

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

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

Arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémedecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

NOR : AFSH1503132A

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

Vu l'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 télémedecine ;

Vu l'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 télémedecine prévues à l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Le volet du cahier des charges prévu à l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 portant sur la prise en charge par télémedecine des plaies chroniques et/ou complexes figure en annexe du présent arrêté.

Il est mis en œuvre par les agences régionales de santé, les professionnels de santé, les établissements de santé, les structures d'exercice coordonnée, les établissements et services sociaux et médico-sociaux et les organismes locaux d'assurance maladie des régions mentionnées dans l'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.

Il est également opposable aux professionnels de santé, organismes locaux d'assurance maladie et structures de prises en charge du patient dès lors que les actes de télémedecine réalisés concernent un patient qui réside au sein de l'une des 9 régions mentionnées à l'article 1^{er} de l'arrêté du 10 juin 2014 précité.

Art. 2. – Le directeur général de l'offre de soins, le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 17 avril 2015.

*La ministre des affaires sociales,
de la santé,
et des droits des femmes,*

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur
de la sécurité sociale,
T. FATOME*

*Le ministre des finances
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur
de la sécurité sociale,
T. FATOME*

*Le directeur
de la sécurité sociale,
J. DEBEAUPUIS*

A N N E X E

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 N° 2013-1203 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2014

SOMMAIRE

1. **Objectifs et périmètre des expérimentations**
 - 1.1. **Objectifs des expérimentations**
 - 1.2. **Périmètre des expérimentations**
2. **Missions et engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge par télémédecine des patients souffrant de plaies chroniques et/ou complexes**
 - 2.1. **Conditions et modalités de prise en charge des patients par téléconsultation**
 - 2.1.1. *Conditions de réalisation d'une téléconsultation*
 - 2.1.2. *Conditions de recours à la téléconsultation*
 - 2.1.3. *Actions préalables à la réalisation d'une téléconsultation*
 - 2.1.4. *La réalisation de la téléconsultation*
 - 2.1.5. *La fin de la téléconsultation*
 - 2.1.6. *Cas particulier des téléconsultations planifiées mais non réalisées*
 - 2.2. **Conditions et modalités de prise en charge des patients par téléexpertise**
 - 2.2.1. *Conditions de réalisation d'une téléexpertise*
 - 2.2.2. *Conditions de recours à la téléexpertise*
 - 2.2.3. *Actions préalables à la réalisation d'une téléexpertise*
 - 2.2.4. *La réalisation de la téléexpertise*
 - 2.2.5. *La fin de la téléexpertise*
 - 2.2.6. *Cas particulier des téléexpertises planifiées mais non réalisées*
 - 2.3. **Conditions à respecter pour la mise en œuvre des actes de télémédecine**
 - 2.4. **Prérequis en termes de systèmes d'information**
 - 2.5. **Participation au pilotage des expérimentations**
3. **Missions et engagements des organismes de tutelle et de financement**
 - 3.1. **Tarifs**
 - 3.2. **Modalités de paiement des actes réalisés**
 - 3.3. **Soutien à la production des données de l'évaluation**
 - 3.4. **Pilotage et accompagnement des professionnels de santé**
 - 3.4.1. *Pilotage national*
 - 3.4.2. *Pilotage régional*
 - 3.4.3. *Accompagnement par l'ASIP Santé*
 - 3.4.4. *Accompagnement par l'ANAP*
4. **Évaluation des expérimentations**
 - 4.1. **Objectifs, principes et périmètre de l'évaluation**
 - 4.1.1. *Objectifs de l'évaluation*
 - 4.1.2. *Principes de l'évaluation*
 - 4.1.3. *Périmètre de l'évaluation*
 - 4.2. **Cadre de l'évaluation et critères de jugements retenus**
 - 4.2.1. *L'accessibilité aux soins*
 - 4.2.2. *Les pratiques professionnelles et l'organisation des soins*
 - 4.2.3. *La qualité de la prise en charge des patients*
 - 4.2.4. *La satisfaction des patients*
 - 4.2.5. *Les coûts liés aux recours aux soins*
 - 4.3. **Protocole d'évaluation**
 - 4.3.1. *Les données descriptives*
 - 4.3.2. *Les rapports d'état*
 - 4.3.3. *Modalités de transmissions des données à la Haute Autorité de santé*
 - 4.3.4. *Complétude des données*
5. **Améliorer la connaissance des coûts des dispositifs de télémédecine**
6. **Annexes**
 - 6.1. **Annexe 1 : glossaire**
 - 6.2. **Annexe 2 : financements mobilisables**
 - 6.3. **Annexe 3 : synthèse des engagements des parties**

6.4. Annexe 4 : coordonnées

6.5. Annexe 5 : trame du rapport d'état mensuel transmis par les ARS à la DGOS

6.6. Annexe 6 : listes de référence

6.6.1. *Liste des professions*

6.6.2. *Liste des spécialités*

6.6.3. *Liste des catégories d'établissement*

Le présent cahier des charges a pour objet de :

- présenter le contexte des expérimentations en télémédecine relatives à la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la LFSS pour 2014 ;
- présenter les modalités de financement retenues dans le cadre des ces expérimentations ;
- présenter les modalités de pilotage retenues ;
- définir les engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge ;
- présenter les modalités d'évaluation des expérimentations par la Haute Autorité de santé (HAS).

Les modalités de financement expérimentées sur la base du présent cahier des charges ayant vocation à être généralisées sous réserve d'une évaluation favorable, leur mise en œuvre suppose que l'ensemble des prérequis et conditions mentionnés ci-après soient satisfaits.

1. Objectifs 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 et permet de plus une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients.

Elle contribue en outre à rompre l'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé et constitue un facteur d'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'assurance maladie. La télémédecine est ainsi une nouvelle forme d'organisation de la pratique médicale au service du parcours du patient.

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 donc la réalisation d'expérimentations pour une durée de 4 ans.

Dans cette intention, l'instruction n° DGOS/PF3/DSS/1B/2014/17 du 17 janvier 2014 a sollicité les agences régionales de santé (ARS) afin qu'elles se portent candidates pour être régions pilotes.

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 la Loire et Picardie (1).

Ces régions ont été étroitement associées à la rédaction du présent cahier des charges.

L'objectif principal des expérimentations est de fixer une tarification préfiguratrice des actes de télémédecine permettant 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.

1.2. Périmètre des expérimentations

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 (2).

La prise en charge par télémédecine de ces plaies, qui peuvent être d'origine diverse (vasculaire, diabétique, traumatique, tumorale, de pression...), apparaît justifiée dans le cadre de leur suivi ou en cas de complication ou de sévérité de la plaie telle qu'elle requiert un recours à des soins ou à des avis spécialisés.

Définition des plaies prises en charge :

- plaie chronique : une plaie chronique est une plaie dont le délai de cicatrisation est allongé. Une plaie est considérée comme chronique après 4 à 6 semaines d'évolution selon son étiologie. Les causes de plaie chronique incluent notamment les ulcères de jambe, les escarres, les plaies du diabétique et les moignons d'amputation (3).
- plaie complexe : une plaie est reconnue comme étant complexe dès lors qu'elle est évaluée comme telle par le professionnel de santé requérant qui en assure la prise en charge.

L'absence de signe de cicatrisation et le caractère complexe des plaies sont le plus souvent multifactoriels et peuvent être expliqués par :

- des facteurs liés au patient (absence d'évaluation des comorbidités ou des facteurs contributifs à la plaie, difficultés liées au comportement et à la coopération du patient) ;
- des facteurs liés à la plaie (surface, volume, atteinte des tissus nobles, diagnostic erroné de l'étiologie de la plaie, absence de diagnostic des complications infectieuses ou ischémiques de la plaie) ;

- des facteurs liés aux compétences et aux connaissances des professionnels de santé (absence de protocoles de soins standardisés ou appropriés) ;
- des facteurs liés aux difficultés environnementales ou sociales en termes de ressources disponibles pour le traitement de la plaie (4).

En application du présent cahier des charges, ces prestations ou avis d'expert (5) pourront être donnés, dans le cadre de la prise en charge notamment des escarres, des ulcères de la jambe et des plaies du pied diabétique :

Soit à l'occasion d'une téléconsultation (synchrone) au bénéfice d'un patient se situant :

- en structure médico-sociale ;
- au sein d'une structure d'exercice coordonné (centre de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle).

Soit à l'occasion d'une téléexpertise (synchrone ou asynchrone) au bénéfice d'un patient se situant :

- en structure médico-sociale ;
- au sein du cabinet de son médecin traitant ou d'une structure d'exercice coordonnée (centre de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle) ;
- à son domicile.

Lorsqu'une exploration de la plaie s'avère nécessaire, il est recommandé de réaliser une téléconsultation permettant un guidage audiovisuel synchrone de cette exploration.

Le présent cahier des charges précise les conditions dans lesquelles ces actes devront être mis en œuvre afin de pouvoir bénéficier d'un tarif préfigurateur.

(1) 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 (NOR : *AFSH1413144A*).

(2) L'urgence vitale relevant de la permanence des soins est exclue du périmètre des expérimentations.

(3) « Les pansements. Indications et utilisations recommandées ». HAS, avril 2011 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/pansements_synthese_rapport.pdf.

(4) Vowden P, Apelqvist J, Moffatt C. Complexité de la plaie et cicatrisation. European Wound Management Association (EWMA). Document de référence : Plaies difficiles à cicatrifier : une approche globale. Londres : MEP Ltd, 2008 - Vowden P. Hard-to-heal wounds Made Easy. Wounds International 2011 ; 2 (4) : Available from <http://www.woundsinternational.com>.

(5) Le terme « expert » fait référence aux compétences et expériences acquises par le professionnel qui réalise l'acte.

2. Missions et engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge par télémédecine des patients souffrant de plaies chroniques et/ou complexes

2.1. Conditions et modalités de prise en charge des patients par téléconsultation

2.1.1. Conditions de réalisation d'une téléconsultation

En application de l'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 de santé requis de réaliser une évaluation globale du patient, en vue d'identifier précisément la cause du retard ou l'absence de guérison de la plaie et définir la conduite à tenir.

Ce professionnel de santé requis devra être :

- un médecin respectant les règles d'exercice de la profession prévues au code de la santé publique, agissant conformément à sa spécialisation (médicale ou chirurgicale) et/ou à sa qualification et justifiant d'une expérience clinique avérée en matière de plaies et cicatrisation ;
- le cas échéant, un ou une IDE 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'agence régionale de santé (DG ARS) de la région au sein de laquelle il ou elle exerce.

La présente expérimentation ayant pour objectif premier de permettre aux patients d'accéder à des soins spécialisés en plaies et cicatrisation dans des conditions optimisées ne feront pas l'objet du financement préfigurateur mentionné au 3.1 du présent cahier des charges :

- la téléconsultation réalisée par un médecin requis qui ne justifierait pas des compétences nécessaires ou d'une expérience clinique suffisante ;
- la téléconsultation réalisée par un ou une IDE requis n'agissant pas en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST.

Les ARS veillent par tout moyen au respect de cette exigence.

2.1.2. Conditions de recours à la téléconsultation

La téléconsultation pourra intervenir dans les 3 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 ;
- 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 du patient.

