pdf

⁸ On entend par « intervention de santé » toute activité ayant pour objectif d'améliorer ou de préserver la santé d'une population, qu'elle soit de nature diagnostique, thérapeutique, préventive, organisationnelle, etc.

⁹ Dans l'analyse coût-efficacité, le critère de résultat à privilégier est la durée de vie ; dans l'analyse coût-utilité, le critère de résultat à privilégier est la durée de vie ajustée sur la qualité (QALY).

¹⁰ Les résultats sont examinés à partir d'un ratio différentiel coût-efficacité (RDCR) : rapport de la différence des coûts moyens entre les deux interventions évaluées sur la différence d'efficacité (différence des taux d'objectifs atteints).

La télémédecine modifiant profondément l'organisation de la prise en charge et le parcours de soins du patient, se différencie des autres interventions de santé faisant l'objet d'une évaluation médico-économique (médicaments, stratégies de soins) par son caractère multiforme, sa composante organisationnelle fortement dépendante du contexte qui renvoie à un ensemble de pratiques avec de multiples effets. En conséquence, il convient d'évaluer les effets de la télémédecine sur d'autres dimensions : organisation des soins, qualité de la prise en charge, satisfaction des usagers et des professionnels impliqués, aspects sociaux, etc.

L'évaluation multidimensionnelle de la télémédecine repose sur l'élaboration d'une matrice d'impacts afin de représenter les différents effets de la télémédecine : effets attendus en termes d'accès aux soins, de qualité de la prise en charge, d'organisation des soins et de coûts (cf. Tableau 2).

Une évaluation médico-économique peut être intégrée à l'évaluation multidimensionnelle au sein de la dimension « qualité des soins et sécurité de la prise en charge », sous réserve de disposer de données d'efficacité et de coûts adéquates.

Tableau 2. Matrice d'impact des effets de la télémédecine

Perspective tous financeurs

	A Accessibilité	B Pratiques professionnelles et organisation des soins	C Qualité des soins et sécurité de la prise en charge	D Coûts
(1) Patients, aidants, famille				
(2) Professionnels de santé (médicaux et paramédicaux)				
(3) Établissements de santé et structures de santé				
(4) État, Assurance Maladie, autres décideurs publics et financeurs				

► Cadre commun d'évaluation des expérimentations

La HAS a réalisé l'inventaire des items susceptibles de donner lieu à évaluation au sein des expérimentations. Ces items ont été déclinés en critères de jugement, considérés chacun au regard de leur capacité à être recueillis de manière homogène pour les différentes expérimentations. Ils explorent 5 dimensions exposées ci-dessous.

1. L'accessibilité aux soins

L'accessibilité s'interprète en termes de difficulté relative d'accès à l'offre de soins (délais, distance et temps de déplacement).

Pour les patients, le critère d'accessibilité peut se mesurer en termes de recours aux soins (pour des patients qui renonçaient aux soins) et de réduction des délais de consultation ou de retour d'expertise (en fonction des spécificités du territoire concerné). Il peut également se référer aux aspects liés aux distances d'accès et aux coûts de transport.

2. Les pratiques professionnelles et l'organisation des soins

L'utilisation de la télémédecine impose une adaptation des organisations de soins en place qui a des conséquences sur les pratiques professionnelles : modification des pratiques et des temps de travail, impact sur la coordination entre les acteurs.

3. La qualité de la prise en charge des patients

L'évaluation de l'impact de la télémédecine sur la qualité de la prise en charge peut intervenir à différents niveaux (patients, professionnels de santé, établissement de santé) et peut faire entrer en ligne de compte à la fois le processus (actes médicaux réalisés à distance) et le résultat en termes de conséquences sur la santé des individus qui peuvent être évaluées à partir de critères d'efficacité : indicateur de mortalité ou indicateurs spécifiques à la pathologie peuvent être retenus à partir de données cliniques ou biocliniques.

D'autres critères de jugement peuvent également refléter la qualité de la prise en charge en lien avec la fréquence des recours aux soins : par exemple, taux d'hospitalisation, taux de passage aux urgences et autres variations des ressources consommées.

Pour la réalisation d'une étude d'évaluation médico-économique, la matrice d'impact permet d'identifier la nature des conséquences attendues sur la santé et de repérer le ou les critères de résultats principaux.

4. La satisfaction des patients : dimension

La satisfaction des patients fait l'objet d'une dimension supplémentaire de l'évaluation et porte sur la réalisation d'une enquête de satisfaction.

L'évaluation de la satisfaction des patients relève de méthodes spécifiques et nécessite une interrogation directe des personnes bénéficiant d'une organisation des soins par télémédecine. Les outils de mesure (questionnaires et items) de même que les méthodes de recueil (enquête aléatoire ou ciblée, recueil en face-à-face ou par entretien téléphonique) ont fait l'objet d'une réflexion méthodologique propre. Les sous-dimensions explorées concernent l'acceptabilité, l'accès aux soins, l'information et la compréhension, la relation médecin/patient et la confiance.

5. Les coûts liés aux recours aux soins

Le déploiement des expérimentations de télémédecine repose sur une hypothèse d'économie induites au regard des coûts d'investissements et de fonctionnement.

Du point de vue de l'Assurance Maladie, les économies attendues (ou coûts évités) portent sur plusieurs postes de consommation de soins : les recours à l'hôpital (hospitalisations et urgences), les transports, la consommation de médicaments et autres consommables, les actes effectués par les infirmiers et autres professionnels paramédicaux, les consultations médicales, etc.

La télémédecine vise comme objectif premier l'amélioration de l'accès aux soins qui ne se réduit pas pour le financeur à une diminution des coûts de transports ; si à court terme, le déploiement de la télémédecine peut potentiellement se traduire par une augmentation des coûts (mise en place et impact de l'accès aux soins), à plus long terme l'amélioration de l'état de santé des patients devrait permettre de diminuer les consommations de soins par une amélioration de la prise en charge, de l'observance, de la prévention des complications, etc.

Le cadre commun d'évaluation se décompose ainsi en critères de jugements qui s'entendent comme des angles de vue portés sur la dimension à évaluer. L'évaluation consiste à porter un jugement global sur l'impact des prises en charge expérimentées en tenant compte des spécificités, notamment territoriales et organisationnelles, inhérentes à chaque région pilote, au moyen de critères d'évaluation communs permettant d'appréhender la multiplicité des dimensions en jeu.

En complément, la HAS pourrait prendre en compte les évaluations complémentaires conduites localement par chaque projet et que les ARS auront pu lui transmettre dans un délai compatible avec le rendu du rapport d'évaluation. En particulier, les résultats des analyses coût-efficacité ou coût-utilité conduites afin de déterminer l'efficience des organisations par télémédecine.

2.2.3 Lignes directrices du cahier des charges

À l'issue des réunions de travail, menées entre avril 2014 et mars 2015, les lignes directrices retenues pour la rédaction du cahier des charges étaient les suivantes :

- sélectionner un nombre limité de spécialités/pathologies (chacune d'elles requérant la construction de modes de financement, de modèles organisationnels et de modalités d'évaluation) et rédiger un cahier des charges par thématique;
- publier les cahiers des charges de façon séquentielle : un premier cahier des charges devait être publié en priorité (plaies chroniques et/ou complexes) ; les autres thématiques faisant l'objet de travaux ultérieurs (gérontologie et psychiatrie, puis insuffisance cardiaque et insuffisance rénale);
- rédiger les cahiers des charges, selon deux axes communs :
 - axe relatif à la modélisation des organisations et des prises en charge : modéliser un « scénario socle » de prise en charge par télémédecine commun aux spécialités/pathologies retenues ;
 - 2. axe relatif à l'évaluation : **définir** *in fine* **des critères de jugement pour l'évaluation des** spécialités/pathologies retenues en fonction des 5 dimensions du cadre **commun** : accessibilité aux soins, pratiques professionnelles et organisation des soins, qualité de la prise en charge, satisfaction des patients et coûts liés aux recours aux soins.

Le choix d'un « scénario socle » de prise en charge et du cadre commun d'évaluation avait pour objectif de garantir une cohérence dans l'élaboration des cahiers des charges relatifs aux différentes spécialités/pathologies retenues dans le cadre des expérimentations.

2.3 Cahier des charges « plaies chroniques et / ou complexes »

Le cahier des charges « plaies chroniques et/ou complexes » a été le premier rédigé, selon les lignes directrices définies ci-dessus. Ce cahier des charges définit :

- l'objectif et le périmètre des expérimentations :
 - (..) L'objectif principal des expérimentations est de fixer une tarification préfiguratrice des actes de télémédecine permettant aux professionnels de santé, en particulier de proximité, aux structures sanitaires, aux maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et aux structures médico-sociales de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale. (...);
 - le présent cahier des charges constitue le premier volet des expérimentations mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Il concerne la prise en charge par télémédecine de patients souffrant de plaies chroniques et/ou complexes dont le traitement ne requiert pas de prise en charge en urgence (...).
- les missions et engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge par télémédecine des patients souffrant de plaies chroniques et/ou complexes : conditions et modalités de prise en charge des patients par téléconsultation et par téléexpertise, conditions à respecter pour la mise en œuvre des actes de télémédecine, prérequis en termes de système d'information ;
- les missions et engagements des organismes de tutelle et de financement : modes de financement, modalités de paiement des actes réalisés, soutien à la production des données de l'évaluation, pilotage et accompagnement des professionnels de santé;
- l'évaluation des expérimentations.

Les modalités de mise en œuvre de l'évaluation se fondent sur la cadre commun d'évaluation des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine défini dans le paragraphe précédent.

La matrice d'impact des effets attendus de la télémédecine a été adaptée à la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes. À partir des critères de jugements retenus, elle précise les données à recueillir (source des données et comparateur).

Tableau 3. Matrice d'impact des effets attendus de la télémédecine dans la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes

1. Accessibilité

	Critères de jugement	Définition du critère	Disponibilité de la donnée Source	Comparateur
	Temps d'accès au spécialiste	Téléconsultation Nombre de jours entre la demande de téléconsultation par le requérant et la réalisation de l'acte	Système d'information des projets Grille de recueil	Délai de rdv en face à face pour une consultation avec un spécialiste : donnée estimée ou groupe témoin Groupe témoin - Valeur de référence au niveau régional (ou sur un territoire de référence) - Si indicateur descriptif : interprétation nécessaire par rapport au contexte local
Professionnels de santé	Temps d'accès au spécialiste	Téléexpertise Nombre de jours entre la demande de téléexpertise par le requérant et la réception du compte-rendu mé- dical	Système d'information des projets Grille de recueil	Délai de rdv en face à face pour une consultation avec un spécialiste via le médecin traitant : donnée estimée ou groupe témoin Groupe témoin - Valeur de référence au niveau régional (ou sur un territoire de référence) : donnée agrégée - Si indicateur descriptif : interprétation nécessaire par rapport au contexte local
Patients et Pr	Nombre de kilomètres évités	Nombre de kilomètres A/R entre le lieu de vie du patient (domicile ou structure médico-sociale) et le lieu de la structure d'exercice compétente la plus proche (maison de santé, centre de référence, etc.) dans lequel l'acte aurait pu être réalisé en face en face	Dossier patient Grille de recueil	Pas de comparateur Valeur de référence au niveau régional (ou sur un territoire de référence) : donnée agrégée Correspondance avec le nombre de déplacements évités qui correspond au nombre de TLC et TLE réalisé
	Défaut d'accès à l'offre de soins (renoncement ou manque d'offre)	Le patient aurait-il bénéficié d'une consultation (ou d'une expertise via son MG) sans télémédecine? + renseigner le motif du défaut d'accès	Grille de recueil	Indicateur qualitatif Pas de comparateur

2. Pratiques professionnelles et organisation des soins

	Critères de jugement	Définition du critère	Disponibilité de la donnée Source	Scénario de référence
	Temps consacré à la réalisation d'un acte de téléconsultation	Durée (exprimée en minute) de l'échange synchrone entre le requis et le patient. + nombre de plaies examinées	Système d'information des projets Grille de recueil	Indicateur descriptif
aramédicaux	Taux de téléconsultations réalisées pendant une plage horaire dédiée	Nombre de téléconsultations réalisées sur une plage horaire dédiée / nombre de téléconsultations réalisées	Donnée qui nécessite d'être tracée	Indicateur descriptif Si période de temps définie : comparaison au nombre de consultations sur la même période et calcul d'une durée moyenne de téléconsultation et de consultation
professionnels paramédicaux	Téléexpertise : qualité et complétude des informations transmises nécessaires à la réalisation de l'acte	Compléments d'information médicale demandés par l'expert après réception d'une requête (pièces ajoutées au dossier ou modifiées suite à la demande initiale)	Donnée qui nécessite d'être tracée (Vrai/faux)	Indicateur descriptif
Médecins et p	Taux d'abandon ou d'annulation de l'acte réalisé par télémédecine	Nombre de téléconsultations/téléexpertis es planifiées mais non réalisées + renseigner le motif de non réalisation	Donnée qui nécessite d'être tracée	Indicateur descriptif

3. Qualité de la prise en charge

	Critères de jugement	Définition du critère	Disponibilité de la donnée Source	Scénario de référence
	Taux d'hospitalisation	Taux d'hospitalisation des patients de l'expérimentation/taux d'hospitalisation des patients hors expérimentation sur une période	Données SNIIRAM - PMSI Analyse par type de plaie (plaies du pied diabétique, ulcères et escarres)	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie
idants, famille	Taux de passage aux urgences	Taux de passage aux urgences des patients de l'expérimentation /taux de passage aux urgences d'un groupe témoin	Données SNIIRAM - PMSI Données locales de l'AM Analyse par type de plaie (plaies du pied diabétique, ulcères et escarres)	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie
Patients/aidants,	Taux de décès	Taux de décès des patients de l'expérimentation /taux de décès d'un groupe témoin sur une période donnée	Données SNIIRAM - PMSI Données locales de l'AM Analyse par type de plaie (plaies du pied diabétique, ulcères et escarres)	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie
	Modélisation d'impacts de l'intervention sur la consommation de pansements	Nombre de pansements consommés sur une période par les patients de l'expérimentation/groupe témoin	Données SNIIRAM-PMSI	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie

