

DES  
GOS  
DGS

# Direction générale de l'offre de soins

**Rencontre Inter-Régionale  
organisée par l'ASIP Santé**

**Télémédecine: Point sur les travaux relatifs  
aux expérimentations (Art.36 LFSS 2014)**

Jeudi 2 octobre 2014



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ  
ET DES DROITS DES FEMMES

# SOMMAIRE

## 1. Enjeux et constats

## 2. Les expérimentations art.36 LFSS 2014

# Un facteur d'amélioration de la performance

## Pour les patients

- Équité dans l'accès à des soins de qualité
- Maintien de l'accès à une offre de soins spécialisés
- Amélioration de la prévention et de la qualité de vie des patients

## Pour les professionnels de santé

- Enrichissement par le travail collectif
- Sécurisation des pratiques

## Pour les pouvoirs publics :

- Diminution du recours à l'hospitalisation ainsi qu'aux transports

# Stratégie nationale de déploiement

## 2 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** (plutôt qu'une approche verticale).

# Les différents travaux réalisés

2009 / 2010

2011 / 2014

Janvier 2011

Déc. 2011

Déc. 2011/ mars 2012

Mars à janvier. 2014

Assise réglementaire

Mise en place Gouvernance

1<sup>er</sup> Recensement

Outillage des acteurs (ARS, porteurs de projets)

Sélection et accompagnement de 8 projets pilotes

2<sup>ème</sup> recensement + Livrables produits

Définition activité TLM et conditions de mise en œuvre

- Copil interministériel
- Equipe projet nationale

- Loi 21 juillet 2009
- Loi LFSS 2010 : possibilité partage honoraires en TLM
- Décret 18 mai 2010 : le PRS comporte un programme régional de TLM (PRT)
- Décret TLM 19 octobre 2010

Elaboration stratégie de déploiement :

- Détermination priorités nationales
- Répartition travaux entre acteurs

- Sur 256 projets, 113 opérationnels
- Projets en majorité secteur hospitalier public

- Guide PRT (DGOS)
- Guide contrats et conventions (DGOS)
- Recommandations SI (DSSIS / ASIP)
- Monographies (ANAP)

- Instruction 31.01.12
- Sélection 28.03.12
- Séminaire de lancement 05.04.12
- 16 Réunions sur site
- 12 Réunions thématiques

• Sur 331 projets, 50% sont opérationnels

• La **prédominance du secteur hospitalier subsiste** mais la part des projets impliquant le secteur ambulatoire progresse, passant de 15% à 30%

• 8 Livrables ont été produits (Cf. détail en annexe)

# SOMMAIRE

**1. Enjeux et constats**

**2. Les expérimentations art.36 LFSS 2014**

# ENJEUX

53% des projets de télémédecine sont exclusivement hospitaliers sur 331 projets recensés  
(au 31/12/2012)

Développer la télémédecine hors de l'hôpital (approche décloisonnée)

Faire de la télémédecine un outil au service du 1<sup>er</sup> 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** en offrant des soins de qualité à tous les Français

→ Faciliter l'intégration des professionnels libéraux par la mise en place de **dispositifs de rémunération adaptés**

Vers un financement à l'activité, au fil de l'eau

## ART. 36 LFSS : PRINCIPALES DISPOSITIONS

- ✘ A compter du 1<sup>er</sup> 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 ESMS**
- ✘ Les **conditions de mise en œuvre de ces expérimentations par les ARS sont définies dans un cahier des charges** arrêté par les ministres chargés 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)**.
- ✘ Au terme de ces expérimentations, une **évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé**, en vue d'une généralisation (1<sup>er</sup> rapport attendu pour le 30 septembre 2016)