2.1.3. Actions préalables à la réalisation d’une téléconsultation

Etape 1. – La détection du besoin d’un examen médical.

PAR QUI ?	POURQUOI ?	COMMENT ?
<p>En application des dispositions du code de la santé publique et, en particulier des articles R. 4311-5 et R. 4311-7, l’infirmier ou l’infirmière diplômé(e) d’Etat (IDE) est le professionnel de santé non médical le plus couramment impliqué dans le suivi et le traitement des plaies.</p> <p>A ce titre, il joue un rôle de premier ordre dans le signalement des plaies dont la complexité du suivi ou du traitement est telle qu’elle requiert une adaptation du plan de prise en charge qui a été mis en place.</p> <p>Le rôle prépondérant joué par l’IDE dans le cadre de la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes ne fait cependant pas échec à la possibilité d’une détection et d’un signalement par d’autres professionnels de santé, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un médecin généraliste ou spécialiste qui peut être médecin coordonnateur ; – un podologue ; – un ergothérapeute ; – un kinésithérapeute. 	<p>Les motifs pour lesquels un examen médical peut s’avérer nécessaire sont nombreux :</p> <ul style="list-style-type: none"> – retard de cicatrisation ; – aggravation de la plaie ; – odeur ; – douleur ; – signes d’infection ou d’ischémie de la plaie ; – grande surface et volume important de la plaie ; – aggravation de l’état général du patient ; – durée du soin inadaptée aux soins primaires ; – nécessité d’un changement trop fréquent des pansements ; – complexité de la prise en charge notamment dans un contexte palliatif ; – etc. 	<p>Le constat de l’un ou plusieurs de ces états doit faire l’objet d’un signalement :</p> <ul style="list-style-type: none"> – au médecin traitant du patient dans tous les cas, d’une part ; – au médecin coordonnateur intervenant au sein de la structure, d’autre part, lorsque le patient est pris en charge en structure médico-sociale.

Etape 2. – Le signalement du besoin d’un examen médical.

Le professionnel de santé signale le besoin d’un examen médical à un médecin 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.

Etape 3. – Information et recueil du consentement du patient.

Cette étape est réalisée dans le respect des conditions précisées au 2.3.1 *a* du présent cahier des charges.

Etape 4. – La demande d’un examen médical et son inscription dans un plan de prise en charge.

Lorsqu’il l’estime pertinent aux vues des informations et des données de santé transmises, 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 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).

Etape 5. – Planification de la téléconsultation.

Le professionnel de santé qui requiert l’acte de téléconsultation trace le moment où il signale le besoin au médecin requis (temps d’accès au spécialiste). Si le signalement est effectué par la messagerie sécurisée de santé, la date est automatiquement enregistrée.

L’expert requis enregistre le moment où il reçoit la demande de téléconsultation (temps d’accès au spécialiste).

Il s’assure que le patient lui est connu ou qu’il lui est adressé par un médecin acteur de la prise en charge du patient. Il s’assure qu’il dispose des informations nécessaires à la réalisation de son acte et demande, le cas échéant, des précisions ou compléments au professionnel de santé requérant.

Il planifie la téléconsultation et en informe le patient.

L’expert requis ou le professionnel requérant vérifie l’adresse du domicile du patient et, le cas échéant, la met à jour (déplacements et kilomètre évités).

L’expert requis indique si la téléconsultation est planifiée à l’occasion d’une plage horaire dédiée à la réalisation d’actes de téléconsultation (taux de téléconsultations réalisées sur une plage dédiée).

Il indique si, d’après lui, le patient aurait bénéficié d’une consultation sans téléconsultation (défaut d’accès aux soins [renoncement ou manque d’offre]).

2.1.4. La réalisation de la téléconsultation

L’évaluation des plaies chroniques et/ou complexes requiert que ces dernières puissent être explorées. A ce titre, la présence d’un infirmier ou d’une infirmière diplômé(e) d’Etat (IDE) ou d’un médecin auprès du patient est indispensable lors de la téléconsultation.

Lorsqu'un IDE se situe auprès du patient, la présence d'un médecin au cours de téléconsultation n'est pas requise.

L'expert requis enregistre :

- la date de réalisation de la téléconsultation (temps d'accès au spécialiste) ;
- l'heure de début de la téléconsultation (temps consacré à un acte de TLC).

2.1.5. *La fin de la téléconsultation*

L'expert requis enregistre l'heure de fin de téléconsultation (temps consacré à un acte de TLC). Si le signalement est effectué par la messagerie sécurisée de santé, la date est automatiquement enregistrée.

Il rédige un compte rendu de l'acte de téléconsultation et complète le dossier du patient dans les conditions rappelées au 2.3.1 *d* du présent cahier des charges.

Il enregistre le compte rendu dans le dossier patient (taux d'abandon ou d'annulation).

Il adresse une copie du compte rendu par voie sécurisée :

- au médecin traitant du patient ;
- à l'IDE qui se tenait aux côtés du patient durant la réalisation de la téléconsultation, sous réserve de l'accord du patient ;
- le cas échéant, au professionnel de santé ayant signalé le besoin d'un examen médical ;
- au médecin coordonnateur dans le cas d'un patient résidant en EHPAD, sous réserve de l'accord du patient ;
- à tout professionnel de santé impliqué dans la prise en charge du patient, sous réserve de l'accord du patient ;
- à tout autre professionnel de santé désigné par le patient ;
- au patient.

S'il existe et sous réserve de l'accord du patient, le compte rendu est enregistré dans son dossier médical personnel (DMP).

Le cas échéant, l'expert peut joindre les éventuelles prescriptions à son compte rendu.

Enfin, à l'issue de son acte, le professionnel de santé requis recueille le consentement du patient :

- à la transmission des données mentionnées aux points 4.3.2.1 et 4.3.2.2.1 du présent cahier des charges à la CNAM-TS et aux ARS afin de permettre à la HAS d'évaluer les actes expérimentés ;
- à sa participation à l'enquête de satisfaction mentionnée au point 4.3.2.4 du présent cahier des charges.

2.1.6. *Cas particulier des téléconsultations planifiées mais non réalisées*

L'expert enregistre la cause de la non-réalisation des téléconsultations planifiées mais non réalisées et en précise la cause, à savoir, du fait du patient, du fait du professionnel ou du fait de la technique (taux d'abandon ou d'annulation).

Dans ce cas, la téléconsultation ne peut donner lieu à aucune facturation.

2.2. **Conditions et modalités de prise en charge des patients par téléexpertise**

2.2.1. *Conditions de réalisation d'une téléexpertise*

En application de l'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 de 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 leurs formations ou de leurs 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 utilisé au bénéfice du patient porteur d'une plaie chronique ou complexe telle que précisée au 1.2 du présent cahier des charges. Le suivi d'une plaie par ce moyen peut être en cas de nécessité répété sans conditions de délai ou complété par une téléconsultation ou une consultation. En cela, il diffère d'un acte ponctuel de consultant dans le parcours de soins au sens de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) (6).

En vertu du périmètre retenu pour la mise en œuvre de la présente expérimentation, pour faire l'objet du financement préfigurateur mentionné au 3.1 du présent cahier des charges, la téléexpertise pourra être réalisée :

- soit entre un médecin demandeur de l'avis et un médecin libéral ou hospitalier requis ;
- soit entre un médecin demandeur de l'avis et un ou une IDE requis(e) agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

Le médecin demandeur de l'avis ou le médecin requérant pourra, une fois la décision prise de solliciter un avis expert, demander à un(e) IDE de procéder au recueil et à la transmission des informations à l'expert requis qu'il

aura désigné. Dans ce cas, l'IDE concerné(e) n'agit pas nécessairement en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

Le médecin requis devra être sollicité en raison de sa spécialisation, de sa formation, de ses diplômes ou, à défaut, de son expérience clinique.

La présente expérimentation ayant pour objectif de déployer la télémedecine dans le cadre de prises en charge de patients se situant en ville (domicile, cabinet, structures d'exercices coordonnées) et en structures medico-sociales, les téléexpertises réalisées entre deux professionnels de santé hospitaliers ne feront pas l'objet du financement préfigurateur mentionné au 3.1 du présent cahier des charges.

Les ARS veillent par tout moyen au respect de cette exigence.

2.2.2. Conditions de recours à la téléexpertise

La demande d'avis par téléexpertise pourra, pour certains patients, n'être formulée qu'après une consultation physique (en face à face) ou une téléconsultation auprès du professionnel requis.

2.2.3. Actions préalables à la réalisation d'une téléexpertise

Etape 1. – Information et recueil du consentement du patient.

L'information et le recueil du consentement du patient s'effectue dans le respect des conditions précisées au 2.3.1 a du présent cahier des charges.

Etape 2. – Transmission des informations nécessaires à la téléexpertise.

Le demandeur de l'avis ou, le cas échéant, 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. Elle est réalisée par un professionnel de santé dûment habilité à accéder aux données administratives et de santé du patient.

Il s'assure qu'il dispose des informations nécessaires et demande, le cas échéant, des précisions ou compléments au médecin demandeur.

2.2.4. La réalisation de la téléexpertise

Le professionnel de santé qui requiert l'acte de télémedecine trace le moment où il formule la demande d'avis au médecin requis (temps d'accès au spécialiste). Si le signalement est effectué par la messagerie sécurisé de santé, la date est automatiquement enregistrée.

L'expert requis trace le moment où il reçoit la demande de téléexpertise (temps d'accès au spécialiste).

L'expert requis ou le professionnel requérant vérifie l'adresse du domicile du patient et la met à jour le cas échéant (déplacements et kilomètre évités).

L'expert requis indique si la réalisation de la téléexpertise a nécessité une demande de précisions ou compléments auprès du médecin demandeur (demandes de précision ou de compléments).

L'expert requis indique si, d'après lui, le patient aurait bénéficié d'un avis ou d'une consultation sans télémedecine (défaut d'accès aux soins [renoncement ou manque d'offre]).

2.2.5. La fin de la téléexpertise

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

Le cas échéant, l'expert requis peut joindre les éventuelles prescriptions à son compte rendu. L'expert requis enregistre le compte rendu dans le dossier patient (taux d'abandon ou d'annulation). L'expert requis adresse une copie du compte rendu de téléexpertise par voie sécurisée :

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

2.2.6. Cas particulier des téléexpertises planifiées mais non réalisées

L'expert requis enregistre la cause de la non-réalisation de téléexpertise : du fait du patient, du professionnel ou de la technique (taux d'abandon ou d'annulation).

Dans ce cas, la téléexpertise ne peut donner lieu à aucune facturation.

2.3. Conditions à respecter pour la mise en œuvre des actes de télémédecine

2.3.1. Le présent cahier des charges ne déroge pas à l'application des dispositions relatives aux conditions de mises en œuvre des actes de télémédecine mentionnées aux articles R. 6316-2 à R. 6316-4 du code de la santé publique, à savoir que :

a) Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du code précité.

Ce consentement intervient après qu'une information appropriée aura été délivrée au patient. Cette information porte en particulier :

- sur les modalités de la prise en charge par télémédecine et, notamment, la qualification de l'expert requis en téléconsultation ou de l'expert dont l'avis est requis par téléexpertise ;
- sur la nature des données de santé qui vont être échangées entre professionnels de santé afin de contribuer à sa meilleure prise en charge.