4. Satisfaction des patients

	Critère de jugement	Définition du critère	Disponibilité de la donnée Source	Scénario de référence
Patients	Impact sur la satisfaction du patient	Enquête de satisfaction		

5. Coûts liés aux recours aux soins

	Critère de jugement	Définition du critère	Disponibilité de la donnée Source	Scénario de référence
	Transports	Coûts relatifs aux transports : montants remboursés par l'Assurance Maladie	Analyse par type de plaie et caractéristiques des patients Données agrégées SNIIRAM - PMSI	Donnée témoin au niveau régional : coût moyen de transport identifié dans le SNIIR-AM pour une sous-population équivalente (Coût moyen * nombre de déplacements évités = coût des transports évités)
	Hospitalisations	Coût des hospitalisations	Données agrégées SNIIRAM - PMSI Analyse par type de plaie (plaies du pied diabétique, ulcères et escarres)	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie
	Actes infirmiers	Coût des actes infirmiers en fonction du type de plaie	Analyse par type de plaie (plaies du pied diabétique, ulcères et escarres) Données agrégées SNIIRAM-PMSI	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie
aladie	Actes de kinésithérapie	Coût des actes de kinésithérapie en fonction du type de plaie	Analyse par type de plaie (plaies du pied diabétique, ulcères et escarres) Données agrégées SNIIRAM-PMSI	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie
Assurance maladie	Consultations médicales	Coût des consultations médicales	Analyse par type de plaie (plaies du pied diabétique, ulcères et escarres) Données agrégées SNIIRAM-PMSI	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie
Ass	Consommations de pansements et compresses	Coût des pansements	Données agrégées SNIIRAM-PMSI Analyse par type de plaie (plaies du pied diabétique, ulcères et escarres)	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie
	Matériel anti-escarres	Coût du matériel anti-escarre : matelas, sur-matelas et coussins anti-escarres	Analyse pour les escarres Données agrégées SNIIRAM-PMSI	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie
	Bandes de contention	Coûts des bandes de contention	Analyse pour les ulcères Données agrégées SNIIRAM-PMSI	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie
	Médicaments : antibiotiques et antalgiques	Coûts des antibiotiques et antalgiques	Analyse par type de plaie (plaies du pied diabétique, ulcères et escarres) Données agrégées SNIIRAM-PMSI	Groupe témoin comparable (caractéristiques des populations, profils de recours aux soins et consommations) = groupe témoin PRADO plaie

Le protocole d'évaluation précise le format et les modalités selon lesquelles les données sont produites, recueillies et transmises à la HAS en fonction de leur nature.

Ce protocole de recueil et d'analyse des données a été élaboré en collaboration avec les ARS, les professionnels de santé, la CNAMTS ; la méthodologie de calcul des valeurs de référence a été validée, de même que la source des données, les acteurs à mobiliser et les habilitations à prévoir.

Au final, 4 rapports d'état devraient être élaborés et transmis à la HAS (cf. Tableau 4).

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des rapports d'état attendus

Rapport d'état	Intitulé	Remarques	Production	Destinataire
N°1	Relatif aux données des actes de télémédecine	Données descriptives des actes de télémédecine	ARS	HAS
N°2	Relatif aux consommations de soins et à l'impact sur l'état de santé de la population incluse issus de l'analyse des données nationales de remboursement de l'Assurance Maladie (SNIIRAM-PMSI), agrégées par patient	Données nationales de consommation de soins reliées à partir de l'acte de TLM	CNAM-TS	HAS
N°3	Relatif aux consommations de soins et à l'impact sur l'état de santé de la population témoin issus de l'analyse des données nationales de remboursement de l'Assurance Maladie (SNIIRAM-PMSI)	Groupe témoin (hors EHPAD)	CNAMTS	HAS
N°4	Relatif aux données issues des questionnaires de satisfaction des patients	Eléments issus de l'enquête de satisfaction auprès des patients	ARS	HAS

Ce premier cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes a été publié par arrêté¹¹ du 17 avril 2015, permettant la définition de modes de financement à partir de l'organisation cible et la création des codes actes et prestations.

Le cahier des charges « plaies chroniques et/ou complexes » a été rédigé de façon à satisfaire les exigences liées au cadre commun d'évaluation défini par la HAS. En particulier, les critères de jugement à recueillir ont été choisis de manière à explorer les effets de la télémédecine selon 5 dimensions : accessibilité aux soins, pratiques professionnelles et organisation des soins, qualité de la prise en charge, satisfaction des patients, coûts liés aux recours aux soins.

¹¹ Arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi no 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ; accessible sur https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/4/17/AFSH1503132A/jo/texte

3. Modification du cadre des expérimentations

3.1 Article 57 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2015

Pour rappel, les expérimentations mises en œuvre dans le cadre de l'article 36 de la LFSS pour 2014 ont pour objectif de permettre le déploiement des organisations de télémédecine au bénéfice de patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales et de proposer des modes de financement préfigurateurs pour les actes réalisés dans le cadre de ces expérimentations. La HAS est chargée de réaliser une évaluation, au terme des expérimentations, en vue d'une généralisation.

Le déploiement de la télémédecine, sur l'ensemble du territoire et au-delà de la période des expérimentations, nécessite d'envisager un mode de financement pérenne. Il peut notamment s'agir de l'inscription des actes de télémédecine à la nomenclature en vue du remboursement par l'Assurance Maladie.

Conformément à l'article L162-1-7 du Code de la sécurité sociale¹², l'inscription d'un acte sur la Liste des actes et prestations (LAP) est décidée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la HAS.

L'article 57 de la LFSS pour 2015, en modifiant les articles L162-1-7-1 et L. 162-1-8 du Code de la sécurité sociale¹³, prévoit pour certains actes, deux dispositions particulières dans la procédure d'inscription sur la LAP.

Ces actes sont notamment ceux :

- 1) ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation ;
- 2) et présentant un niveau d'ASA 1,2 ou 3 (selon le décret du 18 II 2015), ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie (cet impact significatif faisant l'objet d'une évaluation médico-économique par la HAS).

Les deux dispositions particulières sont les suivantes :

- l'UNCAM fait connaître aux ministres, dans un délai qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'UNCAM de l'avis de la HAS mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du présent code, les motifs de l'absence de décision d'inscription (L.162-1-7-1 du CSS);
- 2) l'UNCAM peut procéder à la hiérarchisation de ces actes, en l'absence de hiérarchisation par les CHAP, dans un délai qui ne peut être supérieur à cinq mois à compter de la transmission à

3° Des actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation, notamment dans les conditions prévues à l'article L. 162-31-1, et présentant un niveau d'amélioration du service attendu déterminé, ou étant susceptibles d'avoir un impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie ;

L'impact sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie des actes mentionnés aux 2° et 3° du présent article fait l'objet d'une évaluation médico-économique réalisée par la Haute Autorité de Santé.

¹² Article L162-1-7 du Code de la sécurité sociale :

^{« (…)} Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. (…) »

¹³ Article L162-1-7-1 du Code de la sécurité sociale :

[«] L'Union nationale des caisses de l'assurance maladie fait connaître aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, dans un délai qui ne peut être supérieur à six mois à compter de la transmission à l'union de l'avis de la Haute Autorité de Santé mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du présent code (...), les motifs de l'absence de décision d'inscription :

^(...)

l'UNCAM de l'avis de la HAS mentionné au troisième alinéa du même article et de son évaluation médico-éco sur l'impact significatif (voir ci-dessus) (L.162-1-8 du CSS).

Ces dispositions particulières sont communément appelées « inscription accélérée » puisque d'une part, elles obligent l'UNCAM a informé les ministres des raisons pour lesquelles elle n'a pas inscrit dans un délai de 6 mois après avis de la HAS et puisque d'autre part, elles permettent à l'UNCAM de hiérarchiser l'acte sans la CHAP dans les 5 mois suivant l'avis de la HAS.

À noter que la LFSS a prévu la publication d'un décret pour définir les conditions de réalisation de l'évaluation médico-économique par la HAS. À notre connaissance, ce décret n'a pas encore été publié.

3.2 Modification du périmètre et de l'objectif

Plusieurs éléments ont modifié le cadre initial des expérimentations, tel qu'il avait été défini suite aux travaux menés par les acteurs impliqués dès la parution de l'article 36 de la LFSS pour 2014 (et exposés au paragraphe précédent).

Deux modifications ont été apportées au cadre initial des expérimentations

- 1. Un élargissement du périmètre des expérimentations
 - En raison de délais trop importants constatés pour la réalisation de cahiers des charges par thématique, la DGOS a fait évoluer la méthode d'élaboration des cahiers des charges privilégiant une approche plus globale des actes de télémédecine sans individualisation des thématiques. La DGOS a rédigé un nouveau cahier des charges dit « générique » pour l'ensemble des actes de téléconsultation et de téléexpertise, mis en œuvre par les acteurs impliqués dans les expérimentations relatives à l'article 36.
- 2. La publication de l'article 57 de la LFSS pour 2015 a introduit la nécessité d'une évaluation médico-économique par la HAS pour les actes ayant fait l'objet d'une tarification provisoire dans le cadre d'une expérimentation mais ne présentant pas un niveau d'ASA 1, 2 ou 3 afin d'affirmer son impact significatif sur l'organisation des soins et les dépenses de l'assurance maladie, et ainsi ouvrir les conditions à la mise en œuvre de la procédure dite « accélérée ».

3.3 Cahier des charges « téléconsultation ou téléexpertise »

Le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a été publié par arrêté¹⁴ du 28 avril 2016.

Ce cahier des charges relatif à la téléconsultation et à la téléexpertise abroge le précédent cahier des charges sur les plaies chroniques et/ou complexes.

Ce cahier des charges concerne « la prise en charge par téléexpertise ou téléconsultation au bénéfice des patients présentant une ou plusieurs affections de longue durée ou résidant en structure médico-sociale ».

¹⁴ https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/4/28/AFSH1611546A/jo

Il se compose de 4 parties :

- 1. L'objectif et le périmètre des expérimentations ;
- 2. Les missions et engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise des patients atteints d'une ALD ou résidant en structures médico-sociales ;
- 3. Les missions et engagements des organismes de tutelle et de financement ;
- 4. L'évaluation.

Des extraits du cahier des charges sont présentés dans les encadrés ci-après.

1. Objectif et périmètre des expérimentations

1.1 Objectifs des expérimentations

La télémédecine constitue un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles. Elle permet en effet une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et contribue à rompre des situations d'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé.

Elle constitue en outre un facteur d'amélioration de l'efficience de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'assurance maladie.

Afin de faciliter ce déploiement au bénéfice des patients pris en charge en ville (domicile, cabinet médical ou structure d'exercice coordonnée) d'une part, et en structures médico-sociales, d'autre part, l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 permet la réalisation d'expérimentations pour une durée de 4 ans.

(...)

9 régions ont été sélectionnées par arrêté en date du 10 juin 2014 : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays-de-Loire et Picardie.

L'objectif principal des expérimentations est de fixer une tarification préfiguratrice des actes de télé médecine permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale.

Le champ de l'expérimentation est limité aux patients atteints d'ALD ou résidant en structures médicosociales eu égard à la situation particulière de ces patients en termes de sévérité de leur pathologie ou complexité de leur prise en charge.

Les expérimentations qui sont conduites doivent permettre :

- de s'adresser à des patients à risque d'hospitalisations récurrentes ou des patients à risque de complications à moyen et long termes;
- de parvenir à un état de stabilité de la maladie, voire d'amélioration par un accès rapide à l'avis d'un spécialiste ou d'un expert dans son domaine en s'affranchissant des nécessités d'un transport parfois complexe et souvent couteux pour la collectivité;
- d'améliorer la qualité des soins et leur efficience :
- d'améliorer la qualité de vie des patients ;
- de prendre en compte les rôles distincts, d'une part, du médecin traitant et, d'autre part, du professionnel médical requis de façon à faciliter l'accès du patient à une expertise de haut niveau tout en restant dans le parcours de soins préconisé par la HAS le cas échéant.

1.2 Périmètre de l'expérimentation

Le présent cahier des charges constitue le deuxième volet des expérimentations mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Il se substitue au précédent cahier des charges pour la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes. Il concerne la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise de :

- Patients résidant en structure médico-sociale ;
- Patients présentant une ALD, le motif de recours devant être en lien avec la pathologie pour laquelle le patient s'est vu accorder l'ALD. Pour ces derniers, seuls seront éligibles les patients ne faisant pas l'objet d'une hospitalisation.
- Les expérimentations seront conduites dans les neuf régions sélectionnées par l'arrêté en date du 10 juin 2014 correspondant au découpage en vigueur à la date de l'arrêté.

(...)

- 2. Missions et engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise des patients atteints d'une ALD ou résidant en structures médico-sociales
- 2.1 Conditions et modalités de prise en charge des patients par téléconsultation dans le cadre de leur parcours de soins

En application des dispositions des articles L.6316-1 et article R.6316-1, 1° du Code de la santé publique, la téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à un patient à distance.

Cet acte est réalisé en mode synchrone au moyen d'une technologie de l'information et de la communication.

La téléconsultation permet au professionnel médical requis de réaliser une évaluation globale du patient en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation.