# GOUVERNANCE

## COFIL

*SG, DGOS, DSS, DGCS, UNCAM, CNAMTS, ATIH, ASIP, ANAP, CISS, DGCIS, DATAR, HAS, ARS, ANTEL*

**CHEF DE PROJET**  
*DGOS*

**COMITE OPERATIONNEL**  
*DGOS, DSS, CNAMTS, DGCS*

**PILOTE LOCAL OPERATIONNEL**  
*ARS*

**CPAM**

**Etablissements**

**Professionnels  
de santé**

**ACCOMPAGNEMENT LOCAL**  
*ANAP*

**EVALUATION**  
*HAS*

# CALENDRIER

1<sup>er</sup> trim.  
2014

2<sup>ème</sup> trim.  
2014

3<sup>ème</sup> trim.  
2014

4<sup>ème</sup> trim.  
2014

2015

2016

1

Sélection des  
régions pilotes

2

Déf. du périmètre

3

Modélisation des  
organisations

4

Préparation de  
l'évaluation HAS

5

Définition des  
modalités de  
traçabilité

6

Fixation des tarifs

Publication des  
cahiers des charges

Mise en œuvre et  
accompagnement

Evaluation

Avec  
les  
régions  
pilotes



# 1. SELECTION DES REGIONS PILOTES

Appel à candidature global prenant la forme d'une instruction

Janv.  
2014

Candidature des régions prenant la forme d'une lettre d'intention

Fév.  
2014

Analyse des candidatures

**Caractéristiques des territoires**

*(Zones sous-denses, enjeux de santé publique infrastructures techniques, autres projets en cours, etc.)*

**Caractéristiques des projets**

*(Acteurs concernés, spécialités médicales et pathologies, organisation, volumétrie, caractéristiques techniques, etc.)*