Le consentement du patient ou, le cas échéant, de son représentant légal, peut être recueilli par tout moyen, par un professionnel de santé impliqué dans la prise en charge et en amont de la prise en charge par télémédecine.

Lorsqu'il est recueilli par écrit, la trace du consentement du patient est conservée dans le dossier médical de ce dernier.

b) Les structures, organismes et professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémédecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux dispositions relatives aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel.

Cet hébergement de données, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée. En application de l'article R. 6316-10 du code de la santé publique, ce consentement peut être exprimé par voie électronique.

c) Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant :

- l'authentification forte des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;
- l'identification du patient ;
- l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte au moyen du DMP s'il existe ou par réception par messagerie sécurisée de santé notamment ;
- lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.

d) Sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation mentionnée à l'article R. 4127-45 du code de la santé publique :

- le compte rendu de la réalisation de l'acte ;
- les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ;
- l'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;
- la date et l'heure de l'acte ;
- le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Le compte rendu de l'acte et les prescriptions sont enregistrés dans le dossier patient tenu par le professionnel de santé requis et dans le DMP lorsqu'il existe (et avec autorisation du patient), et transmis de façon sécurisée au médecin traitant, au patient et aux professionnels de santé désignés par le patient et impliqués dans sa prise en charge.

2.3.2. Le présent cahier des charges ne déroge pas au respect des dispositions de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permettant la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention entre professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, auprès des patients.

2.3.3. Le présent cahier des charges ne déroge pas à l'application de l'article R. 6316-8 du code de la santé publique qui prévoit que les structures, organismes et professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine, devront avoir conclu entre eux une convention organisant leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre leur activité.

2.3.4. Chaque professionnel devra être couvert par une assurance en responsabilité civile au titre de l'activité de télémédecine à laquelle il prend part.

2.3.5. Compte tenu du présent cahier des charges pris par arrêté et constituant un programme national, il n'est pas nécessaire de conclure un contrat entre le directeur général de l'agence régionale de santé et le (ou les) professionnel(s) de santé participant à l'activité de télémédecine (conformément aux dispositions de l'article R. 6316-6 (3°) du code de la santé publique).

2.4. Prérequis 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 : coordonnées du patient et du médecin traitant, date de mise à jour ;

- des renseignements cliniques : pathologies en cours, antécédents personnels (comprenant les éventuelles allergies et intolérances médicamenteuses), facteurs de risque (antécédents familiaux, facteurs de risque liés au mode de vie : alcool, tabac, absence d'activité physique, alimentation, facteurs de risques professionnels) ;
- les traitements au long cours ;
- les points de vigilance ;
- en cas d'impression, la signature.

L'échange ou le partage d'informations est indispensable à la réalisation de l'acte. Il est recommandé :

- de prendre en compte le modèle de document élaboré par la HAS (volet médical de synthèse) ;
- et, quand cela est pertinent, de respecter le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CIS) spécifié par l'ASIP Santé.

Au-delà des données requises pour la réalisation de l'acte, les professionnels de santé impliqués seront chargés de collecter des données nécessaires à l'évaluation. Celles-ci sont mentionnées dans la partie 4 du présent cahier des charges.

2.5. Participation au pilotage des expérimentations

Les professionnels de santé souhaitant participer aux expérimentations de télémédecine doivent se faire connaître directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants régionaux auprès de l'agence régionale de santé de la région dans laquelle ils sont installés.

Ils n'ont pas à signer le contrat prévu au 3° de l'article R. 6316-6 du code de la santé publique, comme mentionné au 2.3.5 du présent cahier des charges.

Ils sont cependant tenus de conclure une convention avec les ARS et les organismes locaux d'assurance maladie définissant les modalités de production des données nécessaires à l'évaluation telles que décrites au point 4 du présent cahier des charges. Cette convention peut être conclue soit par chaque professionnel à titre individuel, soit par l'intermédiaire de leurs représentants.

Les professionnels de santé et leurs représentants doivent respecter les modalités de pilotage régional des expérimentations définies par chaque ARS, conformément au 3.4.2 du présent cahier des charges.

(6) Art. 18 B, première partie, dispositions générales de la NGAP.

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

3.1. Tarifs

Dans le cadre d'une téléconsultation réalisée dans les conditions du présent cahier des charges, le médecin requis ou l'IDE 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 est rémunéré 28 € par acte.

Dans le cadre d'une téléexpertise réalisée dans les conditions du présent cahier des charges, le médecin requis ou l'IDE 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 est rémunéré 14 € par acte.

Le versement de ces tarifs est conditionné au respect de l'ensemble des dispositions du présent cahier des charges.

En outre, il est expressément spécifié que le tarif préfigurateur mentionné au présent point 3.1 ne bénéficie qu'aux professionnels de santé conventionnés. Les médecins 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.

Des financements complémentaires peuvent être mobilisés au titre des activités de télémédecine comme rappelé en annexe 2.

3.2. Modalités de paiement des actes réalisés

Les tarifs ci-dessus sont versés aux professionnels de santé ou aux établissements ou structures les employant 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 (au moyen d'une CPS ou CPE) ;
- le patient est identifié selon les modalités habituelles (au moyen de son NIR) ;
- l'acte est identifié au moyen de l'un des deux codes acte spécifiques (un pour la téléconsultation et l'autre pour la téléexpertise) créés par l'assurance maladie et communiqués aux professionnels de santé concernés dans un délai de 1 mois à compter de la publication du présent cahier des charges.

Les sommes versées au titre de ces expérimentations sont liquidées et payées au fil de l'eau par les organismes locaux d'assurance maladie.

Ces sommes sont imputées par les organismes payeurs sur le compte 657213452 dédié au suivi des crédits fléchés de ces expérimentations (7).

L'assurance maladie adresse mensuellement, à chaque ARS concernée ainsi qu'à la DGOS (8), un état comprenant *a minima* les sommes payées au titre du FIR de la région, le volume d'actes correspondant (par acte), la file active de patients et le nombre de professionnels de santé concernés.

La ventilation régionale des sommes est effectuée selon :

- la localisation de la caisse d'affiliation du patient ;
- la localisation du professionnel de santé requis à défaut.

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 ou prenant en charge des patients installés dans ces mêmes régions.

Des lettres réseaux de la CNAMTS préciseront ces modalités de facturation.

Des contrôles pourront être effectués *a posteriori* pour vérifier que le professionnel bénéficiant de cette rémunération respecte bien l'intégralité des dispositions du présent cahier des charges.

3.3. Soutien à la production des données de l'évaluation

En complément de la rémunération à l'activité mentionnée au 3.1, chaque professionnel concerné peut également bénéficier du versement d'une dotation annuelle n'excédant pas 200 €, destinée à couvrir les coûts relatifs à la production des données nécessaires à la réalisation de l'évaluation par la HAS.

Cette dotation est versée selon les modalités habituelles de paiement au titre du FIR, après engagement par l'ARS. Le professionnel de santé souhaitant bénéficier de cette aide complémentaire doit en faire la demande auprès de l'ARS correspondant à la région dans laquelle il est installé.

Ces sommes seront également imputées sur le compte 657213452 et donc pris en charge par les crédits fléchés au titre de ces expérimentations.

3.4. Pilotage et accompagnement des professionnels de santé

La description des modalités de pilotage revêt une grande importance pour assurer l'homogénéité du format des informations échangées entre les parties prenantes des expérimentations.

Le pilotage national vise à fournir aux instances nationales engagées dans ces expérimentations une information précise et actualisée sur le déroulement des expérimentations et en particulier sur les éventuelles difficultés rencontrées par les professionnels de santé qui y prennent part.

Le pilotage régional vise en priorité à accompagner les professionnels de santé qui souhaitent s'engager dans ces expérimentations et à assurer le bon fonctionnement des échanges d'information (et notamment des informations relatives à l'évaluation).

3.4.1. Pilotage national

Le Comité national de pilotage de télémédecine est chargé du suivi de la mise en œuvre des expérimentations. Les orientations générales lui sont soumises pour validation.

Il veille à ce que l'évaluation soit mise en œuvre dans les délais définis par l'article 36 et dans les conditions mentionnées dans le présent cahier des charges. Un point d'étape de la consommation des crédits lui est également présenté.

Un groupe technique des expérimentations dites « article 36 », piloté par la DGOS, se réunit tous les trimestres. Chargé du suivi des expérimentations, ce groupe prépare la capitalisation des succès et réussites. Il est également chargé de lever les éventuelles difficultés rencontrées.

Ce groupe technique comprend :

- les chargés de mission des ARS pilotes ;
- les directions d'administration centrale (DGOS, DSS, DGCS) ;
- les opérateurs nationaux engagés dans l'accompagnement (ANAP et ASIP Santé) ;
- l'assurance maladie (CNAM-TS) ;
- la HAS ;
- des représentants des professionnels de santé ;
- le CISS ;
- la Société française de télémédecine (SFT-ANTEL).

A cette occasion, les ARS pilotes transmettent un rapport détaillé avec les indicateurs d'activité produits en lien avec les organismes d'assurance maladie, les obstacles rencontrés dans le déploiement des expérimentations et tout autre sujet dont elles souhaiteraient alerter le groupe technique.

Les indicateurs d'activité devant être présentés sont *a minima* :

- le nombre d'actes de télémédecine réalisés par type d'acte ;
- le nombre de patients par type d'acte ;
- le nombre de professionnels requérants impliqués ;

- le nombre de professionnels requis impliqués ;
- la consommation régionale des crédits relatifs à ces expérimentations en distinguant les sommes payées au titre des téléconsultations, celles payées au titre des téléexpertises et celles payées au titre du soutien à la production des données de l'évaluation.

Les ARS pilotes transmettent chaque mois au groupe technique (dgos-pf3@sante.gouv.fr) une note synthétique (format en annexe 5) comportant les principaux indicateurs d'activité.

3.4.2. Pilotage régional

L'ARS constitue une équipe projet « expérimentations article 36 » et désigne un référent régional chargé de la mise en place et du suivi des expérimentations dans la région. L'équipe projet est pilotée par le référent régional. Elle comprend *a minima* :

- les représentants des professionnels de santé de la région ;
- les représentants des usagers ;
- les directions de l'ARS concernées ;
- les représentants des éventuels GCS et AMOA de la région ;
- les représentants des organismes locaux d'assurance maladie.

L'équipe projet doit notamment veiller à la bonne circulation des flux d'information et de financement nécessaires à l'évaluation des expérimentations et à la rémunération des professionnels de santé impliqués dans les expérimentations.

Le référent régional est l'interlocuteur unique pour les professionnels de santé de la région qui souhaitent participer aux expérimentations. Il est notamment en charge de :

- la préparation des conventions avec les professionnels de santé ou leurs représentants souhaitant intégrer les expérimentations ;
- le suivi et l'accompagnement des professionnels de santé qui souhaitent intégrer les expérimentations.

3.4.3. Accompagnement par l'ASIP Santé

L'accompagnement de l'ASIP Santé vise à aider les acteurs mobilisés dans le cadre des activités mises en place dans les expérimentations (ARS, porteurs de projet, industriels) par :

- l'appui à la mise en œuvre des référentiels nationaux des systèmes d'information en santé (sécurité, identification/authentification, interopérabilité, etc.) en support des activités de télémédecine. L'intégration des référentiels constitue en effet un enjeu fort pour, d'une part, garantir le respect du cadre juridique en vigueur et, d'autre part, constituer un levier au déploiement des usages ;
- l'appui méthodologique à la remontée des données nécessaires à l'évaluation.