Ce professionnel requis devra être :

- Un professionnel médical respectant les règles d'exercice de la profession prévue au Code de la santé publique, agissant conformément à sa spécialisation (médicale ou chirurgicale) et/ou sa qualification ;
- Le cas échéant un professionnel de santé agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 et dûment autorisé par le Directeur général de l'ARS de la région au sein de laquelle il exerce.
- Les médecins présentant une compétence spécifique dans la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes et ayant contractualisé avec leur ARS de rattachement antérieurement à la publication du présent cahier des charges sont également éligibles à ce dispositif.

(...)

2.1.1 Conditions de recours à la téléconsultation

La téléconsultation peut intervenir dans les 4 cas suivants :

- Soit dans le cadre d'une téléconsultation de diagnostic visant à proposer un plan de prise en charge en lien avec le médecin traitant ;
- Soit dans le cadre d'un acte prévu et programmé aux termes du plan de prise en charge mis en place avec le patient en lien le cas échéant avec l'ALD du patient ;
- Soit dans le cadre d'un acte non prévu et non programmé dans le cadre du plan de prise en charge mis en place avec le patient. Dans ce cas, la téléconsultation est réalisée sur la base d'une prescription établie par le médecin traitant;
- Soit dans le cadre de l'urgence après appel de régulation centre 15 pour les suspicions de pathologies ou situations suivantes et pour les seuls patients résidants en EHPAD : infarctus du myocarde, arythmies cardiaques, anomalies de la glycémie et troubles anxio-dépressifs de la personne âgée.

(...)

2.1.2 Actions préalables à la réalisation d'une téléconsultation

Étape 1 : La détection et le signalement au médecin du besoin d'une téléconsultation

Un professionnel de santé chargé de la prise en charge d'un patient signale le besoin d'un examen médical à un professionnel médical acteur de la prise en charge du patient et lui transmet les informations qui doivent notamment lui permettre d'évaluer la situation clinique du patient.

Le professionnel médical acteur de la prise en charge du patient peut également détecter directement le besoin.

Étape 2 : Information et recueil du consentement du patient (cf. 2.3.1).

Étape 3 : Demande d'un examen médical et son inscription dans un plan de prise en charge

Lorsqu'il estime pertinent aux vues des informations et des données de santé recueillies, le médecin prescrit la réalisation d'une téléconsultation et l'inscrit dans un plan de prise en charge. Il transmet de manière sécurisée sa demande au professionnel médical requis, ainsi que les informations utiles à la prise en charge coordonnée du patient (données d'identification du patient, données médicales et données nécessaires à la facturation). Les deux professionnels analysent les possibilités et problématiques liées aux consultations physiques et à la téléconsultation. Ils conviennent tous deux du caractère suffisant de la téléconsultation pour protéger les intérêts du patient.

Cas particulier de la prise en charge des pathologies prise en charge par télémédecine dans le cadre de l'urgence en EHPAD (...)

Afin d'accélérer la prise en charge diagnostique des patients, la procédure est simplifiée. Le personnel soignant présent et intervenant auprès du patient est chargé d'appeler la régulation centre 15 de façon à prévenir le médecin régulateur et mettre le patient en condition pour :

- soit un transfert par ambulance ou transport médicalisé ;
- soit une téléconsultation ou téléexpertise avec transmission le cas échéant d'un électrocardiogramme et/ou d'un dosage de la glycémie.
- 2.1.3 La réalisation de la téléconsultation (...)
- 2.1.4 Après la téléconsultation (...)
- 2.1.5 Le cas particulier des téléconsultations planifiées mais non réalisées intégralement (...).

2.2 Conditions et modalités de prise en charge des patients par téléexpertise dans le cadre de leur parcours de soins

En application des dispositions des articles L.6316-1 et article R.6316-1, 2° du Code de la santé publique, la **téléexpertise a pour objet de permettre à un professionnel médical** (ou professionnel de santé agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009) **de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux** (ou professionnel de santé agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009) **en raison de leur formations ou de leur compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.**

L'acte de téléexpertise ainsi défini peut être en cas de nécessité répété sans condition de délai ou complété par une téléconsultation ou une consultation (...).

La téléexpertise ne doit pas être confondue avec :

- l'échange entre professionnels de santé préalable à une téléconsultation;
- un staff ou une réunion de concertation pluridisciplinaire tenue à distance;
- un simple échange entre professionnels sans patient identifié concerné.

Pour faire l'objet d'un financement préfigurateur, mentionné au 3.1, du présent cahier des charges, la téléexpertise peut être réalisée :

- soit entre un professionnel médical demandeur de l'avis et un professionnel médical requis, quel que soit son mode d'exercice ;

- soit entre un professionnel médical demandeur de l'avis et un professionnel de santé requis agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

(...)

2.2.1 Conditions de réalisation d'une téléexpertise

La demande d'avis ne peut être réalisée qu'après **engagement réciproque du professionnel requérant et du professionnel médical requis**. Cette **lettre d'engagement** cosignée est transmise à l'ARS de la région concernée qui transmettra des fichiers consolidés aux caisses primaires d'assurance maladie dont dépendent les professionnels de santé requis concernés par tout moyen.

(...)

2.2.2 Actions préalables à la réalisation d'une téléexpertise

Étape 1 : Information et recueil du consentement du patient (cf. 2.3.1)

Étape 2 : Transmission des informations nécessaires à la téléexpertise (...)

Le professionnel médical demandeur de l'avis ou, le cas échéant, sur demande du professionnel médical requérant tout autre professionnel de santé impliqué dans la prise en charge du patient transmet les informations nécessaires à l'expert (données d'identification du patient, données médicales et données nécessaires à la facturation). Cette transmission s'opère au moyen d'un dispositif sécurisé (messagerie sécurisée de santé). Elle est réalisée par un professionnel de santé dûment habilité à accéder aux données administratives et de santé du patient.

L'expert s'assure qu'il dispose des informations nécessaires et demande, le cas échéant, des précisions ou compléments au professionnel de santé requérant.

2.2.3 La réalisation de la téléexpertise

L'expert requis analyse les données fournies par le médecin requérant et au terme de celle-ci :

- formule des recommandations de prise en charge pour le professionnel médical requérant ;
- pose un diagnostic le cas échéant ;
- sollicite une consultation physique avec le patient le cas échéant ;
- propose un changement du plan de soins le cas échéant.
- 2.2.4 Après la téléconsultation

L'expert requis rédige son compte-rendu et complète le dossier du patient dans les conditions rappelées au 2.3.1 du présent cahier des charges.

L'expert requis adresse une copie du compte-rendu de téléexpertise par voie sécurisée :

- au professionnel de santé ayant sollicité l'avis ;
- au médecin traitant du patient ;
- à tout professionnel de santé désigné par le patient.

(...)

2.2.5 Le cas particulier des téléconsultations planifiées mais non réalisées intégralement

(...)

2.3 Conditions à respecter pour la mise en œuvre des actes de téléconsultation et de téléexpertise

- 2.3.1 Protection et droits des patients(...)
- 2.3.2 Mode d'intervention (...) entre professionnels de santé, médicaux et paramédicaux
- 2.3.3 Conventionnement

En synthèse:

- une convention est conclue entre requis et requérant sans transmission à l'ARS;
- le requis adresse une déclaration type d'activité à l'ARS et au CNOM ;
- une **lettre d'engagement** est signée entre le requis et 5 à 20 requérants dans le cadre de la téléexpertise et transmise à l'ARS.

2.3.3 Assurance

2.4 Pré-requis en termes de systèmes d'information

Les éléments devant faire l'objet d'un échange de données dans le cadre de l'acte de télémédecine sont identiques à ceux contenus dans le volet médical de synthèse qui comprend :

- Des renseignements administratifs ;
- Des renseignements cliniques :
- · Les traitements au long cours ;
- Les points de vigilance ;
- En cas d'impression, la signature.

(…)

3. Missions et engagements des organismes de tutelle et de financement

3.1 Tarifs

3.1.1 Tarification des téléconsultations

Dans le cadre de la téléconsultation réalisée dans les conditions du présent cahier des charges, le professionnel de santé requis (...) est rémunéré dans la limite de trois actes par patient par an :

26 € par acte et jusqu'à trois actes par an (année civile) et par patient pour un même professionnel, pour un médecin généraliste effectuant des activités de gériatre ou professionnel de santé bénéficiant d'un transfert d'acte de la part de celui-ci au titre de l'article 51 de la loi HPST ;

28 € par acte et jusqu'à trois actes par an (année civile) et par patient pour un même professionnel, pour un médecin spécialiste (sauf gériatre ou psychiatre) ou professionnel de santé bénéficiant d'un transfert d'acte de la part de celui-ci au titre de l'article 51 de la loi HPST;

43,7 € par acte et jusqu'à cinq actes par an (année civile) et par patient pour un même professionnel, pour un psychiatre ou professionnel de santé bénéficiant d'un transfert d'acte de la part de celui-ci au titre de l'article 51 de la loi HPST.

(...)

3.1.2 Tarification des téléexpertises

Dans le cadre d'une téléexpertise réalisée dans les conditions du présent cahier des charges, le professionnel de santé requis (...) est rémunéré au moyen d'un versement forfaitaire versé l'année N+1 au regard de l'activité déclarée lors de l'année N.

Le montant forfaitaire de la rémunération est de 40 € par an (année civile) et par patient pour chaque professionnel requis, à partir d'une téléexpertise réalisée pour un patient donnée et ce, quel que soit le nombre de téléexpertises effectuées par le professionnel médical requis pour un même patient.

Une limite de 100 patients pris en charge par téléexpertise et par an (année civile) et par professionnel médical est fixée.

La rémunération du professionnel de santé requis est effectuée via un acte facturant la téléexpertise d'une valeur de 1 € à la suite de chaque téléexpertise réalisée. En fin d'année, la CPAM versera le différentiel permettant d'atteindre les 40 € par patient, par an et par professionnel médical. (…).

Il n'y aura aucune rémunération dans ce cadre pour le médecin requérant.

En cas de dépassement des seuils d'actes/professionnel médical, une dérogation peut être octroyée par l'ARS en fonction du caractère de désertification médical local.

Le versement de ces rémunérations est conditionné au respect de l'ensemble des dispositions du présent cahier des charges. En outre, il est expressément spécifié que les tarifs préfigurateurs (...) ne bénéficient qu'aux professionnels de santé conventionnés. Les professionnels médicaux non conventionnés (dits « secteur 3 ») ne sont dès lors pas autorisés à facturer leurs actes de télémédecine sur la base du présent cahier des charges.

3.2 Modalités de paiement des actes réalisés

Les rémunérations indiquées ci-dessus sont versées aux professionnels de santé par les caisses d'assurance maladie selon les modalités en vigueur pour la facturation des actes et consultations externes :

Les professionnels ou établissement requis s'identifient selon les modalités habituelles (CPS ou CPE);

Le patient est identifié selon les modalités habituelles (NIR) ;

L'acte est identifié au moyen de l'un des codes spécifiques crées par l'assurance maladie et communiqués aux professionnels de santé concernés dans un délai de 3 mois à compter de la publication du présent cahier des charges. (...)

Sont éligibles à ces rémunérations, les professionnels de santé requis installés dans l'une des 9 régions pilotes sélectionnées par arrêté du 10 juin 2014.

(...)

3.3 Pilotage et accompagnement des professionnels de santé

- 3.3.1 Pilotage national
- 3.3.2 Pilotage régional
- 3.3.2 Accompagnement par l'ASIP santé

La principale évolution du cahier des charges des actes de téléconsultation et téléexpertise par rapport à celui relatif aux plaies chroniques et/ou complexes concerne le périmètre de l'évaluation qui a été élargi aux patients atteints d'ALD ou résidant en structures médico-sociales, eu égard à la situation particulière de ces patients en termes de sévérité de leur pathologie ou complexité de leur prise en charge.

Cet élargissement implique de passer d'une logique « projet de télémédecine » en lien avec la prise en charge d'une pathologie en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins à une logique « acte de télémédecine » transverse à plusieurs pathologies. Il convient donc de définir des modalités de prise en charge génériques des actes de télémédecine et non plus en relation avec une pathologie.

4. Évaluation des expérimentations

Le cahier des charges en vigueur définit les modalités d'évaluation des expérimentations qui sont présentées dans les encadrés ci-après. Les commentaires formulés portent principalement sur les dimensions qui seront évaluées et les points de vigilance à prendre en compte.

4.1 Objectifs et principes de l'évaluation

4.1 Objectifs et principes de l'évaluation

4.1.1 Objectifs

L'article 36 de la LFSS 2014 dispose qu' « au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de Santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016 ».

La mise en œuvre d'une évaluation scientifique et indépendante des expérimentations de prise en charge par télémédecine constitue un élément fondamental d'aide à la décision des pouvoirs publics en vue d'une généralisation du déploiement de la télémédecine.

L'évaluation concerne l'ensemble des projets existants et à venir dans les 9 régions pilotes.

Pour assurer le bon déroulement de l'expérimentation ainsi que la généralisation des actes de télémédecine expérimentés, il est expressément convenu que l'évaluation de la HAS constitue :

- une évaluation médico-économique de nature à fonder l'avis requis aux termes de l'article 57 de la LFSS pour 2015 en vue d'une généralisation et d'une inscription aux nomenclatures de l'assurance maladie ;
- un élément de l'avis de la HAS mentionné au 3^{me} alinéa de l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale nécessaire pour déclencher la procédure d'inscription accélérée à la nomenclature.

L'évaluation n'a pas pour objectif d'évaluer l'efficacité de la pratique médicale avec télémédecine par rapport à la pratique médicale « traditionnelle » mais les **effets attendus de ce nouveau mode d'organisation des soins en vue de son déploiement.** À cet égard, le principal objectif poursuivi est d'apporter des connaissances sur l'impact des actes expérimentés en termes d'accès aux soins, de qualité de la prise en charge, d'organisation des soins et de coût suivant le cadre d'évaluation publié par la HAS en juillet 2013¹⁵.