**Gouvernance régionale**

*(Equipe dédiée, maturité de la gouvernance, gestion de projet proposée, etc.)*

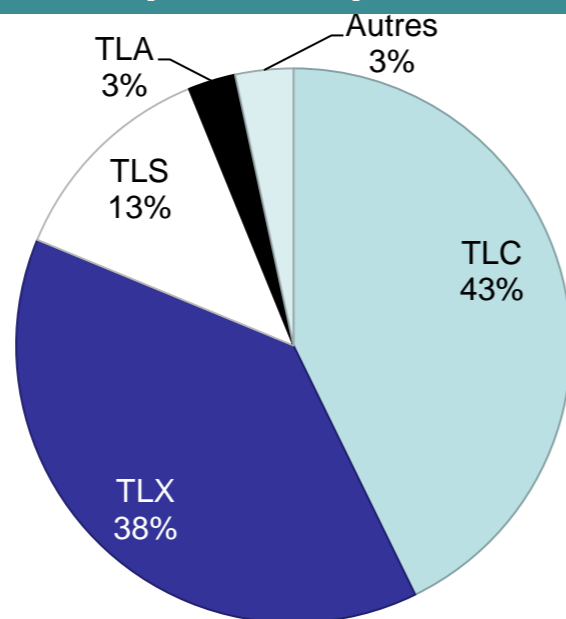
Fév./  
Mars  
2014

# 1. SELECTION DES REGIONS PILOTES

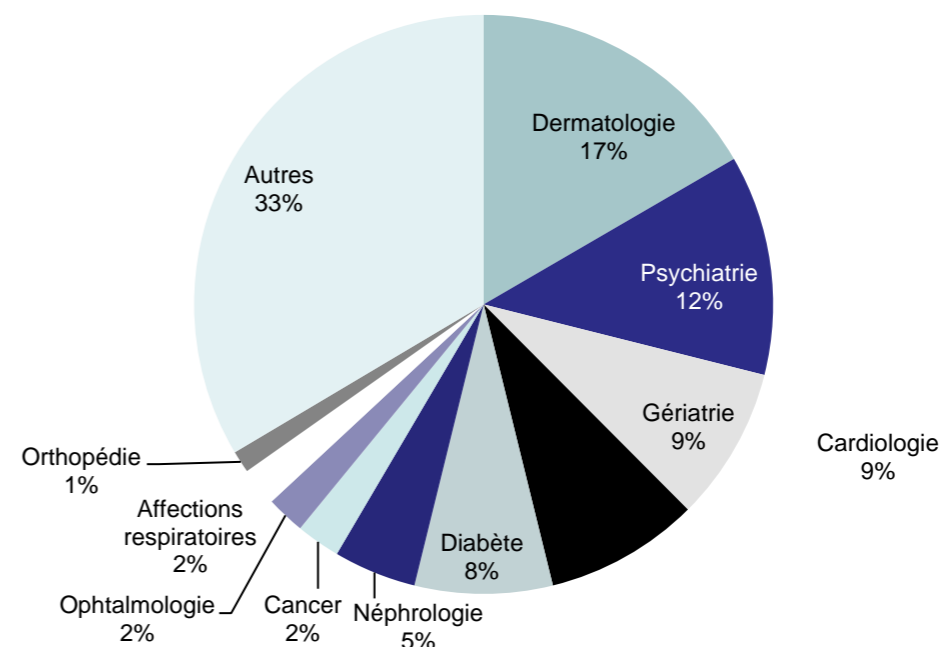
23 régions candidates

95 projets dans le périmètre de l'instruction

Répartition par acte



Répartition par spécialité/pathologie



9 régions pilotes sélectionnées (arrêté du 11 juin 2014)

Alsace

Picardie

Centre

Haute-Normandie

Basse-Normandie

Languedoc-R

Bourgogne

Pays de la Loire

Martinique

## 2. PERIMETRE DE L'EXPERIMENTATION

Démarrage opérationnel et évaluation requis dans des délais très courts

Evaluation par la HAS au 30 sept. 2016  
(prévu dans la LFSS)

Lancement de l'expérimentation sur un nombre limité de spécialités / pathologies

Choix des spécialités / pathologies au regard des projets présentés dans les candidatures des ARS

Conception modulaire du cahier des charges : possibilité d'ajouter d'autres spécialités / pathologies plus tard

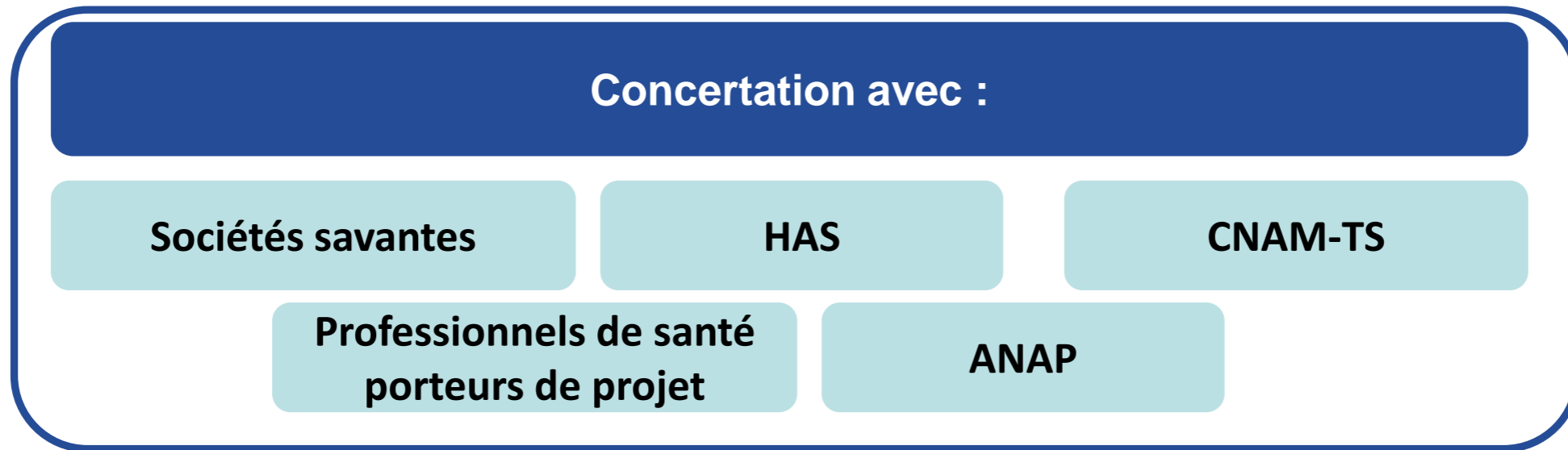
1<sup>er</sup> volet du cahier des charges ciblé sur:

- La prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes en ville et en EHPAD
- La gériatrie : téléconsultations et téléexpertise en EHPAD
- La psychiatrie : téléconsultations et téléexpertise en EHPAD

2<sup>ème</sup> volet du cahier des charges ciblé sur:

- La prise en charge des patients insuffisants cardiaques
- La prise en charge des patients insuffisants rénaux

### 3. MODELISATION DES ORGANISATIONS ET PRISES EN CHARGE



Description précise des processus de prise en charge

Plaies chroniques et/ou complexes + psychiatrie + gériatrie

Prise en charge des patients insuffisants cardiaques et rénaux

Échéance  
fin 2014

Échéance  
début 2015

### 3. MODELISATION DES ORGANISATIONS ET PRISES EN CHARGE

#### FAIT

##### Sur plaies chroniques et/ou complexes, la psychiatrie et la gériatrie:

- Analyse des modèles proposés par les 9 régions pilotes
  - Auditions d'experts métiers et de porteurs de projets
- Identification des critères de complexité et/ou d'exclusion
- Modélisation du « scénario socle » de prise en charge par télé médecine

#### EN COURS

##### Sur plaies chroniques et complexes, la psychiatrie et la gériatrie :

- Validation de la V0 du cahier des charges
- Définition des exigences en matière de formation des professionnels
- Définition des éléments qui doivent faire l'objet d'un échange de données entre les professionnels de santé impliqués

#### RESTE A FAIRE

Travaux sur la prise en charge des patients insuffisants cardiaques et insuffisants rénaux

## 4. PREPARATION DE L'EVALUATION PAR LA HAS

Définition des objectifs de l'évaluation et des critères de jugements

Déclinaison en indicateurs / Détermination des valeurs de références et des données/acteurs à mobiliser

Déclinaison en pré-requis pour les expérimentateurs

HAS chargée de rédiger le rapport d'évaluation

CNIL

**Échéance**  
**fin 2014**



## 4. PREPARATION DE L'EVALUATION PAR LA HAS

### FAIT

#### Sur plaies chroniques et complexes, la psychiatrie et la gériatrie:

- Revue de la littérature
- Analyse des objectifs et besoins présentés par les 9 régions pilotes
- Définition des critères de jugement communs aux spécialités/pathologies intégrées dans les expérimentations

### EN COURS

#### Sur plaies chroniques et complexes, la psychiatrie et la gériatrie: :

- Elaboration d'un protocole de recueil et d'analyse des données à destination des régions pilotes
  - Validation de la méthodologie de calcul des valeurs de référence
  - Validation des questionnaires de satisfaction
- Validation des sources de données et acteurs à mobiliser et des habilitations à prévoir

### RESTE A FAIRE

Travaux sur la prise en charge des patients insuffisants cardiaques et insuffisants rénaux

## 5. MODALITE DE TRACABILITE ET DECLARATION D'ACTIVITE

Vecteur de financement FIR

Nécessité d'apparier  
chaque acte à un patient

Quel circuit de liquidation et paiement au fil de l'eau ?

Quelles exigences en matière de SI?

**Échéance**  
**fin 2014**

## 5. MODALITE DE TRACABILITE ET DECLARATION D'ACTIVITE

### FAIT

#### Sur plaies chroniques et complexes, la psychiatrie et la gériatrie:

- Analyse des circuits existants de dépense par le FIR et sur le risque (PAERPA, PDSA, rétinopathie, etc.)
  - Auditions de sociétés proposant des solutions d'accès à distance à la carte vitale
- Recensement des recommandations et pré-requis SI dans le cadre normatif en vigueur
  - Réflexions sur la problématique de la compensation inter-régimes
- Validation du scénario cible de la dépense pour les professionnels libéraux et les CH