L'ASIP Santé est également chargée d'évaluer le coût des systèmes d'information de télémédecine comme mentionné au point 5 du présent cahier des charges.

3.4.3.1. Appui à la mise en œuvre des référentiels nationaux des systèmes d'information en santé

Les actions de l'ASIP Santé viseront à :

- mener des actions d'animation interrégionales sur les thématiques partagées par plusieurs régions. Le choix des thématiques sera validé par les instances de gouvernance de l'expérimentation afin de retenir les sujets à instruire. Ces sujets résulteront de problématiques de terrain remontées au fil de l'eau par les ARS, les porteurs de projet, ou les industriels ;
- capitaliser et diffuser les savoir-faire et retours d'expérience vers les acteurs non impliqués dans les expérimentations afin de faciliter le déploiement national des activités de télémédecine.

Les premiers ateliers pourront aborder par exemple les problématiques suivantes :

- le cadre d'urbanisation des projets de « e.santé » incluant notamment le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information et les services de télémédecine ;
- les messageries sécurisées de santé ;
- le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information en santé (CI-SIS) : présentation du VSM, identification des extensions du CI-SIS (nouveaux volets de contenu) pour couvrir un nouveau besoin d'interopérabilité.

Les livrables seront produits au fil de l'expérimentation et pourront aboutir à des guides pratiques ou foires aux questions selon les sujets.

3.4.3.2. Appui méthodologique à la remontée des données nécessaires à l'évaluation

L'ASIP Santé proposera une phase de test avec les régions pilotes volontaires pour vérifier la conformité des formats et des valeurs de données transmises avant le lancement de la campagne d'évaluation, afin de s'assurer de leur exploitabilité technique.

Ce test aura pour objet de constater les points suivants :

1. Compréhension des données à collecter par l'ARS et capacité des systèmes d'informations à produire les données attendues :

L'ARS et les porteurs de projets désignés par l'ARS prennent connaissance des données à collecter, et étudient les modalités à mettre en œuvre pour les collecter sur les aspects suivants :

- nature des données, format et valeurs des données ;
- fréquence de la collecte (ex. : à chaque acte) ;
- acteur de la collecte (système, humain) ;
- qualité des données (données saisies) ;
- cheminement du point de production jusqu'au point de centralisation des remontées avant transmission aux organismes locaux d'assurance maladie ;
- autre volet si pertinent.

2. Identification des écarts entre les données attendues (à collecter) et les données produites et disponibles depuis les dispositifs de télémédecine :

- identification des écarts entre les données attendues et les données produites ;
- revue éventuelle des données (adaptation de l'évaluation aux capacités de remontées qui soient compatibles avec le calendrier des expérimentations sur le volet évaluation et les budgets).

3. Test du circuit de fourniture des données nécessaires à l'évaluation (production, collecte et transmission des données) : cette phase intervient dès lors que les évolutions nécessaires auront été apportées aux circuits de production et de collecte. Il s'agit de qualifier les fichiers produits avant leur intégration dans le dispositif d'évaluation. Ce test sera réalisé auprès d'une région. Les fichiers seront transmis via une adresse à fournir par l'organisme d'assurance maladie. La HAS, voire les organismes locaux d'assurance maladie, seront chargés de procéder à la qualification des remontées.

3.4.4. *Accompagnement par l'ANAP*

L'accompagnement par l'ANAP vise à aider les acteurs mobilisés dans le cadre des activités mises en place dans les expérimentations (régions, porteurs de projet) à définir et mettre en place une organisation optimale en vue de la production des données nécessaires à l'évaluation.

(7) Les modalités d'imputation sur le FIR des dépenses engagées par les caisses hors régime général sont définies par la CNAMTS en lien avec les autres régimes.

(8) Coordonnées figurant en annexe 4.

4. *Evaluation des expérimentations*

4.1. **Objectifs, principes et périmètre de l'évaluation**

4.1.1. *Objectifs de l'évaluation*

Il est expressément convenu à l'article 36 de la LFSS pour 2014 qu'« au terme (des) expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation (...) 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 des plaies chroniques et complexes à ainsi vocation à constituer un élément fondamental d'aide à la décision des pouvoirs publics en vue d'une généralisation du déploiement de la télémédecine dans le cadre de cette pathologie.

Cette évaluation est réalisée en liaison avec les ARS, la CNAM-TS, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux participant à l'expérimentation.

Pour assurer le bon déroulement de l'expérimentation ainsi que la généralisation, le cas échéant, 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 inscription des actes expérimentés aux nomenclatures de l'assurance-maladie ;
- un élément de l'avis mentionné au troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, nécessaire pour déclencher la procédure d'inscription accélérée des actes expérimentés dans 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. A 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 coûts suivant le cadre d'évaluation publié par la HAS en juillet 2013 (9).

L'un de ses principaux enjeux consiste en outre 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 à l'offre de soins en permettant de satisfaire une demande en soins dans des délais raisonnables ;
- se substituer aux déplacements du patient et de 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 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).

4.1.2. Principes de l'évaluation

L'évaluation sera 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.

4.1.3. Périmètre de l'évaluation

L'évaluation concerne l'ensemble des projets de télémédecine relatifs à la prise en charge des plaies chroniques et complexes existants et à venir dans les 9 régions pilotes.

Les actes de télémédecine concernés sont : la téléconsultation et la téléexpertise. Ces actes sont réalisés pour des patients pris en charge en structures et services médico-sociaux ou en ville (seulement en structures d'exercice coordonné pour ce qui concerne la téléconsultation (10)).

4.1.3.1. Populations et critères d'inclusion

La population cible correspond à la population âgée de plus de 18 ans ayant bénéficié, au titre des tarifs préfigurateurs définis dans le présent cahier des charges, de remboursements par l'assurance maladie pour le traitement de plaies chroniques et/ou complexes.

La population incluse correspond aux patients suivis en raison de plaies chroniques et/ou complexes ayant bénéficié d'une organisation des soins par télémédecine (téléconsultation et/ou téléexpertise codé dans le SNIIRAM. Seuls les patients traités pour escarres, ulcères et pied diabétique sont pris en compte dans l'évaluation.

Le groupe témoin : la méthodologie de construction du groupe témoin est fondée sur celle utilisée dans le cadre du volet « plaies chroniques » du programme PRADO (programme de retour à domicile) qui utilise des données nationales, définies sur des périmètres comparables.

4.1.3.2. Critères d'exclusion

Sont exclues du périmètre de l'évaluation et donc de toute remontée d'information vers la HAS :

- les données relatives autres types de plaies, notamment les plaies tumorales ;
- les données des patients pris en charge dans un EHPAD doté de pharmacie à usage interne dans la mesure où il n'est pas possible d'identifier leurs consommations de soins ;
- les données des patients pris en charge dans un EHPAD financé sous dotation globale ;
- les données des 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 données des patients qui ne relèvent pas du régime général de l'assurance maladie afin de ne pas complexifier le recueil d'informations auprès des différents régimes.

4.2. Cadre de l'évaluation et critères de jugements retenus

Le cadre d'évaluation se décompose en 5 critères de jugement qui s'entendent comme des angles de vue portés sur une dimension à évaluer. Il a été défini à partir de la construction de la matrice d'impacts des effets de la télémédecine (cf. tableau 1 ci-après).

Les critères de jugement ont été considérés au regard de leur capacité à être recueillis de manière simple et homogène afin de ne pas alourdir le travail des acteurs.

En complément, la HAS prend 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.

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

4.2.1. *L'accessibilité aux soins*

L'accessibilité s'interprète en termes de difficulté relative d'accès à l'offre de soins qui peut elle-même être définie en termes de distance et de temps de déplacement. Son interprétation dépend également du point de vue adopté.

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

Du point de vue de l'assurance maladie, l'accessibilité peut potentiellement se traduire en termes d'augmentation de la consommation de soins, mais aussi d'amélioration de l'observance, de prévention des complications, de diminution des recours aux soins et des coûts de transport.

4.2.2. *Les pratiques professionnelles et l'organisation des soins*

L'utilisation de la télémédecine impose une adaptation des organisations de soins en place qui impacte les pratiques professionnelles. En particulier, elle induit une modification des pratiques et des temps de travail ainsi qu'une transformation des mécanismes de coordination entre les acteurs.

4.2.3. *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 et de ressources consommées (recours aux soins).

Le taux de décès est généralement retenu comme critère de jugement générique.

D'autres critères de jugement de « qualité » de prise en charge peuvent être définis en lien avec le recours à l'hôpital : taux d'hospitalisation et taux de passage aux urgences.

La qualité de la prise en charge passe également par la réduction des délais d'obtention d'une consultation, la réduction des délais entre la demande d'expertise et le retour d'expertise.

Par ailleurs, du point de vue du patient, le fait de ne pas se déplacer peut avoir des conséquences sur la qualité de sa prise en charge (cf. Dimension relative à la satisfaction).

4.2.4. *La satisfaction des patients*

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.

4.2.5. *Les coûts liés aux recours aux soins*

Le déploiement des expérimentations de télémédecine repose sur une hypothèse d'économie induite 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, les consommables (pansements et compresses, bandes de contention, matériel anti-escarre), la consommation de médicaments, les actes infirmiers, les actes de kinésithérapie et les consultations médicales.

Inversement, l'amélioration de l'accès aux soins, peut mécaniquement se traduire potentiellement en termes d'augmentation des recours aux soins (consultations médicales, soins infirmiers, etc.).

Tableau 1. – 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
Patients et professionnels de santé	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.
	Temps d'accès au spécialiste	Téléexpertise Nombre de jours entre la demande de téléexpertise par le requérant et la réception du compte rendu médical	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.
	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...) dans lequel l'acte aurait pu être réalisé en face à 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 télémedecine ? + 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
Médecins et professionnels paramédicaux	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
	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
	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
	Taux d'abandon ou d'annulation de l'acte réalisé par télémedecine	Nombre de téléconsultations /téléexpertises 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.

	CRITÈRE de jugement	DÉFINITION DU CRITÈRE	DISPONIBILITÉ de la donnée source	SCÉNARIO DE RÉFÉRENCE
Patients/aidants, famille	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
	Taux de passage aux urgences	Taux de passage aux urgences des patients de l'expérimentation/taux de passage	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

	CRITÈRE de jugement	DÉFINITION DU CRITÈRE	DISPONIBILITÉ de la donnée source	SCÉNARIO DE RÉFÉRENCE
		aux urgences d'un groupe témoin		
	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
Assurance maladie	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
	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
	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
	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 antiescarres	Coût du matériel antiescarre : matelas, sur-matelas et coussins antiescarres	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

4.3. Protocole d'évaluation

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

4.3.1. Les données descriptives

Chaque ARS recueille et adresse à la HAS des données permettant d'appréhender les changements organisationnels et les enjeux locaux.