L'un des principaux enjeux consiste à porter un jugement global sur l'impact des actes expérimentés en tenant compte des spécificités, notamment territoriales et organisationnelles, inhérentes à chaque région pilote, au moyen de critères d'évaluation communs permettant d'appréhender la multiplicité des dimensions en jeu.

L'objectif sera plus précisément d'évaluer si les organisations mises en place sont de nature à :

- faciliter l'accès aux soins en permettant de satisfaire un besoin médical chez des patients présentant une ALD en lien avec leur parcours de soins;
- se substituer aux déplacements du patient ;
- améliorer la qualité de la prise en charge et avoir un impact en termes de satisfaction des patients impliqués dans ce mode d'organisation ;
- avoir un impact sur les recours aux soins (consommations de soins, transports).

¹⁵ « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation », publié en juillet 2013

4.1.2 Principes de l'évaluation

 (\dots)

L'évaluation est conduite à partir du cadre commun proposé ci-après au point 4.2 et défini selon différentes approches :

- l'évaluation opérationnelle examine les modes et les effets de la mise en œuvre de l'intervention ; elle nécessite de caractériser les processus liés à l'intervention de manière précise à partir d'une grille d'analyse permettant de décrire chaque organisation de façon standardisée ;
- l'évaluation d'impact évalue les effets imputables à l'intervention; elle nécessite de quantifier l'effet de l'intervention par rapport à une situation de référence et de mesurer les effets avec une temporalité suffisante. Une mesure avant/après avec un groupe contrôle est préconisée, cependant, dans le cas présent, des projets étant déjà opérationnels cette méthode ne peut être mobilisée;
- le suivi de l'évolution au cours du temps de quelques indicateurs d'activité.

Dans un premier temps, l'état des lieux de l'offre de soins et des besoins des territoires ainsi qu'une description précise de chaque projet de télémédecine sont réalisés à partir d'indicateurs communs, par chaque ARS.

Dans un deuxième temps, l'évaluation est conduite selon un cadre d'évaluation commun, à partir des critères d'évaluation proposés par la HAS, la CNAMTS, la DGOS et la DSS et portant sur les différentes dimensions identifiées par la HAS dans son référentiel d'évaluation de la télémédecine. Elle s'appuie sur le repérage des patients ayant bénéficié au moins d'un acte de téléconsultation ou de téléexpertise, de l'ALD présentée par le patient ainsi que sur le mode d'hébergement du patient (EHPAD versus non résidants en EHPAD par exemple). Pour ces patients repérés dans le SNIIRAM, deux analyses sont réalisées :

- une analyse de type « avant/après » comparant la consommation de soins et les indicateurs listés ci-après sur une période de 12 mois avant le premier acte de télémédecine et sur une période de 12 mois à compter de la réalisation de ce premier acte.
- une analyse « ici/ailleurs » comparant les patients des régions éligibles à des patients appariés par analyse de score de propension à des patients des régions non éligibles.

Les principes de l'évaluation reposent sur le cadre commun élaboré à partir des critères de jugement proposés par la HAS.

Trois familles de données seront recueillies : les données de l'état des lieux de l'offre de soins, de l'évaluation de la satisfaction des patients et de l'analyse des bases de données médico-administratives de l'assurance maladie (SNIIRAM-PMSI). Les données descriptives relatives aux actes de télémédecine ne sont plus collectées.

L'évaluation multidimensionnelle porte sur les 3 dimensions « qualité de la prise en charge des patients, satisfaction des patients et coût liés aux recours aux soins ».

Les objectifs en lien avec l'accessibilité aux soins, les pratiques professionnelles et l'organisation des soins à savoir « faciliter l'accès aux soins en permettant de satisfaire un besoin médical chez des patients présentant une ALD en lien avec leur parcours de soins » et « se substituer aux déplacements du patient » ne pourront pas être évalués.

L'évaluation d'impact mesure les effets imputables à l'intervention ; elle nécessite de quantifier l'effet de l'intervention par rapport à une situation de référence et de mesurer les effets avec une temporalité suffisante. Dès lors, les points de vigilances identifiés concernent la durée de la période d'observation et les méthodologies d'analyse « avant et après » et « ici et ailleurs » susceptibles de comporter certains biais.

4.2 Les modalités de mise en œuvre de l'évaluation

4.2 Modalités de mise en œuvre de l'évaluation

4.2.1 Périmètre de l'évaluation

L'évaluation concerne l'ensemble des actes de téléconsultations et téléexpertises répondant aux exigences de ce cahier des charges.

4.2.1.1 Population

La **population cible** des téléconsultations / téléexpertises correspond à l'ensemble des patients habitant ou étant soigné dans les régions éligibles et atteints d'une ALD ou résidant en structure médico-sociale.

La **population incluse** correspond aux patients ci-dessus ayant bénéficié d'une téléconsultation et/ou d'une téléexpertise qui a fait l'objet d'une facturation (identifié dans le SNIIRAM).

4.2.1..2 Critères d'exclusion

Sont exclus dans tous les cas du périmètre de l'évaluation :

- les patients pris en charge dans un EHPAD doté de pharmacie à usage interne et sous tarif global dans la mesure où il n'est pas possible d'identifier leurs consommations de soins ;
- les patients n'ayant pas eu de recours aux soins dans la mesure où les individus sont repérés à partir des bases de remboursement obligatoire des prestations ;
- les patients qui ne relèvent pas du régime général de l'assurance maladie afin de ne pas complexifier le recueil des d'informations auprès des différents régimes ;
- les patients ayant bénéficié au cours des 12 mois précédents d'un suivi par télémédecine en dehors du contexte des expérimentations.

4.2.2 Cadre d'évaluation

(...)

Les critères de jugement retenus doivent permettre de suivre les 5 dimensions ci-après.

- 4.2.2.1 L'accessibilité aux soins (...)
- 4.2.2.2 Les pratiques professionnelles et l'organisation des soins (...)
- 4.2.2.3 La qualité de la prise en charge des patients (...)
- 4.2.2.4 La satisfaction des patients (...)
- 4.2.2.5 Les coûts liés aux recours aux soins (...)

4.2.3 Données, recueil et pré-requis

L'évaluation nécessite de mobiliser les différentes bases de données disponibles et de mettre en place des enquêtes *ad hoc* (enquête de satisfaction).

4.2.3.1 Données descriptives

Des analyses descriptives sont nécessaires pour saisir les changements de processus et leurs impacts : analyses descriptives majoritairement qualitatives mises en œuvre au niveau du terrain afin d'appréhender les changements organisationnels et les enjeux locaux.

Les données descriptives sont recueillies à partir de plusieurs sources de données et concernent les données relatives à l'état des lieux de l'offre de soins et des besoins des régions.

4.2.3.2 Enquête de satisfaction

Les données permettant d'évaluer la satisfaction des patients pris en charge dans le cadre des expérimentations sont issues d'un questionnaire de satisfaction du patient. Les données sont recueillies à partir d'une grille de recueil à renseigner sous forme papier ou électronique et à transmettre à la HAS pour analyse.

4.2.3.3 données issues de l'analyse des bases de données médico-administratives

L'évaluation de la qualité de la prise en charge et du coût des recours aux soins est réalisée au moyen d'analyses d'impacts à partir des données agrégées. L'objectif est de comparer la population incluse dans l'expérimentation de télémédecine par rapport à la population témoin selon trois grands axes que ce soit pour la téléconsultation ou la téléexpertise :

- comparaison entre patients de même ALD en fonction ou non de la réalisation d'actes de téléconsultation ou téléexpertise ;
- comparaison entre patients résidant en structure médico-sociale de même ALD en fonction ou non de la réalisation d'actes de téléconsultation ou téléexpertise ;
- comparaison entre patients résidant en structure médico-sociales et ne présentant pas d'ALD identifiable ou plusieurs ALD en fonction ou non de la réalisation d'actes de téléconsultation ou de téléexpertise ;
- analyse ALD par ALD pour lesquelles l'effectif de patients pris en charge le permet.

Les critères de jugement permettant d'approcher l'impact de l'intervention évaluée sur la qualité de la prise en charge sont définis dans la matrice d'impacts.

L'évaluation de l'impact sur les consommations de soins pour les personnes cibles et pour les populations témoins sera mise en œuvre à partir de l'analyse des données du SNIIRAM-PMSI. Elle nécessite l'analyse de données individuelles anonymisées et agrégées ainsi que l'appariement de différentes bases de données.

Données nationales : SNIIRAM-PMSI

Les données du SNIIRAM-PMSI sont anonymisées mais contiennent toutes les consommations de soins. Le repérage des individus qui ont bénéficié d'un acte de télémédecine peut être effectué à partir du code acte de téléconsultation ou téléexpertise qui doit être saisi dans le DCIR (ambulatoire et privé) et dans le PMSI, fichier des consultations externes. A partir de l'extraction des données chainées du DCIR, PMSI et résid-EHPAD, il est possible d'obtenir les consommations de soins et les données relatives aux caractéristiques des patients.

Le cahier des charges des actes de téléconsultation et téléexpertise privilégie un recueil de données de manière simple et homogène afin de ne pas alourdir le travail des acteurs. La logique d'évaluation multidimensionnelle s'en trouve réduite à 3 des 5 dimensions proposées initialement :

1. L'accessibilité aux soins

Les expérimentations de télémédecine ont pour objectif de faciliter l'accès à l'offre de soins en permettant de satisfaire un besoin médical chez des patients présentant une ALD en lien avec leur parcours de soins et se substituer aux déplacements du patient. Le SNIIRAM-PSMI ne permettant pas de fournir de données descriptives relatives aux actes de télémédecine, l'impact de la télémédecine sur l'accessibilité ne pourra être évalué.

2. Les pratiques professionnelles et l'organisation des soins

Le cahier des charges ne définit plus d'objectif des expérimentations de télémédecine en relation avec l'impact sur l'organisation des soins et les pratiques professionnelles.

3. La qualité de la prise en charge des patients

Les expérimentations ont pour objectif d'améliorer la qualité de la prise en charge.

Les effets de la prise en charge par télémédecine relatifs à l'état de santé des patients concernent les décès, les recours aux hospitalisations et aux urgences.

Les points de vigilance identifiés sont les suivants :

- l'absence de recueil de données cliniques relatives à l'état de santé des patients;
- dans les interventions comparées largement fondées sur des changements organisationnels, la question de la de la capacité à mettre en évidence un impact sur la durée de vie peut être soulevée :
- la durée de la période d'observation.

4. La satisfaction des patients

Les expérimentations ont pour objectif d'avoir un impact en termes de satisfaction des patients impliqués dans ce mode d'organisation.

Les données permettant d'évaluer cet objectif sont issues d'un questionnaire de satisfaction qui sera renseigné par des patients volontaires ou leurs proches et adressé directement à la HAS au moyen d'une carte T qui sera remise aux professionnels de santé par leur ARS de rattachement.

5. Les coûts liés aux recours aux soins

Les expérimentations ont pour objectif d'avoir un impact sur les recours aux soins (consommations de soins, transports, etc.).

Les données d'impact prennent en compte les postes de coût suivants : les transports, la prise en charge, les actes de télémédecine, la consommation totale de thérapeutiques médicamenteuses et de soins médicaux (consultations, actes, etc.) chez les patients souffrant d'une ALD donnée ou pris en charge en structure médico-sociale.

Concernant l'analyse des données médico-administratives, l'évaluation de la qualité de la prise en charge et du coût des recours aux soins est réalisée au moyen d'analyses d'impacts à partir de données agrégées. Selon le cahier des charges, l'objectif est de comparer la population incluse dans l'expérimentation de télémédecine par rapport à une population témoin selon les grands axes suivants que ce soit pour la téléconsultation ou pour la téléexpertise :

- comparaison entre patients de même ALD en fonction ou non de la réalisation d'actes de téléconsultation ou téléexpertise;
- comparaison entre patients résidant en structure médico-sociale de même ALD en fonction ou non de la réalisation d'actes de téléconsultation ou téléexpertise ;
- comparaison entre patients résidant en structure médico-sociales et ne présentant pas d'ALD identifiable ou plusieurs ALD en fonction ou non de la réalisation d'actes de téléconsultation ou de téléexpertise;
- analyse ALD par ALD pour celles pour lesquelles l'effectif des patients pris en charge le permet.

Les points de vigilance identifiés concernent la forte hétérogénéité de la population incluse en raison de l'élargissement du champ de l'expérimentation à tous les patients atteints d'ALD ou résidant en structure médico-sociale et l'absence de recueil de données cliniques relatives à l'état de santé des patients.

Une volumétrie suffisante des actes de téléconsultation et téléexpertise peut cependant permettre de limiter le biais lié à l'hétérogénéité de la population incluse en réalisation une comparaison entre patients de même ALD.

4.3 Protocole d'évaluation

Le protocole définit le format et les modalités selon lesquelles les données sont transmises à la HAS en fonction de leur nature.

4.3 Protocole d'évaluation

L'objectif du protocole d'évaluation est de définir explicitement le format et les modalités de transmission des données produites par les régions pilotes ou l'Assurance Maladie.

Trois types de données doivent être recueillis de façon simultanée :

les données sur l'offre de soins et les besoins des territoires

- les données issues d'une enquête qualitative permettant d'évaluer la satisfaction des patients pris en charge dans le cadre des projets de télémédecine ;
- les données issues de l'analyse des bases de données médico-administratives de l'Assurance Maladie.

Le protocole d'évaluation définit le format des données et précise les modalités de transmission des données sous la forme de rapports d'états contenant des données agrégées.

Trois rapports d'états sont attendus :

- les données des actes de télémédecine
- les données de consommation de soins et d'impact sur l'état de santé issues de l'analyse du SNIIRAM-PMSI;
- les données des questionnaires de satisfaction des patients.