### EN COURS

- Instruction des modalités de recueil de l'activité dans les structures sous dotation annuelle de financement
  - Préparation d'un DCE pour permettre l'échange de NIR en vue de la facturation

### RESTE A FAIRE

- Déclinaison en pré-requis SI

## 6. FIXATION DES TARIFS

### Vecteur de financement

**A l'acte**  
*(acte existant / nouvel  
acte, partage d'acte,  
majoration, etc.)*

**Au forfait**

**Autre**

### Granularité tarifaire

*(type d'acte TLM par pathologie, autre)*

### Destinataires du financement

### Montant du financement

Négociation tarifaire à conduire par la  
CNAMTS

**Échéance  
automne  
2014**

## 6. FIXATION DES TARIFS

### FAIT

#### Sur plaies chroniques et complexes, la psychiatrie et la gériatrie:

- Etat des lieux des nomenclatures existantes pour la rémunération des professionnels de santé impliqués
  - Etat des lieux des travaux PRADO sur les plaies chroniques
- Analyse des coûts identifiés et tarifs proposés dans les dossiers de candidatures des 9 régions pilotes

### EN COURS

#### Sur plaies chroniques et complexes, la psychiatrie et la gériatrie: :

Définition des tarifs à partir de l'organisation cible  
Création des codes actes et prestations

### RESTE A FAIRE

- Organisation des concertations avec les syndicats par la CNAMTS
- Travaux sur la prise en charge des patients insuffisants cardiaques et insuffisants rénaux

# ANNEXE

# Zoom sur les livrables issus de l'accompagnement des 8 projets pilotes en TLM (AVC, Imagerie et santé des personnes détenues)

## LIVRÉS

**HAS**

Indicateurs de pratique clinique en matière de Télé-AVC

Janvier 2013

Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine

Juin 2013

Rapport d'évaluation médico-économique relatif à l'efficacité de la télémédecine

Juillet 2013

*Commissariat  
général à  
l'égalité des  
territoires*

Guide d'accompagnement pour l'expression des besoins haut et très haut débit pour le déploiement des projets de télémédecine

Juillet 2013

**ASIP Santé**

Spécifications du « volet AVC » du Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'information de Santé (CI-SIS)

Avril 2014

**DGOS**

Inscription de la TLM dans les orientations nationales pour 2013 de formation continue des médecins (arrêté du 26 février 2013)

Février 2013

Communication auprès du réseau des conseillers techniques et pédagogiques régionaux des ARS en vue de sensibiliser les instituts de formation paramédicaux

Juin et sept.  
2013

**ANAP**

Guide d'aide au déploiement régional de la télémédecine pour la prise en charge de l'AVC

Mai 2014

## EN COURS DE LIVRAISON

**DGOS**

Campagne d'information à l'attention des usagers et des professionnels de santé

En cours

# Expérimentation Télémedecine Article 36 : Principes d'accompagnement des régions





# Accompagnement proposé par l'ANAP et l'ASIP Santé aux porteurs de projet :

## ❑ Principes:

- Thématiques partagées.
- Réplicabilité des enseignements

## ❑ Objectifs :

- Partir des problématiques de terrain et apporter une assistance et de l'expertise à un niveau opérationnel, sur demande (porteurs de projet, ARS, industriels)
- Mener des actions d'animation interrégionales sur les thématiques partagées.
- Capitaliser en vue d'une généralisation des activités de télémédecine,

## ❑ Périmètres respectifs des agences:

- ANAP: performance des organisations (Gouvernance, Pilotage, RH, Formation, Communication, Logistique, Déploiement...)
- ASIP Santé : mise en œuvre des référentiels SIS nationaux (sécurité, identification/authentification, ..interopérabilité, ...juridiques)

## ❑ Modalités envisagées:

- Séminaire : Identification des sujets
- Ateliers thématiques (recours à des expertises complémentaires)
- Production de livrables tout au long de l'expérimentation (fiche pratique, FAQ...)