Ces données concernent :

- d'une part, l'état des lieux de l'offre de soins et des besoins des territoires (ou autre échelon territorial) : production des indicateurs de diagnostic territorial et concernant les caractéristiques de la population ;
- d'autre part, les projets de télémédecine déployés : contexte local du déploiement de la télémédecine et des besoins médicaux qui ont motivé chaque projet, état des lieux des pratiques de prise en charge sans télémédecine et avec télémédecine (description du modèle organisationnel et des actes de télémédecine concernés).

Ces données ne font pas l'objet d'un rapport d'état car elles ne contribuent pas directement à évaluer les effets attendus liés à l'organisation des soins par télémédecine mais sont nécessaires à l'interprétation des résultats de l'évaluation.

4.3.1.1. Données relatives à l'état des lieux de l'offre de soins et aux besoins des territoires

Les données générales sur l'offre de soin en région et le territoire sont les suivantes :

Contexte démographique et socioéconomique :

- densité de population pour la région et le territoire de santé concerné ;
- part des personnes de 75 ans et plus pour la région et le territoire de santé concerné ;
- part des 75 ans et plus vivant en institution pour la région et le territoire de santé concerné ;
- revenu fiscal médian par unité de consommation pour la région et le territoire de santé concerné.

Etat de santé et dépendance des populations pour la région et le territoire de santé concerné :

- taux de mortalité pour la région et le territoire de santé concerné ;
- état de santé des personnes bénéficiaires de l'APA à domicile évaluées en GIR 1 ou GIR 2 (qualificatif de l'état de santé).

Offre sanitaire, sociale et médico-sociale :

- nombre de lits en médecine et chirurgie pour la région et le territoire de santé concerné ;
- nombre de lits en soins de suite et réadaptation pour la région et le territoire de santé concerné ;
- nombre de places en hospitalisation à domicile (HAD) pour la région et le territoire de santé concerné ;
- nombre de places en EHPAD pour la région et le territoire de santé concerné ;
- nombre de places en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour la région et le territoire de santé concerné.

Démographie médicale et paramédicale :

- densité de médecins généralistes exerçant dans le territoire concerné par l'expérimentation : nombre de médecins généralistes exerçant sur le territoire /nombre d'habitants de 18 ans et plus du territoire concerné ;
- densité de dermatologues, gériatries, diabétologues et chirurgiens vasculaires exerçant dans le territoire concerné par l'expérimentation : nombre de médecins dermatologues exerçant sur le territoire/nombre d'habitants de 18 ans et plus du territoire concerné ;
- densité d'infirmiers exerçant dans le territoire concerné par l'expérimentation : nombre d'infirmiers exerçant sur le territoire /nombre d'habitants de 75 ans et plus du territoire concerné.

4.3.1.2. Données descriptives d'un projet de télémédecine

Le « projet de télémédecine » s'entend comme celui au sein duquel des patients sont pris en charge par télémédecine dans le cadre d'une problématique médicale commune, une dimension territoriale et des acteurs identifiés.

Les données ci-dessous regroupent des données relatives au contexte local du déploiement de la télémédecine et les besoins médicaux qui ont motivé chaque projet.

Les données descriptives d'un projet de télémédecine comprennent :

- la définition précise du besoin médical de télémédecine ;
- la dimension territoriale du projet en lien notamment avec les territoires de santé ;
- une estimation de la volumétrie annuelle des actes de télémédecine susceptibles d'être réalisés (et le cas échéant réalisés) dans le cadre du projet, répartie par type de plaie et par type d'acte ;
- la date d'entrée du projet dans le cadre des expérimentations prévues à l'article 36 de la LFSS 2014 (cette date correspond au moment où les données des actes de télémédecines et des consommations de soins commencent à être recueillies) ;
- si le projet a démarré avant le lancement l'expérimentation, il convient de préciser la date de prise en charge du premier patient (mois/année) ;

- la décomposition des coûts des systèmes d'information utilisés.

4.3.2. Les rapports d'états

L'évaluation a pour objectif de mesurer et d'expliquer les écarts entre les effets attendus et les résultats obtenus. Elle nécessite de recueillir des données sur le terrain (via les systèmes d'information locaux de télémédecine ou autre), d'analyser les données disponibles dans les bases médico-administratives et de mettre en place des enquêtes *ad hoc* (enquête de satisfaction).

Pour ce faire, quatre rapports d'états sont produits et adressés à la HAS dans les conditions définies ci-après.

4.3.2.1. Rapport d'état n° 1 relatif aux données d'un acte de télémédecine

La production du rapport d'état n° 1 est à la charge de chacune des ARS. Il concerne les données d'un acte de télémédecine recueillies à partir d'une grille d'indicateurs qui regroupent des données sur l'accessibilité aux soins, le processus de planification et de réalisation de l'acte ; des données sur les caractéristiques des patients et des professionnels de santé.

Dans ce rapport d'état :

- chaque ligne correspond à un acte de télémédecine ;
- chaque colonne correspond à une donnée définie dans le tableau n° 2 ci-après ;
- l'ordre des données correspond obligatoirement à l'ordre de présentation dans le tableau ;
- les lignes sont triées par ordre chronologique croissant sur l'année et le mois de réalisation de l'acte de télémédecine.

Le tableau n° 2 ci-après présente successivement :

- les données permettant d'identifier le cadre de la prise en charge du patient ;
- les données du patient ;
- les données communes à la réalisation d'un acte de télémédecine ;
- les données spécifiques à la réalisation d'un acte de téléconsultation ;
- les données spécifiques à la réalisation d'un acte de téléexpertise.

Le protocole de production des données du rapport d'état n° 1 est schématisé ainsi qu'il suit :

Les professionnels de santé renseignent les données de façon manuelle ou automatique, via les moyens informatiques mis à leur disposition et des consignes définies par les ARS pilotes. Plusieurs hypothèses sont envisagées et laissées à l'arbitrage de chacune des régions :

- l'ARS dispose de la faculté de faire remonter l'ensemble des données descriptives via son système d'information. Dans ce cas, elle n'utilise que cet outil ;
- l'ARS ne dispose pas de la faculté de faire remonter l'ensemble des données descriptives via son système d'information. Dans ce cas :
 - soit elle adapte son système d'information en vue d'une automatisation de la production de l'ensemble des données demandées ;
 - soit elle privilégie la production de la totalité des données via un outil de recueil *ad hoc* ;
 - soit elle utilise à la fois son système d'information et un système de recueil *ad hoc*. Dans cette hypothèse, elle précise aux professionnels de santé requis et requérants quelles sont les données qu'il leur incombe de produire manuellement, sous quel format et dans quel délai.

(**) En ce qui concerne l'« ID_PARTIENT_ARS », les ARS disposent de la possibilité de ne pas faire remonter cette variable à la HAS sous la réserve toutefois de lui transmettre des données prétraitées et agrégées par patient et par type d'acte, le cas échéant, sous forme de somme ou du taux.

Les ARS pilotes ou leurs maîtrises d'ouvrage régionales :

- collectent les données descriptives auprès des professionnels de santé, des établissements, structures et/ou services impliqués dans les expérimentations ;
- produisent le rapport d'état n° 1 et le transmettent à la HAS semestriellement.

Tableau 2. – Données d'un acte de télé-médecine

CODE	INTITULÉ	DESCRIPTION	CHAMP d'application	TYPE	LISTE DE VALEURS	RÈGLE DE CALCUL ou de gestion
REG_PATIENT	Région pilote	Nom de la région pilote	N/A	Enuméré, choix unique	Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire, Picardie	N/A
ID_THEMATIQUE	Thématique du projet de télé-médecine	Désignation de la thématique du projet de télé-médecine	N/A	Enuméré, choix unique	Plaies chroniques et complexes, psychiatrie et gériatrie, néphrologie, cardiologie	N/A
ID_PATIENT_ARS(**)	Patient	Identifiant anonyme du patient	N/A	Alphanumérique	N/A	N/A
ID_ACTE	Type d'acte de télé-médecine	Désignation du type d'acte de télé-médecine	N/A	Enuméré, choix unique	TLC, TLE, TLS	N/A
REQUERANT_PRO	Profession du professionnel de santé requérant	Profession du professionnel de santé requérant (*)	N/A	Enuméré, choix unique	Cf. « Listes de référence » jointes en annexes	N/A
REQUERANT_SPE	Spécialité du professionnel de santé requérant	Spécialité du professionnel de santé requérant (*)	N/A	Enuméré, choix unique	Cf. « Listes de référence » jointes en annexes	N/A
REQUERANT_MOD	Mode d'exercice du professionnel de santé requérant	Mode d'exercice du professionnel de santé requérant (*)	N/A	Enuméré, choix unique	Libéral, salarié, libéral et salarié, médecin militaire	N/A
REQUERANT_LIEU	Catégorie d'établissement d'exercice du professionnel de santé requérant	Catégorie d'établissement d'exercice du professionnel de santé requérant (*)	N/A	Enuméré, choix unique	Cf. « Listes de référence » jointes en annexes	N/A
REQUIS_PRO	Profession du professionnel de santé requis	Profession du professionnel de santé requis (*)	N/A	Enuméré, choix unique	Cf. « Listes de référence » jointes en annexes	N/A
REQUIS_SPE	Spécialité du professionnel de santé requis	Spécialité du professionnel de santé requis (*)	N/A	Enuméré, choix unique	Cf. « Listes de référence » jointes en annexes	N/A
REQUIS_MOD	Mode d'exercice du professionnel de santé requis	Mode d'exercice du professionnel de santé requis (*)	N/A	Enuméré, choix unique	Libéral, salarié, libéral et salarié, médecin militaire	N/A
REQUIS_LIEU	Catégorie d'établissement d'exercice du professionnel de santé requis	Catégorie d'établissement d'exercice du professionnel de santé requis (*)	N/A	Enuméré, choix unique	Cf. « Listes de référence » jointes en annexes	N/A
ACCOMPAGNANT_PRO	Profession du professionnel de santé présent auprès du patient	Profession du professionnel de santé présent auprès du patient au cours de la téléconsultation	N/A	Enuméré, choix unique	Cf. « Listes de référence » jointes en annexes	N/A
ACCOMPAGNANT_SPE	Spécialité du professionnel de santé présent auprès du patient	Spécialité du professionnel de santé présent auprès du patient au cours de la téléconsultation	N/A	Enuméré, choix unique	Cf. « Listes de référence » jointes en annexes	N/A