Les tableaux ci-dessous définissent le format des données nécessaires à l'évaluation des expérimentations. Ces données sont structurées en trois familles :

- les données d'impact :
- les données relatives à l'état des lieux de l'offre de soins ;
- les réponses aux questionnaires de satisfaction du patient.

4.3.1 Données d'impact

Toutes sont à extraire par la CNAMTS et à fournir à la HAS à la fin de chaque période semestrielle d'évaluation. Le premier recueil « base line » peut être fait de 6 mois en 6 mois. L'analyse aura lieu en base line pour les données avant et eu terme des expérimentations. Toutes ces données seront également analysées sur une base ici ailleurs (régions pilotes et régions non éligibles).

L'analyse étant basée sur le SNIRAM, les données sont exhaustives et correspondent à de la consommation réelle de soins de ville sans risque de sous-estimation de ceux-ci.

L'analyse étant basée sur le SNIRAM, il est possible d'analyser spécifiquement chaque compartiment de soin, de suivi ou de prise en charge thérapeutique au-delà de ces éléments clefs.

- S1 : Données populationnelles (âge, sexe, numéro de l'ALD, répartition des ALD, consommations de soins de base, répartitions dans les déciles de consommation de soins au sein de leur ALD)
- S2 : Nombre moyen de téléconsultations par patient
- S3 : Nombre moyen de téléconsultations et de téléexpertises par médecin
- S4 : Nombre de médecins ayant réalisé au moins une téléconsultation
- S5 : Nombre de médecins ayant réalisé au moins une téléexpertise
- S6 : Pourcentage de patientèle des médecins ayant bénéficié d'une téléconsultation ou d'une téléexpertise
- S7 : Nombre moyen de téléexpertises par patient
- S8 : Répartition des ALD concernées par les téléconsultations
- S9 : Répartition des ALD concernées par les téléexpertises
- S10 : Comorbidités cotées en diagnostics associés selon le PMSI
- S11 : Diagnostic principal de l'hospitalisation dans la période de comparaison selon le PMSI
- S12 : Diagnostic principal de l'hospitalisation éventuelle dans la période de suivi selon le PMSI
- S13 : Hospitalisations toutes causes de plus de 24h nombre total/nombre de patients en ayant au moins une / délai entre inclusion et première survenue / durée moyenne de séjour/ durée totale cumulée
- S14 : Passage aux urgences sans hospitalisation nombre total/nombre de patients en ayant au moins une / délai entre inclusion et première survenue / durée moyenne de séjour
- S15 : Délai entre la téléconsultation et une hospitalisation ou un passage aux urgences
- S16 : Délai entre la téléexpertise et une hospitalisation ou un passage aux urgences
- S17 : Délai entre la téléconsultation et une consultation physique
- S18 : Délai entre la téléexpertise et une consultation physique

- S19: Nombre total de décès
- S20 : Nombre de consultations totales nombre total/nombre de patients en ayant au moins une / délai entre inclusion et première survenue
- S21 : Nombre de consultation de médecine générale nombre total/nombre de patients en ayant au moins une / délai entre inclusion et première survenue
- S22 : Nombre d'actes en B nombre total/nombre de patients en ayant au moins une / délai entre inclusion et première survenue
- S23 : Nombre d'actes en Z nombre total/nombre de patients en ayant au moins une / délai entre inclusion et première survenue
- S24 : Pour les pathologies bénéficiant d'un référentiel HAS validé (soit parcours de soins comme l'Insuffisance cardiaque, soit les pathologies bénéficiant d'un Dataset) comparaison du pourcentage de patients bénéficiant d'un parcours de soins cohérent en fonction ou non de leur inclusion en téléconsultations ou téléexpertises
- S25 : Nombre total et coût total des transports en taxi remboursés
- S26 : Nombre total et coût total des transports en ambulance remboursés
- S27 : Nombre total et coût total des transports en véhicule sanitaire léger remboursés
- S28 : Coût total lié au traitement
- S29 : Coût total lié aux hospitalisations
- S30 : Coût total lié aux transports
- S31 : Coût total de la prise en charge
- S32 : Nombre de téléconsultations générées par les établissements de santé
- S33 : Nombre de téléexpertises générées par les établissements de santé
- S34 : Coût total lié aux téléconsultations et téléexpertises
- S35 : Coût cumulé pour les actes de téléconsultation et téléexpertise
- S36: Nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un EHPAD
- S37 : Consommation totale de thérapeutiques médicamenteuses chez les patients d'une ALD donnée n'ayant pas bénéficié de téléconsultation ou téléexpertise d'une part et chez ceux ayant bénéficié d'une téléconsultation ou téléexpertise d'autre part
- S38 : Consommation de soins médicaux (consultations, actes, etc.) chez les patients d'une ALD donnée n'ayant pas bénéficié de téléconsultation ou téléexpertise d'une part et chez ceux ayant bénéficié d'une téléconsultation ou téléexpertise d'autre part

Toutes ces données sont à produire en séparant d'une part, les patients résidant en structure médico-sociale des autres patients, et, d'autre part, les patients en EHPAD présentant au moins une ALD de ceux résidant en EHPAD ne présentant pas d'ALD. Pour chacun de ces groupes, les indicateurs ci-dessus seront comparés en fonction de la réalisation ou non d'un acte de téléconsultation ou de téléexpertise.

4.3.2 Données du questionnaire de satisfaction du patient

Méthodologie :

Les données permettant d'évaluer la satisfaction des patients pris en charge dans le cadre des expérimentations sont issues d'un questionnaire de satisfaction.

Elles sont recueillies à partir d'une grille, auprès des patients volontaires ou de leurs proches le cas échéant. Cette grille de recueil réalisée sous forme d'une carte « T » est remise aux professionnels de santé par leur ARS de rattachement. La grille est ensuite remise au patient et à ses proches par le professionnel médical chargé de sa prise en charge. Le patient ou son accompagnant remplit la grille et l'adresse directement à la HAS chargée de traiter les données.

Tableau 5. Questionnaire de satisfaction du patient

Code	Intitulé de la question	Туре	Liste de valeurs
REG_PATIENT			
ID_THEMATIQUE			
ID_PATIENT_ARS			
SDP_Q01	Pour vous, la prise en charge par télémédecine est-elle stressante en comparaison à une consultation habituelle ?	Numérique	 1 = beaucoup 2 = un peu 3 = Ni plus ni moins 4 = moins stressante 5 = beaucoup moins stressante
SDP_Q02	Avez-vous eu l'impression de bénéficier de la même qualité des soins lors de la prise en charge par télémédecine par rapport à vos consultations habituelles ?	Numérique	 1 = pas du tout d'accord; 2 = pas d'accord; 3 = Ni en désaccord ni d'accord; 4 = D'accord; 5 = Tout à fait d'accord.
SDP_Q03	Avez-vous eu l'impression de béné- ficier de la même qualité de relation avec votre médecin en téléméde- cine par rapport à vos consultations habituelles ?	Numérique	 1 = pas du tout d'accord; 2 = pas d'accord; 3 = Ni en désaccord ni d'accord; 4 = D'accord; 5 = Tout à fait d'accord.
SDP_Q04	La prise en charge par télémédecine dont vous bénéficiez vous a elle parue aussi sécurisée (confidentialité des échanges) qu'une consultation habituelle?	Numérique	 1 = pas du tout d'accord; 2 = pas d'accord; 3 = Ni en désaccord ni d'accord; 4 = D'accord; 5 = Tout à fait d'accord.
SDP_Q05	Par comparaison avec une consultation en face-à-face, la télémédecine vous a-t-elle permis : d'améliorer votre accès aux soins ?	Numérique	 1 = beaucoup moins 2 = un peu moins 3 = Ni plus ni moins 4 = plus 5 = beaucoup plus
SDP_Q06	Par comparaison avec une consultation en face-à-face, la télémédecine vous a-t-elle permis d'être moins fatigué ?	Numérique	 1 = beaucoup moins 2 = un peu moins 3 = Ni plus ni moins 4 = plus 5 = beaucoup plus
SDP_Q07	Par comparaison avec une consultation en face-à- face, la télémédecine vous a-t-elle permis de recevoir des soins jugés équivalents?	Numérique	 1 = pas du tout 2 = plutôt non 3 = Ni plus ni moins 4 = plutôt oui 5 =tout à fait
SDP_Q08	Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de la communication avec votre médecin (ou autre professionnel de santé) à distance ?	Numérique	 1 = pas du tout 2 = plutôt non 3 = Ni plus ni moins 4 = plutôt oui 5 =tout à fait
SDP_Q09	Etes-vous satisfait de poursuivre votre suivi médical par télémédecine ?	Numérique	 1 = pas du tout 2 = plutôt non 3 = Ni plus ni moins 4 = plutôt oui 5 =tout à fait
SDP_Q10	Recommanderiez-vous à vos amis la prise en charge par télémédecine dont vous bénéficiez ?	Numérique	 1 = pas du tout 2 = plutôt non 3 = Ni plus ni moins 4 = plutôt oui 5 =tout à fait

4.3.3 Données régionales (relatives à l'état des lieux de l'offre de soins)

- Contexte démographique et socioéconomique :
- densité de population pour la région concernée ;
- part des personnes de 75 ans et plus pour la région concernée;
- part des 75 ans et plus vivant en institution pour la région concernée ;
- revenu fiscal médian par unité de consommation pour la région concernée ;
- État de santé et dépendance des populations pour la région et le territoire de santé concerné :
- taux de mortalité pour la région concernée ;
- nombre des personnes bénéficiaires de l'APA à domicile évaluées en GIR 1 ou GIR 2 ;
- Offre sanitaire, sociale et médico-sociale :
- nombre de lits en Médecine et Chirurgie pour la région concernée ;
- nombre de lits en soins de suite et réadaptation pour la région concernée ;
- nombre de place en Hospitalisation à domicile (HAD) pour la région concernée ;
- nombre de place en EHPAD/structures médico-sociales pour la région concernée ;
- nombre de place en Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour la région concernée.
- Démographie médicale et paramédicale :
- densité de médecins généralistes exerçant dans le territoire concerné :
 - nombre de médecins généralistes exerçant dans la région /nombre d'habitants de 18 ans et plus du territoire concerné :
 - nombre de médecins généralistes exerçant dans la région /nombre d'habitants de 75 ans et plus du territoire concerné ;
- densité de médecins spécialistes exerçant dans le territoire concerné :
 - nombre de médecins spécialistes (ALD par ALD) exerçant dans la région /nombre d'habitants de 18 ans et plus du territoire concerné ;
- densité d'infirmiers exerçant dans la région concernée :
 - nombre d'infirmiers exerçant dans la région /nombre d'habitants de 18 ans et plus du territoire concerné.
- nombre d'infirmiers exerçant dans la région /nombre d'habitants de 75 ans et plus du territoire concerné. (...)
- 4.3.4 Modalités de transmission des données à la Haute Autorité de Santé (...)
- 4.3.5 Complétude des données (...)

Annexe : liste des affections de longue durée (...)

À titre informatif, la HAS a mis en œuvre une enquête (entre le 2 mai au 23 juin 2016) auprès des ARS des régions pilotes afin de dresser un état des lieux de l'offre de soins dans ces régions pilotes (correspondant au paragraphe 4.3.3 du cahier des charges). Cet état des lieux figure en annexe 1. Dans le même temps, les projets de télémédecine dans ces régions ont été recensés. Ce recensement figure en annexe 2.

Conclusion

L'article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu la mise en place d'expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine en ville et dans les structures médico-sociales et a chargé la HAS de les évaluer.

La HAS considère la télémédecine comme un vecteur potentiel d'amélioration de l'accès aux soins des patients, en particulier dans les zones fragiles, et de réduction de l'isolement des professionnels de santé, il est donc nécessaire d'en documenter l'impact. L'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines, financières et technologiques disponibles sont les principaux enjeux associés à son développement.

Dans la continuité des travaux déjà réalisés, en particulier, le cadre d'évaluation publié en 2013⁶, la HAS va réaliser l'évaluation des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation et téléexpertise selon les modalités définies dans le cahier des charges publié par arrêté du 28 avril 2016.

Ce nouveau cahier des charges en ouvrant de manière expérimentale l'accès à la téléconsultation et la téléexpertise à l'ensemble des patients atteints d'ALD ou résidant en structures médicosociales dans 9 régions pilotes, vise à permettre de déterminer le modèle tarifaire adéquat et analyser l'impact de la télémédecine sur le système de soins.

La HAS a contribué à l'élaboration du cahier des charges en conciliant le cadre d'évaluation de la télémédecine, qu'elle avait elle-même élaboré auparavant à la demande de la DGOS, et le profil des expérimentations envisagées.

Compte tenu du champ de l'expérimentation, l'évaluation reposera sur les données de l'Assurance maladie issues du SNIIRAM-PMSI et la réalisation d'une enquête de satisfaction.

La disponibilité et l'analyse des données prévues dans le protocole d'évaluation permettront d'évaluer l'impact de la prise en charge par téléconsultation et/ou téléexpertise sur la qualité de la prise en charge, la satisfaction des patients et le coût relatif aux consommations de soins du point de vue de l'Assurance Maladie.

Il convient enfin de rappeler que, les données recueillies dans le cadre des expérimentations prévues par l'article 36 n'étaient pas destinées à évaluer le service attendu des actes de télémédecine. Elles ne seront donc pas de nature à fonder un service attendu suffisant (nécessaire pour l'inscription des actes de télémédecine sur la liste des actes et prestations), compte tenu des dispositions de l'article R.162-52-1¹⁶ du code de la sécurité sociale.

« Les actes ou prestations sont inscrits sur la liste prévue à l'article <u>L. 162-1-7</u> au vu de l'avis de la Haute Autorité mentionné à l'article au a du 1° de l'article R. 161-71.