CODE	INTITULÉ	DESCRIPTION	CHAMP d'application	TYPE	LISTE DE VALEURS	RÈGLE DE CALCUL ou de gestion
ACCOMPAGNANT_MOD	Mode d'exercice du professionnel de santé présent auprès du patient	Mode d'exercice du professionnel de santé présent auprès du patient au cours de la téléconsultation	N/A	Enuméré, choix unique	Libéral, salarié, libéral et salarié, médecin militaire	N/A
ACCOMPAGNANT_LIEU	Catégorie d'établissement d'exercice du professionnel de santé présent auprès du patient	Catégorie d'établissement d'exercice du professionnel de santé présent auprès du patient au cours de la téléconsultation	N/A	Enuméré, choix unique	Cf. « Listes de référence » jointes en annexes	N/A
PEC_LIEU	Catégorie d'établissement de prise en charge du patient	Catégorie d'établissement de prise en charge du patient	N/A	Enuméré, choix unique	Cf. « Listes de référence » jointes en annexes	N/A
ÂGE	Âge du patient	Âge du patient	N/A	Numérique (en années)	N/A	Valide si > 0
SEXE	Sexe du patient	Sexe du patient selon le codage du PMSI	N/A	Numérique	1 = féminin, 2 = masculin	N/A
MOTIF	Motif d'adressage initial	Motif d'adressage initial (ou diagnostic initial) ayant conduit à une prise en charge par télé-médecine	N/A	Enuméré, choix multiple	Plaie du pied diabétique, ulcère, escarre, angiodermite, plaie cancéreuse, plaie post-opératoire, stomie, brûlure, traumatique, autre	N/A
TLM_PNR	Acte de télé-médecine planifié mais non réalisé	Le critère de jugement est vrai dans le cas d'une téléconsultation ou d'une téléexpertise planifiée mais non réalisée	TLC, TLE	Booléen	Vrai, faux	Si la téléconsultation ou la téléexpertise planifiée n'a pas été réalisée alors tlm_pnr = vrai, sinon, tlm_pnr = faux
TLM_MPNR	Motif de non réalisation d'un acte de télé-médecine	Indique la cause de non réalisation d'un acte de télé-médecine	TLC, TLE	Enuméré, choix unique	Du fait du patient, du fait du requérant, du fait du requis, du fait de la technique	Non renseigné si TLM_PNR = faux
TLM_ANNEE	Année de réalisation de l'acte de télé-médecine	Année correspondant au moment où le requis réalise l'acte de télé-médecine (téléconsultation ou téléexpertise)	TLC, TLE	Numérique, 4 caractères (AAAA)	N/A	N/A
TLM_MOIS	Mois de réalisation de l'acte de télé-médecine	Mois correspondant au moment où le requis réalise l'acte de télé-médecine (téléconsultation ou téléexpertise)	TLC, TLE	Numérique, 2 caractères de 1 à 12 (MM)	N/A	N/A
TLM_NKE	Nombre de kilomètres évités	Nombre de kilomètres aller-retour 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...) dans lequel l'acte aurait pu être réalisé en face en face	TLC, TLE	Numérique	N/A	Valide si >= 0 Nota : déplacements évités (cf. matrice d'impacts) correspond au nombre d'actes réalisés et ne nécessite donc aucun recueil spécifique.

CODE	INITIULÉ	DESCRIPTION	CHAMP d'application	TYPE	LISTE DE VALEURS	RÈGLE DE CALCUL ou de gestion
TLM_DAS	Défaut d'accès à l'offre de soins	Le critère est vrai si, d'après le requérant, le patient n'aurait pas bénéficié d'une consultation (TLC, TLE ou TLS) en l'absence de télé-médecine	TLC, TLE	Booléen	Vrai, faux	Si, d'après le requérant, le patient n'aurait pas bénéficié d'une consultation alors TLM_DAS = vrai. Sinon, TLM_DAS = faux
TLM_MDAS	Motif de défaut d'accès à l'offre de soins	Indique la principale cause à l'origine d'un défaut d'accès aux soins	TLC, TLE	Énuméré, choix multiple	Eloignement du lieu de prise en charge, délai de prise en charge, état de santé du patient ne permettant pas de le transporter	Non renseigné si TLM_DAS = faux
TLC_TAS	Temps d'accès au spécialiste	Nombre de jours s'étant écoulés entre le jour où le requis reçoit la demande de téléconsultation transmise par le requérant et le jour où l'acte de téléconsultation est réalisé	TLC	Numérique (nombre de jours)	N/A	N/A
TLC_TCR	Temps consacré à la réalisation d'un acte de téléconsultation	Durée (exprimée en minute) de l'échange synchrone entre le requis et le patient. Cette durée peut correspondre au délai de connexion, au temps écoulé entre l'ouverture du dossier patient et sa fermeture, etc.	TLC	Numérique (nombre de minutes)	N/A	N/A
TLC_NB_PLAIE	Nombre de plaies	Nombre de plaies examinées durant la téléconsultation	TLC	Numérique	N/A	Valide si > 0
TLC_PHD	Téléconsultation réalisée pendant une plage horaire dédiée	Le critère de jugement est vrai si la téléconsultation a été réalisée pendant à une plage horaire dédiée à la réalisation d'actes de télé-médecine	TLC	Booléen	Vrai, faux	SI la téléconsultation a été réalisée pendant une plage horaire dédiée alors TLC_PHD = vrai. Sinon, TLC_PHD = faux
TLE_TAS	Temps d'accès au spécialiste	Nombre de jours s'étant écoulés entre le jour où le requis reçoit la demande de téléexpertise transmise par le requérant et le jour où il adresse une copie du CR médical au requérant.	TLE	Numérique (nombre de jours)	N/A	N/A
TLE_DPC	Demande de précisions ou de compléments	Le critère de jugement est vrai si, pour réaliser l'acte de téléexpertise, le requis a dû solliciter des précisions ou des compléments d'information auprès du requérant (hors demande d'examen complémentaires)	TLE	Booléen	Vrai, faux	N/A

(*) Les requérants et requis sont définis dans les chapitres « Conditions de réalisation d'une téléconsultation » et « Conditions de réalisation d'une téléexpertise » du présent cahier des charges.

4.3.2.2. Rapports d'état issus de l'analyse des bases de données de l'assurance maladie

L'évaluation de l'impact de la télémédecine sur la qualité des soins et les consommations de soins sur la population cible et la population témoin est mise en œuvre à partir de l'analyse de données du SNIIRAM - PMSI.

Ces données sont recueillies et traitées par la CNAM-TS puis envoyées à la HAS sous une forme agrégée par patient.

Le traitement des ces données donne lieu à la production de 2 rapports d'états à la charge de la CNAM-TS. La période d'analyse des données du SNIIRAM - PMSI porte *a minima* sur une durée de 6 mois.

Le point de départ et les délais d'observation des différentes variables sont :

- pour la population incluse : le premier acte de télémédecine ;
- pour la population témoin : la première consultation réalisée dans l'année auprès d'un médecin spécialiste (dermatologue, gériatre, diabétologue...).

Les délais d'observation pour les deux populations est de 6 mois pour le suivi des consommations, des hospitalisations et des décès.

La CNAM-TS adresse les données à la HAS dans le mois suivant la fin de la période nécessaire au recueil de l'ensemble des données. Pour rappel, les liquidations complètes en ville seront disponibles 3 mois après la fin d'observation et les données complètes d'hospitalisations et de consultations externes 5 mois après la fin de l'observation.

Le repérage des individus qui ont bénéficié d'un acte de télémédecine est effectué à partir du code acte de téléconsultation ou téléexpertise saisi dans le DCIR (ambulatoire et privé) et dans le PMSI (fichier des consultations externes).

L'extraction des données du DCIR, PMSI et resid-EHPAD par la CNAM-TS permet d'obtenir les données relatives aux caractéristiques des patients et à leur prise en charge : taux d'hospitalisation, taux de passage aux urgences et taux de décès.

Concernant les consommations de soins, les postes de soins sont identiques aux postes retenus dans le cadre du programme PRADO « plaies chroniques ». Ils concernent les hospitalisations, les transports, les actes infirmiers, les actes de kinésithérapie, les consultations médicales, les pansements et compresses, les bandes de contention, le matériel anti-escarre, la consommation de médicaments (en particulier d'antibiotiques et d'antalgiques).

4.3.2.2.1. Rapport d'état n° 2 relatif aux consommations de soins et à l'impact sur l'état de santé de la population incluse issu de l'analyse des données nationales de remboursement de l'assurance maladie (SNIIRAM - PMSI), agrégées par patient

Dans ce rapport d'état :

- chaque ligne correspond à un patient ;
- chaque colonne correspond à une donnée de consommation de soins et d'impact sur l'état de santé ;
- l'ordre des données correspond obligatoirement à l'ordre de présentation dans le tableau ;
- les lignes sont triées par à croissant de l'identifiant de la région, suivi de l'identifiant de la thématique et enfin de l'identifiant du patient ;
- « REG_PATIENT_AM » correspond à la région pilote dans laquelle se trouve la caisse d'affiliation du patient. Lorsque cette caisse se trouve dans une région non pilote, « REG_PATIENT_AM » correspond à la région pilote dans laquelle exerce le premier professionnel de santé requis.

CODE	DESCRIPTION
REG_PATIENT_AM	Voir Supra
ID_PATIENT_AM	
ID_THEMATIQUE	Cf. tableau 2 des « Données d'un acte de télémédecine »
AGE	
SEXE	
MOTIF	
NB_ACTE	Nombre d'actes de télémédecine réalisés (pour un patient donné)
NB_ACTE_TLC	Nombre d'actes de téléconsultation réalisés
NB_ACTE_TLE	Nombre d'actes de téléexpertise réalisés
PATIENT_HOSPIT	Le critère de jugement est vrai si le patient a été hospitalisé
NB_HOSPIT	Nombre d'hospitalisations
PATIENT_URG	Le critère de jugement est vrai si le patient a eu recours aux urgences

CODE	DESCRIPTION
NB_URG	Nombre de passage aux urgences
DECES	Le critère de jugement est vrai si le patient est décédé
NB_PANS	Nombre de pansements consommés par le patient
CT_TRANS	Coûts relatifs aux transports (montants remboursés par l'AM)
CT_HOSPIT	Coût des hospitalisations
CT_PANS	Coût en euros des pansements et des compresses
CT_INFIR	Coût en euros des actes infirmiers
CT_KINE	Coût en euros des actes de kinésithérapie
CT_CONS	Coût en euros des consultations médicales
CT_MATERIEL	Coût en euros du matériel anti-escarre
CT_BANDE	Coût en euros des bandes de contention
CT_ATB	Coût en euros des antibiotiques et antalgiques

4.3.2.2.2. Rapport d'état n° 3 relatif aux consommations de soins et 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)

Les indicateurs permettant d'identifier les conséquences des pratiques évaluées sur la qualité de la prise en charge et le coût des consommations de soins de la population incluse dans les expérimentations sont comparés à ceux d'une population témoin.

La population témoin est définie dans le SNIIRAM - PMSI à partir des algorithmes mis en place dans le cadre du rapport « charges et produits de l'assurance maladie » ainsi que dans le cadre du programme PRADO « plaies chroniques ».

Le groupe témoin correspond à l'ensemble des patients traités pour ulcère, escarre et pied diabétique pour lesquels il est possible de repérer la consommation de soins pour l'année 2014, à l'exception toutefois des patients pris en charge en EHPAD.

Dans ce rapport d'état :

- chaque ligne correspond à un patient ;
- chaque colonne correspond à une donnée de consommation de soins et d'impact sur l'état de santé ;
- l'ordre des données correspond obligatoirement à l'ordre de présentation dans le tableau ;
- les lignes sont triées par à croissant de l'identifiant de la région, suivi de l'identifiant de la thématique et enfin de l'identifiant du patient.