Le service attendu d'un acte ou d'une prestation est évalué dans chacune de ses indications diagnostiques ou thérapeutiques et, le cas échéant, par groupe de population, en fonction des deux critères suivants :

- 1° L'intérêt diagnostique ou thérapeutique de cet acte ou prestation en fonction, notamment, de sa sécurité, de son niveau d'efficacité et des effets indésirables ou risques liés à sa pratique, d'une part, de sa place dans la stratégie de prise en charge des pathologies concernées, d'autre part ;
- 2° Son intérêt de santé publique attendu dont, notamment, son impact sur la santé de la population en termes de mortalité, de morbidité et de qualité de vie, sa capacité à répondre à un besoin thérapeutique non couvert, eu égard à la gravité de la pathologie, son impact sur le système de soins et son impact sur les politiques et programmes de santé publique.

L'avis précise :

- a) Les indications pour lesquelles le service attendu a été apprécié et celles pour lesquelles la Haute Autorité estime fondée l'inscription, en distinguant, le cas échéant, les groupes de population concernés ;
- b) La description de la place de l'acte ou de la prestation dans la stratégie thérapeutique ;
- c) L'appréciation de l'amélioration du service attendu par rapport aux traitements thérapeutiques alternatifs de référence selon les données actuelles de la science, notamment au regard de l'efficience comparée de ces traitements. L'amélioration du service attendu est évaluée dans chacune des indications, le cas échéant par groupe de population.

¹⁶ Article R.162-52-1 du code de la sécurité sociale :

Enfin, dans la lignée de ses travaux en cours, la HAS souhaite prolonger sa contribution au développement de la télémédecine notamment en favorisant son intégration dans les parcours de soins.

Cette évaluation conduit à considérer l'amélioration du service attendu comme majeure, importante, modérée, mineure ou à en constater l'absence ;

- d) L'estimation du nombre de patients relevant des indications thérapeutiques pour lesquelles la Haute Autorité estime fondée l'inscription, ainsi que l'estimation du nombre de patients relevant de chaque groupe de population identifié pour l'appréciation du service attendu et de l'amélioration du service attendu, selon les données épidémiologiques disponibles ;
- e) L'appréciation sur les modalités de mise en œuvre de l'acte ou de la prestation et les autres informations utiles à un bon usage de l'acte ou de la prestation ; ces modalités sont précisées à l'égard de chacune des indications diagnostiques ou thérapeutiques proposées :
- f) L'appréciation du caractère préventif, curatif ou symptomatique de l'acte ou de la prestation :
- g) L'appréciation du caractère de gravité de la ou des pathologies correspondant aux indications dont le remboursement est proposé ;
- h) L'énoncé des exigences de qualité et de sécurité des soins lorsque l'inscription de l'acte ou de la prestation au remboursement nécessite d'être assortie de conditions relatives à l'état de la personne ou concernant la qualification, la compétence ou l'expérience des professionnels concernés, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins ou la mise en place d'un dispositif de suivi des patients traités ;
- i) Le cas échéant, les objectifs des études nécessaires à l'évaluation du service rendu, dont notamment les études de suivi en population générale des effets de la pratique de l'acte ou de la prestation dans les conditions réelles de mise en œuvre et les recueils d'information nécessaires à cet effet.

Cet avis préconise, le cas échéant, de soumettre la réalisation de l'acte ou de la prestation à l'accord préalable du service médical en application des dispositions prévues par l'article <u>L. 315-2</u>.

II.- Pour la première inscription sur la liste d'un acte ou d'une prestation précédemment inscrit à la nomenclature générale des actes professionnels ou régulièrement assimilé à celle-ci, la Haute Autorité de Santé peut, à l'occasion de la première attribution à chacun d'entre eux de leur numéro de code prévu par l'article L. 161-29, ne pas mentionner dans l'avis qu'elle rend les différents éléments mentionnés aux alinéas six à quatorze du l ci-dessus. En ce cas, elle précise dans cet avis le programme d'évaluation complémentaire du service attendu de ces actes et prestations.

Annexe 1. État des lieux de l'offre de soins : analyse des données des régions pilotes

Le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise, publié par arrêté du 28 avril 2016, prévoit dans son protocole d'évaluation (section 4.3.3), le recueil de données régionales relatives à l'état des lieux de l'offre de soins auprès des agences régionales de santé des neuf régions impliquées dans ces expérimentations : Haute-Normandie, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Picardie, Alsace, Languedoc-Roussillon, Pays-de-la-Loire et Martinique.

De façon concomitante à la publication du présent cahier des charges, la HAS a mis en œuvre une enquête auprès des ARS des régions pilotes qui s'est déroulée durant la période du 2 mai au 23 juin 2016. Cette enquête avait pour objectif de réaliser un état des lieux de l'offre de soins et des projets de télémédecine (développée dans l'annexe 2).

L'état des lieux de l'offre de soins se fonde principalement sur le recueil de données régionales spécifiées dans le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise :

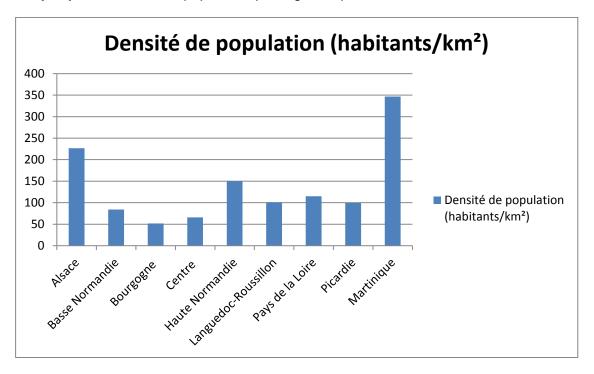
- contexte démographique et socio-économique
- état de santé et dépendance des populations
- offre sanitaire, sociale et médico-sociale
- démographie médicale et paramédicale.

Un fichier pré-rempli par la HAS à partir des données du STATISS 2015 (recomposées en fonction des anciennes régions administratives) a été envoyé à chaque ARS des régions pilotes.

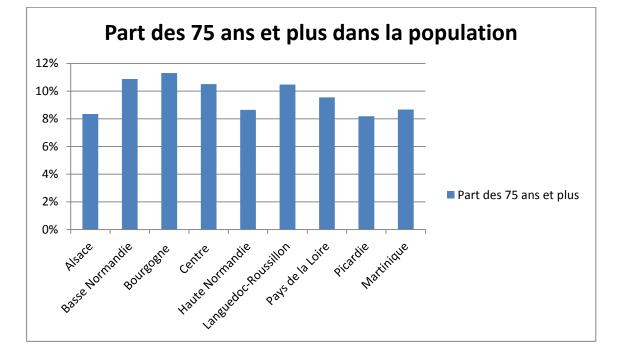
Les principales données sur l'offre de soin des 9 régions pilotes sont présentées dans les paragraphes suivants.

Contexte démographique et socioéconomique

Graphique 1. Densité de population par région expérimentatrice



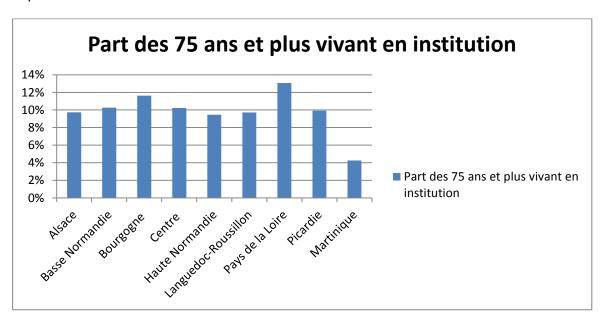
La densité de population est hétérogène allant de 51 habitants par km² en Bourgogne jusqu'à 346 habitants par km² en Martinique. À noter que plus de la moitié des régions expérimentatrices (5) ont une densité inférieure ou égale à 100 habitants par km², et que la valeur moyenne est de 137 habitants par km² pour l'ensemble des régions. Dans les régions expérimentatrices, hors Martinique, la plus forte densité est celle de la région d'Alsace avec 226 habitants/km², devant la région Haute-Normandie avec 150 habitants/km².



Graphique 2. Part des 75 ans et plus dans la population des régions expérimentatrices

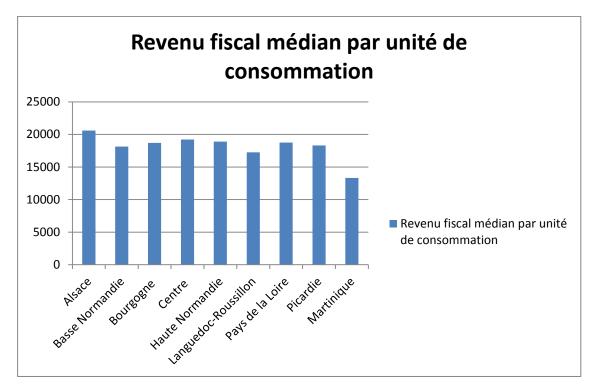
Graphique 3. Part des 75 ans et plus vivant en institution dans la population des régions expérimentatrices

. Natinique



La part des 75 ans et plus est homogène dans les régions expérimentatrices, allant de 8 à 11%. En moyenne 10 % d'entre eux vivent en institution, ce qui représente 188 342 personnes. À noter que la Martinique possède la plus faible part des 75 ans et plus vivant en institution avec seulement 4,26 %, la part la plus importante étant celle du Pays-de-la-Loire, atteignant 13 %.

Graphique 4. Revenu fiscal médian par unité de consommation dans les régions expérimentatrices



Le revenu fiscal médian est de 18 136€ en moyenne pour ces régions. Cette moyenne peut être sous-estimée compte tenu du revenu fiscal médian moyen de la Martinique qui est de 13 335€. A noter qu'en 2009, l'INSEE a recensé un revenu fiscal médian pour la France de 18 355€.

► État de santé et dépendance des populations pour la région et le territoire de santé concerné

Le taux de mortalité moyen constaté dans les régions pilotes est de 9,4 %; ce chiffre étant plutôt homogène entre les régions. La Martinique possède le plus faible taux de mortalité avec 7,6 %. Le pourcentage de bénéficiaire de l'APA en GIR1 ou GIR2, qui représente les personnes les plus dépendantes, dans la population de plus de 60 ans est de 1 % en moyenne. Toutes les valeurs sont proches, excepté pour le Pays-de-la-Loire (0,42 %).

► Offre sanitaire, sociale et médico-sociale

L'état des lieux de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale a été réalisé à partir du recueil de données relatives au nombre de lits et places.

La distinction selon le statut privé ou public n'a pas été prise en compte.

Les données relatives à l'offre de soins de court séjour hospitalier sont présentées dans le tableau 1 et celles relatives à l'offre de soins de suite et réadaptation et en hospitalisation à domicile (HAD) dans le tableau 2.

Tableau 1. Offre de soins en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique

	Nombre de lits en Médecine, Chirurgie et Gynécologie-obstétrique					
	Court séjour hospitalier					
	Hospitalisation à temps plein (lits) pour MCO (Public + Privé)	Hospitalisation partielle ou ambulatoire (places) pour MCO (Public + Privé)	Séjour en hospitali- sation complète en 2014 pour MCO	Séjours en hospitalisation partielle et en anesthésie ou chirurgie ambulatoire en 2014 pour MCO		
Alsace	7259	970	358267	198313		
Basse-Normandie	5382	648	286702	107476		
Bourgogne	6255	838	328365	121619		
Centre	8219	1082	417519	175479		
Haute-Normandie	5659	788	305140	151517		
Languedoc-Roussillon	8877	1354	476559	274606		
Pays-de-la-Loire	10861	1604	615007	340157		
Picardie	5954	864	299252	131602		
Martinique	1208	214	57604	21177		

Le nombre moyen de lits en hospitalisation à temps plein pour les 8 régions de France métropolitaine est de 7 300. En métropole, la région Pays-de-la-Loire (région la plus peuplée) dispose de l'offre la plus importante pour le court séjour hospitalier, contrairement à la région Basse-Normandie (région la moins peuplée).

Tableau 2. Offre de soins de suite et réadaptation et hospitalisation à domicile (HAD)

	Soin de suite e	t réadaptation	Hospitalisatio	n à Domicile (HAD)
	Hospitalisation complète (lits) (Public + Privé)	Hospitalisation partielle (places) (Public + Privé)	Nombre de place en hospitalisation à domicile (HAD)	Nombre de séjours pour l'ensemble de l'activité d'HAD
Alsace	2854	494	323	2744
Basse-Normandie	2324	360	409	3855
Bourgogne	2853	246	305	3544
Centre	4248	255	681	8979
Haute-Normandie	2736	301	308	3295
Languedoc-Roussillon	5497	464	550	4560
Pays-de-la-Loire	5133	603	623	6979
Picardie	2874	252	472	4555
Martinique	568	56	60	622

Concernant l'HAD, on observe une importante hétérogénéité entre les régions, avec par exemple la région Centre qui dispose de plus de deux fois plus de places par rapport à la région Alsace. En corolaire, les mêmes observations peuvent être formulées pour le nombre de séjours pour l'ensemble de l'activité d'HAD avec des écarts encore plus importants.

L'offre de soins hors établissements de santé MCO est répertoriée par type d'accueil dans les tableaux 3,4 et 5.

Tableau 3. Offre de soins en maisons de retraite (hors EHPAD) et logement-foyer

	Maison de retra	ite non EHPAD	Logement-foyer		
	Nombre d'éta- blissements	Nombre total de places installées	Nombre d'établis- sements	Nombre total de places installées	
Alsace	32	672	52	2765	
Basse Normandie	14	292	94	3739	
Bourgogne	12	244	40	2537	
Centre	3	67	86	3193	
Haute Normandie	4	94	153	7766	
Languedoc-Roussillon	8	238	44	1862	
Pays de la Loire	16	645	151	6619	
Picardie	8	145	69	3198	
Martinique	9	144	2	56	

Tableau 4. Offre de soins en EHPAD et unités de soins de longue durée (USLD)

	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépen- dantes (EHPAD)		Unités de soins de longue durée (USLD)	
	Nombre d'éta- blissements	Nombre total de places installées	Nombre d'USLD	Nombre de lits
Alsace	196	16914	21	1183
Basse-Normandie	229	17565	12	665
Bourgogne	287	23163	18	767
Centre	314	28840	24	1349
Haute-Normandie	155	15699	13	851
Languedoc-Roussillon	378	26179	27	1486
Pays-de-la-Loire	588	46855	40	1742
Picardie	189	15833	25	1406
Martinique	20	1320	2	110

Tableau 5. Places en établissements d'accueil temporaire et concernant les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées

	Établissemer tempo			firmiers à domicile pour es (SSIAD + SPASAD)
	Nombre d'éta- blissements	Nombre total de places installées	Nombre de services	Nombre de places
Alsace	0	0	58	2827
Basse-Normandie	0	0	66	3095
Bourgogne	5	152	98	3550
Centre	8	154	98	5416
Haute-Normandie	0	0	58	3257
Languedoc-Roussillon	4	52	108	5194
Pays-de-la-Loire	6	165	104	6544
Picardie	1	14	69	3654
Martinique	0	0	11	428

On constate une importante variabilité dans le nombre d'établissements hors établissements de santé MCO entre les régions (écart type très important).

Ainsi, pour les EHPAD, la région Haute Normandie dispose de 155 EHPAD versus 588 EHPAD en Pays de la Loire.

Les variabilités observées sont liées aux différentes densités de population des régions pilotes.

Pour les maisons de retraite non EHPAD la moyenne est de 12 établissements et le nombre moyen de places de 299. Pour les logements-foyer la moyenne est de 86 établissements et de 3 959 places.

Pour les USLD la moyenne d'établissements est de 22 pour 1181 places. A noter pour cette dernière l'homogénéité entre les régions (écart-type de 10) que l'on ne constate pas pour les autres données. Pour les établissements d'accueil temporaire 4 régions ne disposent pas de ce type d'établissements.

Démographie médicale et paramédicale

Le tableau 6 présente le nombre de professionnels de santé, médecins et infirmiers par région. La densité de médecins généralistes, spécialistes et infirmiers pour 100 000 habitants est présentée dans le tableau 7.

Tableau 6. Professionnels de santé, médecins et infirmiers

Professionnel de santé exerçant à titre libéral ou salarié au 01.01.2015	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Infirmiers
Alsace	3170	3910	21204
Basse-Normandie	2225	2219	15684
Bourgogne	2295	2424	16391
Centre	3340	3609	20985
Haute-Normandie	2523	2606	15226
Languedoc-Roussillon	4757	5292	29012
Pays-de-la-Loire	5315	5250	29626
Picardie	2585	2448	16049
Martinique	487	535	4038
France Métropolitaine	67197	60299	104494
Moyenne des régions expérimentatrices			
	2966	3144	18691

Tableau 7. Densité de médecins généralistes, spécialistes et infirmiers (pour 100 000 habitants)

Professionnel de santé libéraux ou mixtes au 01.01.2015	Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants	% de médecins généralistes de plus de 55 ans	Densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants	% de médecins spécialistes de plus de 55 ans	Densité d'infirmiers pour 100 000 habitants
Alsace	104,7	48,07 %	91,8	54,28 %	133,8
Basse-Normandie	94,4	49,55 %	60,3	56,26 %	145,5
Bourgogne	91	51,27 %	71,5	54,04 %	140,7
Centre	88,3	53,82 %	71,4	58,28 %	95,3
Haute-Normandie	90,6	51,50 %	59,7	53,55 %	110,6
Languedoc-Roussillon	118,3	49,40 %	90,7	51,52 %	285,0
Pays-de-la-Loire	100,1	45,46 %	70,6	48,46 %	92,1
Picardie	91,1	49,54 %	60,8	56,72 %	118,9
Martinique	83,1	53,00 %	61,9	56,36 %	365,8
Moyenne des régions					
expérimentatrices	95,73	50,18 %	70,96	54,39	165,30
France Métropolitaine	105	49,48 %	94	55,60 %	163

La ligne « France métropolitaine » a pu être renseignée grâce au STATISS.

Concernant les médecins généralistes :

- Excepté pour la région Languedoc-Roussillon toutes les densités sont inférieures à la moyenne nationale.
- La répartition est homogène avec un écart type de 10 médecins généralistes.

- Lorsque le nombre de médecins généralistes est ramené sur le nombre d'habitants de 20 ans et plus, la répartition est homogène. La région la mieux dotée est le Languedoc-Roussillon et la moins bien dotée est la Martinique.
- Lorsque le nombre de médecins généralistes est ramené sur le nombre d'habitants de 75 ans et plus, la répartition est homogène. La densité la plus forte de médecins généraliste est pour la région d'Alsace et la plus faible pour la région Centre.

Concernant les médecins spécialistes :

- Toutes les régions ont une densité en dessous de la moyenne nationale.
- La répartition est homogène avec un écart type de 12 médecins spécialistes. À noter que l'écart entre l'écart type et la moyenne est plus faible que pour les médecins généralistes.
- Les deux régions disposant de la plus forte densité sont la région d'Alsace et la région du Languedoc-Roussillon. A contrario la plus faible densité est celle de la région Picardie.
- Lorsque le nombre de médecins spécialistes est ramené sur le nombre d'habitants de 20 ans et plus, la répartition est plus hétérogène que pour les médecins généralistes par rapport aux habitants de 20 ans et plus.
- Lorsque le nombre de médecins spécialistes est ramené sur le nombre d'habitants de 75 ans et plus, la plus forte densité est celle d'Alsace. Les autres régions disposent de densités plus faibles, mais aussi plus homogènes.

Concernant les infirmiers :

- La moyenne nationale et la moyenne des régions expérimentatrices sont pratiquement égales.
- La répartition est très hétérogène, avec un écart type de 94 infirmiers soit plus que ce que possède le Pays-de-la-Loire.
- Deux groupes de régions peuvent être formés en fonction de la densité d'infirmiers. Le premier groupe avec une faible densité (de 92 à 140 infirmiers pour 100 000 habitants) pour les régions d'Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Pays-de-la-Loire et Picardie et un second groupe avec la Martinique et le Languedoc-Roussillon avec une haute densité (365 et 285 infirmiers pour 100 000 habitants).
- Lorsque le nombre d'infirmiers est ramené sur le nombre d'habitants de 20 ans et plus, la plus forte densité d'infirmier est dans la région de Martinique. Les plus faibles densités sont pour les régions Centre et Pays de la Loire.
- Lorsque le nombre d'infirmiers est ramené sur le nombre d'habitants de 75 ans et plus, les plus fortes densités d'infirmiers sont pour les régions Alsace et Martinique. Les plus faibles densités sont dans les régions du Pays-de-la-Loire et Bourgogne.

D'un point de vue général, les régions expérimentatrices mettent en exergue un déficit au niveau de la densité comparé à la moyenne nationale, que ce soit pour les médecins généralistes ou les médecins spécialistes. Par rapport à la densité nationale, la densité de médecins généralistes est de 10 médecins inférieurs dans les régions expérimentatrices. Le constat est encore plus fort pour les médecins spécialistes où l'écart est de 24 médecins par rapport à la densité de médecins spécialistes au niveau national.

Annexe 2. État des lieux du déploiement des projets de télémédecine dans les régions pilotes

La HAS a mis en œuvre une enquête auprès des ARS des régions pilotes qui s'est déroulée durant la période du 2 mai au 23 juin 2016. Cette enquête avait pour objectif de réaliser un état des lieux de l'offre de soins (développé en Annexe 1) ainsi qu'un état des lieux des projets de télémédecine.

Les tableaux suivants recensent les projets existants ou en phase de conception dans les 9 régions pilotes, ainsi que leur descriptif.

Le **tableau 1** décrit les projets de télémédecine relatifs à la prise en charge des plaies chroniques et complexes et la dermatologie plus largement, dont certains ont été mis en œuvre dans le cadre du cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes qui avait été publié par arrêté¹⁷ du 17 avril 2015. Ce cahier des charges a été abrogé par le celui des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise publié par arrêté du 28 avril 2016. Par conséquent, tous les nouveaux patients pris en charge par téléconsultation et/ou téléexpertise dans le cadre des projets listés sont éligibles aux expérimentations développées dans le cadre de l'article 36 sous réserve du respect des critères d'inclusion définis dans le cahier des charges en vigueur (arrêté du 28 avril 2016).

Le **tableau 2** présente un état des lieux des projets de télémédecine (hors plaies chroniques et complexes). De la même façon, tous les nouveaux patients pris en charge par téléconsultation et/ou téléexpertise dans le cadre des projets listés sont éligibles aux expérimentations développées dans le cadre de l'article 36 sous réserve du respect des critères d'inclusion définis dans le cahier des charges en vigueur. En outre, certaines organisations de prise en charge par télésurveillance des patients insuffisants cardiaques chroniques, insuffisants rénaux chroniques, diabétiques et en insuffisance respiratoire chronique pourront être éligibles aux expérimentations développées dans le cadre de l'article 36, les cahiers des charges étant à cette date, en cours de finalisation.

¹⁷ https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/4/17/AFSH1503132A/jo/texte

Tableau 6 État des lieux des projets de télémédecine sur les plaies chroniques et complexes

	État des lieux des projets de télémédecine sur les plaies	chroniques et complexes
Régions Alsace	Projets existants ou en phase de conception 1 projet opérationnel depuis 2014 fondé sur l'utilisation d'un chariot de télémédecine (hors expérimentation article 36)	Description du projet, type d'acte et données d'activité Prise en charge à distance des patients fondée sur l'utilisation de 8 chariots de télémédecine : les professionnels de santé, en présence de leur patient, s'appuient sur de l'échange d'informations (par exemple, photographies de la plaie à traiter) ou participent à une visioconférence simultanément avec des experts pluridisciplinaires. Environs 1000 actes de téléconsultation ou téléexpertise par an sur 3 EHPAD
Bourgogne	4 projets concernant l'organisation des soins de dermatologie en général par télémédecine (pas de projet spécifique sur les plaies chroniques et complexes) : les 4 projets sont actifs sur 21 sites opérationnels (+10 sites en cours d'inclusion).	Ces projets ont pour objectif de développer la téléexpertise à partir d'un maillage territorial avec un engagement de réponse sous 7 jours. La prise en charge concerne principalement les pathologies suivantes: dermatose inflammatoire, plaies et ulcères, tumeurs 81 actes en 2015 puis 161 actes jusqu'en Avril 2016
Centre	Absence de données	1
Basse-Normandie	Domoplaies – projet inter-régional de prise en charge des plaies par la télémédecine Domoplaies est l'un des cinq projets retenus par l'ASIP Santé lors de l'appel à projets « télémédecine 1 », volet 2. Le projet médical est défini par les équipes des réseaux d'assistance à la prise en charge des plaies de Basse-Normandie (TELAP) et du Languedoc-Roussillon (CICAT-LR). Le premier patient a été pris en charge le 23 octobre 2013. L'expérimentation dans le cadre de l'appel à projet ASIP Santé est terminée (3 ans). Les modalités de poursuite de cette activité en conformité avec le cadre de l'article 36 sont en cours de discussion. Une évaluation externe est également en cours de réalisation.	Les actes concernés sont : la téléconsultation et la téléexpertise. Les soins sont réalisés par un professionnel requérant (un médecin ou une IDE) qui se trouve auprès du patient. A partir de l'échange d'informations via la tablette numérique ou le smartphone, ce professionnel est conseillé ou assisté en direct par des experts dans la prise en charge des plaies. Ces experts sont des infirmier(e)s expérimenté(e)s et diplômée(e)s d'un DU dans la prise en charge de la plaie (dits « IDE référents ») et des médecins « consultants » spécialistes : dermatologues, chirurgiens, gériatres, etc. Depuis quelques mois, un nouvel outil vient enrichir le dispositif fondé sur l'utilisation d'un smartphone. 2247 actes de télémédecine sont recensés à ce jour
Haute-Normandie	Projet de dermatologie en convergence avec le projet	Le service de dermatologie du CHU de Rouen réalise des

	Domoplaies Le projet est opérationnel.	téléconsultations pour des structures médico-sociales de la région. Actuellement plus de 50 structures sont équipées en matériels permettant la réalisation d'actes de téléconsultation principalement, utilisés aussi pour d'autres spécialités que la dermatologie. Le volume d'actes annuel n'est pas renseigné.
Languedoc- Roussillon	Domoplaies – projet inter-régional de prise en charge des plaies par la télémédecine (retenu dans le cadre de l'appel à projet télémédecine ASIP santé d'octobre 2010) à vocation régionale. Projet commun aux régions Languedoc-Roussillon et Basse-Normandie: mutualisation des outils techniques et équipes médicales distinctes Le premier patient a été pris en charge le 23 octobre 2013	L'organisation permet aux médecins et aux infirmiers (de terrain) prenant en charge et réalisant le suivi de patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes sur leur lieu de vie, de bénéficier d'une expertise auprès de professionnels compétents dans ce domaine. Il s'agit d'une activité de télémédecine en situation de mobilité : téléconsultation en direct depuis le lieu de vie du patient (55 % à domicile, 33 % en EHPAD) avec un expert à distance. Cet accompagnement fondé sur les bonnes pratiques thérapeutiques a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients et d'éviter les hospitalisations et transports grâce à la téléconsultation et la télé expertise. Environs 6 882 actes de télémédecine jusqu'au 31/03/2016 Dont 56 % de téléconsultation et 44 % de téléexpertise.
Pays-de-la-Loire	Deux projets en phase de conception (hors expérimentation article 36). Projet « Appui de la télémédecine à la prise en charge des plaies vasculaires chroniques et complexes » des Nouvelles Cliniques Nantaises (en phase de conception) L'objectif de ce projet est la prise en charge globale, médicochirurgicale et coordonnée des plaies vasculaires chroniques ou complexes, avec la prise en compte des dimensions sociales et économiques (distance, isolement éventuel, maintien à domicile, limitation des transports, etc.) Le champ couvert concerne : Le suivi post opératoire des patients vasculaires porteurs de plaies complexes ou chroniques,	

Les expertises pour tout patient porteur de plaies complexes

ou chroniques, d'origine vasculaire
Objectif de 200 actes de télémédecine/an

PROJET télémédecine « Plaies chroniques et complexes » en
hospitalisation à domicile (HAD) : en phase de conception

Le 1er temps sera la mise en communication via les outils de
télémédecine du médecin coordonnateur de la structure d'HAD
et les médecins traitants qui le souhaiteront, lors de l'entrée de
leurs patients en HAD ou pour le suivi de celui-ci. Dans le même
temps, l'organisation permettra au même médecin

Dans un second temps, cette organisation sera étendue pour pouvoir bénéficier de l'avis de spécialistes, tant en dermatologie que dans d'autres disciplines, dont les compétences s'avéreront nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des plaies chroniques.

coordonnateur d'entrer en contact facilement avec les infirmiers libéraux et les infirmiers salariés de la structure intervenant au domicile des patients ou au sein de l'EHPAD pouvant les

Pas d'objectifs de volumétrie formulés.

accueillir.