Ce rapport d'état contient les données du comparateur (groupe témoin) suivantes :

CODE	DESCRIPTION
REG_PATIENT_AM	Voir Supra
ID_PATIENT_AM	Cf. tableau 2 « Données d'un acte de télémédecine »
ID_THEMATIQUE	
AGE	
SEXE	
MOTIF	
TX_HOSPIT	Taux d'hospitalisations du groupe témoin
TX_URG	Taux de recours aux urgences du groupe témoin
TX_DECES	Taux de décès du groupe témoin
NB_PANS	Nombre de pansements consommés du groupe témoin
CT_TRANS	Coûts relatifs aux transports (montants remboursés par l'AM) du groupe témoin
CT_HOSPIT	Coût des hospitalisations du groupe témoin

CODE	DESCRIPTION
CT_PANS	Coût en euros des pansements et des compresses du groupe témoin
CT_INFIR	Coût en euros des actes infirmiers du groupe témoin
CT_KINE	Coût en euros des actes de kinésithérapie du groupe témoin
CT_CONS	Coût en euros des consultations médicales du groupe témoin
CT_MATERIEL	Coût en euros du matériel anti-escarre
CT_BANDE	Coût en euros des bandes de contention
CT_ATB	Coût en euros des antibiotiques et antalgiques

4.3.2.3. Rapport d'état n° 4 relatif aux données du questionnaire de satisfaction du patient

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 de recueil, auprès des patients consentants et exempts de troubles cognitifs. Elles font l'objet d'un rapport d'état n° 4 et sont produites par les ARS à la HAS.

La satisfaction du patient est évaluée à l'aide de l'échelle suivante (échelle de Likert) :

- 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.

Dans ce rapport d'état :

- chaque ligne correspond à une enquête de satisfaction auprès d'un patient ;
- chaque colonne correspond à une donnée du dictionnaire des « Données du questionnaire de satisfaction du patient » ;
- l'ordre des données correspond obligatoirement à l'ordre de présentation dans le dictionnaire des données ;
- les lignes sont triées par ordre croissant de l'identifiant de la région, suivi de l'identifiant de la thématique et enfin de l'identifiant du patient.

CODE	INTITULÉ DE LA QUESTION	CHAMP d'application	TYPE	LISTE DE VALEURS	DONNÉES associées	RÈGLE de calcul ou de gestion
REG_PATIENT	Cf. dictionnaire des « Données d'un acte de télémédecine »					
ID_THEMATIQUE						
ID_PATIENT_ARS						
SDP_Q01	Motifs de non réponse : Le patient est non consentant	TLC	Booléen (case à cocher)	1 = Vrai, 2 = Faux	N/A	N/A
SDP_Q02	Le patient n'est pas en capacité de répondre (troubles cognitifs notamment)	TLC	Booléen (case à cocher)	1 = Vrai, 2 = Faux	N/A	N/A
SDP_Q03	Le patient a déjà répondu au questionnaire	TLC	Booléen (case à cocher)	1 = Vrai, 2 = Faux	N/A	N/A
SDP_Q04	1) Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de la prise en charge à distance de votre maladie ?	TLC	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	N/A	N/A
SDP_Q05	Par comparaison avec une consultation en face à face, la télémédecine vous a-t-elle permis : 1-1) D'améliorer votre accès aux soins ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q06	1-2) De perdre moins de temps ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A

CODE	INTITULÉ DE LA QUESTION	CHAMP d'application	TYPE	LISTE DE VALEURS	DONNÉES associées	RÈGLE de calcul ou de gestion
SDP_Q07	1-3) D'être moins fatigué ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q08	1-4) D'éviter certains déplacements ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q09	1-5) De recevoir des soins jugés équivalents ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q10	2) Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de la communication avec votre médecin (ou autre professionnel de santé) à distance ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q11	Par comparaison avec une consultation en face à face : 2-1) Le médecin vous a-t-il parlé de façon claire et compréhensible ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q12	2-2) Avez-vous eu l'impression que le médecin a été attentif à ce que vous disiez de votre état de santé ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q13	2-3) Avez-vous pu poser les questions que vous souhaitiez ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q14	2-4) Avez-vous reçu l'information nécessaire sur les soins et le traitement qui vous ont été proposés ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q15	2-5) Avez-vous eu confiance dans les compétences du médecin ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q16	3) Dans l'ensemble, avez-vous confiance dans la télé médecine ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q17	3-1) La télé médecine vous paraît-elle simple à utiliser ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q18	3-2) Êtes-vous satisfait de la qualité du son et de l'image ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q19	3-3) Par comparaison à une consultation en face à face, la confidentialité des échanges vous paraît-elle satisfaisante ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q20	Suite à cette expérience de la télé médecine, 4-1) Seriez-vous satisfait de poursuivre votre suivi médical par télé médecine ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A
SDP_Q21	4-2) Recommanderiez-vous le recours à la télé médecine à votre entourage ?	TLC	Numérique	Idem	N/A	N/A

Tableau n° 3. – Tableau récapitulatif des rapports d'états attendus

RAPPORT D'ÉTAT	INTITULÉ	REMARQUES	PRODUCTION	DESTINATAIRE(S)
N° 1	Relatif aux données des actes de télé médecine	Données descriptives des actes de télé médecine	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)	CNAM-TS	HAS

RAPPORT D'ÉTAT	INTITULÉ	REMARQUES	PRODUCTION	DESTINATAIRE(S)
N°4	Relatif aux données issues des questionnaires de satisfaction des patients	Éléments issus de l'enquête de satisfaction auprès des patients	ARS	HAS

4.3.3. Modalités de transmissions des données à la Haute Autorité de santé

Les données de l'évaluation sont transmises au format électronique dans les délais et les conditions suivantes :

INTITULÉ	FORMAT ET DÉLAIS DE TRANSMISSION	COURRIEL
Analyse relative à l'état des lieux de l'offre de soins et aux besoins des territoires	Texte libre (Cf. 4.3.1.1) transmis au moment du démarrage effectif (*) des expérimentations puis en cas de modifications notables	HAS tlm.art36@has-sante.fr
Analyse descriptive d'un projet de télémédecine	Texte libre (Cf. 4.3.1.2) transmis au moment du démarrage effectif des expérimentations, en tant que prévision puis tous les semestres afin de faire le point sur la situation réelle de chaque projet (volumétrie d'actes réalisés à date, liste des acteurs réellement impliqués...)	HAS tlm.art36@has-sante.fr
Rapport d'état n° 1	fichiers « .csv » à plat transmis tous les semestres	HAS tlm.art36@has-sante.fr
Rapport d'état n° 2	fichiers « .csv » à plat	HAS tlm.art36@has-sante.fr
Rapport d'état n° 3	fichiers « .csv » à plat	HAS tlm.art36@has-sante.fr
Rapport d'état n° 4	fichiers « .csv » à plat	HAS tlm.art36@has-sante.fr

(*) « Démarrage effectif » correspond au moment où la collecte des données de l'évaluation est en service (ou opérationnelle) conformément au cahier des charges.

Les rapports d'états sont organisés et structurés selon les critères suivants :

- chaque ligne est séparée par le caractère <fdl> ajouté en fin de ligne ;
- chaque colonne est séparée par le caractère <dc> ;
- la première ligne du fichier, correspond aux libellés des colonnes, contient les codes des champs définis dans les tableaux ci-avant.

Les fichiers sont nommés selon la nomenclature suivante : « REGION_RAPPORT_DEBUT_FIN » :

- « REGION » est un champ optionnel pour désigner le nom de la région parmi les neuf régions pilotes ;
- « RAPPORT » et le numéro du rapport d'état (de 1 à 4 comme défini ci-avant) ;
- « DEBUT » et « FIN » respectent le format « AAAAMMJJ » et définissent la période de collecte des données des expérimentations.

Le codage des données doit être conforme aux spécifications suivantes :

- les caractères utilisés appartiennent à l'un des jeux de caractères ASCII, norme ISO 8859-1 ou jeu de caractères unicode, norme ISO/CEI 10646, de type UTF-8 ;
- les valeurs booléennes correspondent à « 0 » pour « faux » et à « 1 » pour « vrai » ;
- pour les valeurs numériques, la virgule sépare la fraction entière de la partie décimale. Aucun séparateur de millier n'est accepté. Les valeurs numériques peuvent être signées. Le signe est indiqué par le premier caractère à partir de la gauche ;
- les dates sont exprimées au format AAAAMMJJ sans séparateur ;
- les heures sont exprimées au format HH:MM:SS.

Un mail d'accompagnement précise le jeu de caractères utilisé (ASCII ou UTF-8).

4.3.4. Complétude des données

Seules les données conformes aux présentes spécifications seront prises en compte par la Haute Autorité de santé. Les données incomplètes (présence d'une ou de plusieurs données vides ou non renseignées dans une même ligne) ou erronées (d'un type différent de celui spécifié dans le présent document) seront exclues de l'évaluation.

(9) Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation », publié en juillet 2013.

(10) Centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles.

5. Améliorer la connaissance des coûts des dispositifs de télémédecine

Au cours de l'expérimentation, un système de recueil des données relatives aux coûts des systèmes d'information mobilisés pour la réalisation des actes de télémédecine est mis en place par l'ASIP Santé. Ces données donnent lieu à la réalisation par l'ASIP Santé d'une étude de coûts à l'issue des expérimentations.

Le recueil des données nécessaires à l'évaluation des coûts doit permettre à l'ASIP Santé de disposer d'une base d'informations homogène et d'un retour d'informations régulier tout au long des expérimentations.

Les ARS des régions sélectionnées s'engagent à participer à cette étude en fournissant les données nécessaires à la bonne conduite de l'étude.

6. Annexes

6.1. Annexe 1

Glossaire

ABRÉVIATION	DÉNOMINATION
CNAM-TS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
ARS	Agence régionale de santé
HAS	Haute Autorité de santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DRSM	Direction régionale du service médical de l'assurance maladie
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESMS	Etablissement social ou médico-social
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
MAS	Maison d'accueil spécialisé
NAS	Nomenclature des acteurs de santé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PUI	Pharmacie à usage intérieur
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
SNIIRAM	Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie
TLC	Téléconsultation
TLE	Téléexpertise
TLS	Télésurveillance médicale

6.2. Annexe 2

Financements mobilisables

ACTIONS	SOURCE DE FINANCEMENT
Télémédecine (financement de l'activité du professionnel requis)	Acte/forfait créé pour les besoins de l'expérimentation
Télémédecine : financement de l'activité du professionnel de santé requérant, prescripteur ou se situant à côté du patient durant la réalisation de l'acte	Mobilisation de la nomenclature existante (C, CS, V, AMI, etc.) à l'occasion de la prise en charge
Télémédecine : financement de l'activité des professionnels de santé salariés exerçant en structures médico-sociales	DAF
Télémédecine autre	FIR
Formation des professionnels	OGDPC
Participation des professionnels de santé au recueil de l'activité en vue de l'évaluation	FIR