Picardie

1 projet relatif aux expérimentation de prise en charge par télémédecine de patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes dans le cadre de l'article 36 impliquant 2 cabinets IDE + 2 EHPAD - projet non fonctionnel

1 projet de dermatologie concernant la prise en charge par télémédecine des tumeurs : 20 dossiers et 150 examens fin avril 2015

Martinique

Un projet en phase de démarrage

ART36 : expérimentation de nouvelles rémunérations des actes de télémédecine depuis les établissements sociaux et médicosociaux et les cabinets libéraux ; pas d'actes à ce jour

Prise en charge par télémédecine des tumeurs : Téléexpertise à visée diagnostique liée à la suspicion d'une tumeur (expertise de dossiers transmis par des médecins généralistes à des dermatologues en exercice libéral ou en établissements de santé) Téléconsultation entre des infirmiers libéraux et médecins spécialistes puis si nécessaire téléexpertise entre MSP et Expert CHU Martinique.

Tableau 7. État des lieux des projets de télémédecine (hors plaies chroniques et complexes)

	État des lieux des projets de télémédecine (hors plaies chroniques et complexes)				
Régions Alsace	Intitulé des projets de télémédecine (thématique) Un projet sur le diabète avec téléexpertise et téléconsultation via un Smartphone. Il est en cours de préparation sur 3 EHPAD et aussi à domicile.	Description du projet et type d'actes de télémédecine Téléexpertise depuis le Smartphone équipé d'un endoscope et Téléconsultation via smartphone.			
Bourgogne	 3 projets opérationnels : Prise en charge des urgences dont télé AVC et téléneurologie, neurochirurgie, neuroradiologie. Maillage territorial pour l'accès aux soins de premier recours dont télédermatologie, télécardiologie et télégériatrie. Prise en charge des maladies chroniques dont télé néphrologie et dépistage de la rétinopathie du diabétique 99 sites tout projets confondus + 1 bus itinérant dans le cadre d'une organisation ciblée sur le dépistage Et des projets en cours de développement. 	Télé AVC : prise en charge aigüe de l'évènement Téléneurologie : expertise neurologique Télédermatologie : expertise dermatologique Télécardiologie : expertise sur des ECG, MAPA et HOLTER rythmique Télégériatrie : téléconsultation en situation de semi-urgence Télé néphrologie : téléconsultation pour des patients dialysés en unité de dialyse médicalisée. Dépistage rétinopathie diabétique : Bus itinérant Projets en cours de développement : - Téléradiologie : Téléexpertise sur 7 sites - Télépsychatrie : Téléconsultation en pédopsychiatrie, gé- rontopsychiatrie et urgence sur 15 sites. - Pieds diabétiques : téléexpertise avec un délai de 24h sur 7 sites - Télé soin de suite et réadaptation Neurologie : consulta- tion pour présenter les patients et consultations depuis l'établissement de soin de suite et réadaptation pour l'obtention d'une expertise neurologique. - Téléconsultation « papillons blancs » : Consultation de patients atteints de comitialité			
Basse-Normandie	Suivi clinique à domicile (SCAD) qui a pour but de réduire, par l'éducation thérapeutique, l'incidence des maladies chroniques. Ce dispositif n'est pas un outil de gestion de l'urgence médicale, il permet l'éducation et le suivi du patient par télésurveillance afin	Transmission de données par le patient situé à domicile à l'infirmier(e) référent(e) du centre hospitalier qui est donc en mesure de suivre l'état du patient. L'infirmier(e) peut alors envoyer des recommandations et conseils pour poursuivre			

d'éviter des complications.

À ce jour, le service de Suivi Clinique à Domicile, est déployé pour l'éducation thérapeutique des patients souffrant d'insuffisance cardiaque et pour la réadaptation cardiaque. Il est opérationnel depuis 2006.

l'éducation thérapeutique du patient. En cas de problème, l'infirmier(e) peut alerter le médecin traitant.

Le périmètre de l'expérimentation a pour vocation à s'étendre sur toute la Normandie et sur d'autres types de prise en charge. Le type d'ALD suivi est l'insuffisance cardiaque principalement et va s'étendre sur l'insuffisance respiratoire et le diabète à terme. Rythme de 200 patients inclus par an.

Le projet est déployé sur 5 centres hospitaliers et 50

établissements médico-sociaux et quelques institutions du handicap psychique.

Il constitue l'un des dispositifs d'appui du sanitaire au médicosocial prévu au SROS et s'appuie, en l'absence de rémunération des actes de télémédecine, sur le temps des équipes mobiles pour réaliser des téléconsultations et téléexpertises :

- des équipes mobiles hospitalières (gériatrie, psychogériatrie, géronto-psychiatrie, pédo-psychiatrie)
- un service de dermatologie
- un centre de référence régional pour l'autisme
- des équipes de psychiatrie adulte.

Pas de volumétrie sauf pour la psychiatrie avec environs 500 actes de télé psychiatrie par an

Haute-Normandie

Projet Télémédecine en structures médico-sociales (TISSE) Le programme TISSE (Télémédecine en Structures médicosociales), porté par le groupement de coopération sanitaire depuis 2012, s'inscrit dans une démarche de mise en œuvre globale de téléconsultation et télé-expertises.

Phase expérimentale de 2006 à 2011, en particulier, concernant la prise en charge par télémédecine en psychiatrie.

Le projet SCAD qui existe actuellement en ex-Basse-Normandie a vocation à s'étendre aussi à l'ex-Haute-Normandie.

Languedoc-Roussillon

Projets opérationnels :

- Télécardiologie du Biterrois depuis 2013
- Télégériatrie, télépsychiatrie, télécardiologie du Montpelliérains depuis 2015
- Téléexpertise en médecine générale à Langogne ou la télémédecine au service de la médecine générale en territoire isolé depuis 2008
- Télédialyse en unité de dialyse médicalisée : télésurveillance, téléconsultation, téléexpertise
- Télésurveillance cardiologie (CORDIVA) : étude clinique

Télécardiologie du Biterrois :

Trois types de téléexpertises sont assurés, à partir de la transmission d'un dossier médical de liaison complet :

- L'évaluation des dossiers entrants sans évaluation cardiologique
- Contrôle de pathologies chroniques (Insuffisance Cardiaque et Diabète essentiellement)
- Contrôle des symptômes (hors douleurs thoraciques) En 2015, deux centres ont réalisé environ 700 téléexpertises

Télépsychiatrie et Télégériatrie

Projets en conception:

- Télémédecine en Pays Haut Languedoc et Vignobles
- Télémédecine en Lozère
- Téléexpertise en dermatologie, néphrologie, cardiologie

L'activité de télémédecine a démarré en septembre 2015 pour la gériatrie et en novembre 2015 pour la psychiatrie.

Autour de deux sites de Montpellier, 17 établissements sont équipés, mais seulement 4 ont à ce jour entamé une activité de télémédecine.

La télémédecine au service de la médecine générale en territoire isolé

Cette activité de télémédecine permet à des médecins libéraux d'une maison de santé pluriprofessionnelle (ouverte en janvier 2013) et des territoires environnants de bénéficier de l'expertise des spécialistes du CHU de Nîmes. 300 à 400 actes de téléexpertise et près de 1500 patients traités depuis 2008.

Télédialyse en unité de dialyse médicalisée

Télésurveillance, téléconsultation, voire téléexpertise entre le CENTRE d'hémodialyse de Nîmes et l'UDM de Bagnols sur Cèze (volume d'activité non connue)

Télésurveillance dans le domaine de la cardiologie (CORDIVA) : étude clinique en cours

Pays de la Loire

6 projets:

- Télé AVC, depuis 2012, environs 200 actes par an
- Télésurveillance des patients porteurs de pacemaker et défibrillateurs cardiaques et téléexpertise en cardiologie depuis 2009, environs 1250 actes par an
- Suivi cancer bronchique depuis 2014, pas de donnée sur la volumétrie
- Télémédecine en psychiatrie depuis 2015, environ 100 actes par an
- Suivi des greffés rénaux depuis 2013, environ 236 actes
- Téléconsultation et suivi en unité de dialyse médicalisée depuis 2013, environ 1400 actes par an.
- TéléAVC, opérationnel depuis 2012, 15 décisions prises
- Téléradiologie, 9 établissements de santé inclus depuis

Ces projets portent respectivement sur :

- Accident vasculaire cérébral
- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance respiratoire chronique
- Psychose, trouble de la personnalité et arriération mentale
- Suites de transplantation d'organe
- Néphropathie chronique

Ces projets mettent en œuvre des actes de téléconsultation et des actes de téléexpertise pour un diagnostic pour des patients en situations urgentes ou complexes, ou un avis dans le choix d'une stratégie thérapeutique.

- TéléAVC: prise en charge à distance de la décision de thrombolyse suite à une suspicion d'AVC.

Picardie (Etat des lieux arrêté en fin

2015)

- 2012, 85 294 examens depuis.
- Télépsychiatrie, une première téléconsultation en décembre 2015
- Télédialyse, opérationnel depuis le 5/11/2015 avec quelques téléconsultations
- Téléelectroencéphalographie depuis juin 2014, 170 expertises
- Téléconsultations détenus depuis le 15/12/2015, une téléconsultation

Projet en cours de constitution :

- Télérégulation en EHPAD
- Téléexpertise en neurochirurgie
- Téléexpertise pour le dépistage de la maladie de Parkinson
- Télémédecine physique et de réadaptation (aide à la récupération des capacités fonctionnelles et de qualité de vie pour les patients atteints de handicap).

- Téléradiologie : Interprétation à distance de clichés par des radiologues
- Télépsychiatrie : téléconsultation dans le cadre du suivi patient
- Télédialyse: Suivi à distance des activités de dialyse en unité de dialyse médicalisée et téléconsultations par des néphrologues.
- TéléEEG: Téléexpertise d'EEG par des neurologues
- Téléconsultations de détenus : Téléconsultation depuis le CHU au bénéfice de l'unité de consultation et de soins ambulatoires de la prison de Rivery (Amiens)

Pour les projets en cours de constitution :

- Télérégulation en EHPAD dans le cadre de l'urgence : Mise à disposition des personnels paramédicaux de 3 EHPAD d'une valise de télémédecine pour la prise rapide de constantes au bénéfice la régulation des SAMU
- téléexpertise neurochirurgie : Proposer une téléexpertise depuis le service de neurologie du CHU au bénéfice des services d'urgence d'autres établissements.
- téléexpertise dans le cadre du dépistage de la maladie de Parkinson : Il s'agit de mettre en place un premier filtre permettant de mieux cerner le diagnostic et d'éviter les consultations au CHU
- télémédecine physique et de réadaptation : coopération interne entre deux établissements d'un groupe, un SSR et une EHPAD sur la mise en place de téléconsultation via un chariot de télémédecine.

Martinique	5 projets : - Prise en charge des détenus (opérationnel 10 à 13 télé- consultations hebdomadaires)	Ces projets regroupent la prise en charge de quatre ALD : diabète, AVC, troubles psychiatriques et insuffisance cardiaque
	 Prise en charge personnes âgées entre EHPAD et pôle de gérontologie (éviter les hospitalisations inutiles aux ur- gences ou mieux les préparer) 	La prise en charge des détenus concerne particulièrement les maladies infectieuses
	 Télépathologie (pratique de l'anatomopathologie à distance) : téléexpertise et télédiagnostic Téléradiologie téléconsultation de spécialités entre hôpitaux de proximité et CHUM 	Personnes âgées: prise en charge entre EHPAD et pole de gérontologie afin d'éviter les hospitalisations inutiles aux urgences ou de mieux les préparer ; question de la tarification pour médecin requis en cours de qualification avec l'assurance maladie, 600 actes par an.

Fiche descriptive Annexe 3.

Rapport Préalable	Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine – Article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014			
Méthode de travail	Rapport préalable			
Date de mise en ligne	30 janvier 2017			
Objectif(s)	Évaluation des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine			
Professionnel(s) concerné(s)	Tout acteur impliqué dans la mise en place des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine.			
Demandeur	DGOS			
Promoteur	HAS			
Pilotage du projet	SA3P			
Participants	SA3P - SEESP			
	Julie BIGA (chef de projet)			
	Isabelle BONGIOVANNI-DELAROZIERE (chef de projet)			
Auteurs de l'argumentaire	Marc FUMEY (adjoint au chef de service)			
	Vanessa HERNANDO (chef de projet)			
	Christophe LOUSSOUARN (stagiaire)			
Validation	7 septembre 2016			