ACTIONS	SOURCE DE FINANCEMENT
Education thérapeutique	FIR /ENMR

6.3. Annexe 3

Synthèse des engagements des parties

Les professionnel de santé	Respect des modèles organisationnels Respect des modalités de facturation Production des données de l'évaluation (et conventionnement à cette fin avec l'ARS et les organismes locaux d'assurance maladie) Identification auprès de l'ARS
Les Ars	Promotion des expérimentations en région auprès des usagers et professionnels de santé Production des données de l'évaluation (et conventionnement à cette fin avec les professionnels de santé ou leurs représentants) Elaboration des rapports d'états n ^{os} 1 et 4 et transmission à la HAS conformément aux définitions, modalités et périodicité définies dans le présent de document Alerte de la DGOS sur toute difficulté rencontrée Production des rapports nécessaires au suivi de l'expérimentation par le comité de pilotage national Expression de besoin d'accompagnement auprès de l'ASIP Santé et de l'ANAP et facilitation de ces missions d'accompagnement
L'assurance maladie	Paiement au fil de l'eau des actes préfigurateurs Elaboration des rapports d'états n ^{os} 2 et 3 et transmission à la HAS conformément aux définitions, modalités et périodicité définies dans le présent de document Production mensuelle des données de suivi de l'activité et consommation des crédits
La DGOS	Promotion des expérimentations auprès des usagers et professionnels de santé Pilotage national des expérimentations Appui aux ARS quant aux difficultés rencontrées
La HAS	Réalisation de l'évaluation et veille à la conformité de la production des données d'évaluation par les professionnels de santé, les ARS et leurs maîtrises d'ouvrage et l'assurance maladie (et soutien le cas échéant)
L'ASIP Santé	Appui à la mise en œuvre des référentiels nationaux des systèmes d'information en santé Appui méthodologique à la remontée des données nécessaires à l'évaluation Evaluation du coût des systèmes d'information de télémédecine
L'ANAP	Accompagnement organisationnel orienté sur l'organisation du recueil de données en vue de l'évaluation

6.4. Annexe 4

Coordonnées

DGOS	DGOS-PF3@sante.gouv.fr
CNAM-TS	tlm.art36@cnamts.fr
HAS	tlm.art36@has-sante.fr
Alsace	ARS-ALSACE-PERFORMANCE@ars.sante.fr
Basse-Normandie	ars-bnormandie-performance@ars.sante.fr
Bourgogne	ARS-BOURGOGNE-DOS-MODERNISATION@ars.sante.fr
Centre	ars-centre-telemedecine@ars.sante.fr
Haute-Normandie	ars-hnormandie-telemedecine@ars.sante.fr
Languedoc-Roussillon	ars-lr-esante@ars.sante.fr
Martinique	ARS-MARTINIQUE-DIRECTION-PERFORMANCE - EFFICIENCE@ars.sante.fr
Pays de la Loire	ars-pdl-deo-sit@ars.sante.fr
Picardie	ARS-PICARDIE-TELEMEDECINE@ars.sante.fr

6.5. Annexe 5

Trame du rapport d'état mensuel transmis par les ARS à la DGOS

(A adresser par courriel à l'adresse suivante : DGOS-PF3@sante.gouv.fr)

ÉTAT D'AVANCEMENT MENSUEL DES PRATIQUES DE TÉLÉMEDECINE MISES EN ŒUVRE SUR LE FONDEMENT DE L'ARTICLE 36 DE LA LFSS POUR 2014 POUR LE SUIVI DES PLAIES CHRONIQUES ET COMPLEXES

ARS XXXX
Mois/année :
Etat arrêté le : .../.../...

<i>Téléconsultations :</i>		Remarque
Nb de téléconsultations réalisées		
Nb de patients pris en charge par téléconsultation		
<i>Téléexpertise :</i>		Remarque
Nb de téléexpertises réalisées		
Nb de patients pris en charge par téléexpertise		
<i>Professionnels de santé :</i>		Remarque
Nb de professionnels de santé requérants impliqués		
Nb de professionnels de santé requis impliqués		
<i>Suivi des coûts :</i>		Remarque
Sommes payées au titre des téléconsultations		
Sommes payées au titre des téléexpertises		
Sommes payées au titre du soutien à la production des données de l'évaluation		

6.6. Annexe 6

Listes de référence

6.6.1. Liste des professions.

Pour les besoins de l'évaluation, le champ à faire remonter à la HAS est le « LIBELLE » uniquement.

CODE	NOM
10	Médecin
21	Pharmacien
40	Chirurgien-dentiste
50	Sage-femme
26	Audioprothésiste
28	Opticien-lunetier
60	Infirmier
70	Masseur-kinésithérapeute
80	Pédicure-podologue
81	Orthoprothésiste
82	Podo-Orthésiste
83	Orthopédiste-orthésiste

CODE	NOM
84	Oculariste
85	Epithésiste
86	Technicien de laboratoire médical
91	Orthophoniste
92	Orthoptiste
94	Ergothérapeute
95	Diététicien
96	Psychomotricien
98	Manipulateur ERM

6.6.2. Liste des spécialités.

Pour les besoins de l'évaluation, le champ à faire remonter à la HAS est le « LIBELLE » uniquement.

CODE	LIBELLÉ
01	Médecine générale
02	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
03	Pathologie cardio-vasculaire
04	Chirurgie générale
05	Dermatologie et vénéréologie
06	Radiodiagnostic et imagerie médicale
07	Gynécologie obstétrique
08	Gastro-entérologie et hépatologie
09	Médecine interne
10	Neurochirurgie
11	Oto-rhino-laryngologie
12	Pédiatrie
13	Pneumologie
14	Rhumatologie
15	Ophthalmologie
16	Chirurgie urologique
17	Neuropsychiatrie
18	Stomatologie
19	Chirurgie dentaire
20	Réanimation médicale
21	Sage-femme
24	Infirmier (ère)
26	Masseur kinésithérapeute
27	Pédicure
28	Orthophoniste
29	Orthoptiste
30	Laboratoire d'analyses médicales

CODE	LIBELLÉ
31	Médecine physique et de réadaptation
32	Neurologie
33	Psychiatrie générale
34	Gériatrie
35	Néphrologie
36	Chirurgie dentaire, spécialiste ODF
37	Anatomie et cytologie pathologiques
38	Médecin biologiste
39	Laboratoire polyvalent
40	Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques
41	Chirurgie orthopédique et traumatologie
42	Endocrinologie et métabolisme
43	Chirurgie infantile
44	Chirurgie maxillo-faciale
45	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
46	Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique
47	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
48	Chirurgie vasculaire
49	Chirurgie viscérale et digestive

6.6.3. Liste des catégories d'établissement.

Pour les besoins de l'évaluation, le champ à faire remonter à la HAS est le « LIBELLE » uniquement.

CODE	FULLY SPECIFIED NAME	LIBELLÉ
253	Foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés	Foyer Poly.A.H.
255	Maison d'accueil spécialisée (MAS)	MAS
256	Foyer travailleurs migrants non transformé en résidence soc.	Foyer Trav. Migrants
257	Foyer jeunes travailleurs non transformé en résidence soc.	Foyer Jeunes Trav.
258	Maisons relais-Pensions de famille	Maisons Relais-Pens.
259	Résidences sociales hors maisons relais-Pensions de famille	Resid.Soc. hors MRel
261	DDASS	DDASS
262	Etablissement régional d'enseignement adapté	EREA
265	Section éducation spéciale classe atelier	Sect.Educ. Spéc.Clas
266	Dispensaire antivénérien	Disp.Antivénérien
267	Dispensaire antihansénien	Disp.Antihansénien
268	Centre médico-scolaire	Ctre.Médico-Scolaire
269	Centre de médecine universitaire	Ctre.Méd.Universit.
270	Centre de médecine sportive	Ctre.Méd.Sportive
271	Hébergement familles des malades	Héberg.Fam.Malades
272	Ecole d'ambulanciers	Ecole d'ambulanciers
273	Institut de formation en soins infirmiers (IFSI)	IFSI

CODE	FULLY SPECIFIED NAME	LIBELLÉ
274	Ecole de sages-femmes	Ecole sages-femmes
275	Ecole de masseurs-kinésithérapeutes	Ecole masseurs-kiné
276	Ecole de laborantins d'analyses médicales	Ecole laborantins am
277	Ecole de puéricultrices	Ecole puéricultrices
278	Etablissement de formation polyvalent	Etab.frm.polyvalent
279	Ecole de service social	Ecole service social
280	Ecole d'éducateurs spécialisés	Ecole éduc. spé.
281	Centre de formation d'aides-soignants	Ctre.frm.aides soig
282	Ecole de pédicures-podologues	Ecole pédi.podo
283	Ecole de manipulateurs d'électro-radiologie	Ecole manip.é-rad
284	Ecole de travailleuses familiales	Ecole trav.famil.
285	Centres de loisirs sans hébergement	Ctre.Loisirs ss.Héb.
286	Club équipe de prévention	Club Equipe de Prév.
289	Centre de soins infirmiers	Ctre.Soins Infirm.
292	Centre hospitalier spécialisé lutte maladies mentales	CHS Mal.Mentales
294	Centre de consultations cancer	Ctre.Consul.Cancer
295	Service action éducative en milieu ouvert (AEMO)	Serv.AEMO
297	Dispensaire polyvalent	Disp. Polyvalent
300	Ecoles formant aux professions sanitaires	Ecoles sanitaires
303	Ecole de conseillers en économie sociale et familiale	Ecole CESF
304	Ecole d'ergothérapeutes	Ecole ergothérap.
305	Ecole de psychomotriciens	Ecole psycho-motric.
306	Ecole d'infirmiers anesthésistes	Ecole inf.anesth.
307	Ecole d'infirmiers de bloc opératoire	Ecole inf. bloc op.
308	Centre de formation professionnelle de secteur psychiatrique	Ctre frm.pro.sec.psy
309	Ecole de cadres infirmiers	Ecole cdr.inf.
310	Ecole de cadres de secteur psychiatrique	Ecole cdr.sect.psy.
311	Ecole de cadres de masseurs-kinésithérapeutes	Ecole cdr.mass-kiné.
312	Ecole de cadres de manipulateurs d'électro-radiologie	Ecole cdr.mani.é-rad
313	Ecole d'éducateurs de jeunes enfants	Ecole éduc.j.enf
314	Ecole d'éducateurs techniques spécialisés	Ecole éduc.tech.spé.
315	Ecole de moniteurs-éducateurs	Ecole moniteurs-éduc
316	Ecole d'aides médico-psychologiques	Ecole aid.méd-psycho
317	Ecole d'animateurs socio-éducatifs	Ecole ani.socio-éduc
319	Institut régional de formation des travailleurs sociaux	IRFTS
320	SAMU et Centre 15	SAMU et Centre 15
321	Unité mobile hospitalière	Unité Mobile Hosp.
322	Centre régional informatique hospitalier	Ctre.Rég.Infor.Hosp.

CODE	FULLY SPECIFIED NAME	LIBELLÉ
324	Logement foyer non spécialisé	Log.Foyer non Spéc.
326	Ecole de cadres	Ecole de cadres
327	Service d'ambulances	Serv.Ambulances
328	Centre consultation soins dentaires	Ctre.Cons.Soins.Dent
329	Sectorisation psychiatrique	Sectorisation Psy.
330	Ecoles formant aux professions sociales	Ecoles sociales
340	Service mandataire judiciaire à la protection des majeurs	MJPM
341	Service dédié mesures d'accompagnement social personnalisé	MASP.
342	Service d'information et de soutien aux tuteurs familiaux	SISTF
343	Equipe préparation et suite reclassement (EPSR)	EPSR
344	Service délégué aux prestations familiales	DPF
345	Service tutelle prestation sociale	Serv.Tut.Prest.Soc.
346	Service de travailleuses familiales	Serv.Trav.Familiales
347	Centre d'examens de santé	Ctre.Examens Santé
349	Ecole de cadres de sages-femmes	Ecole cdr.sg-femmes
350	Centre de formation d'auxiliaires de puériculture	Ctre frm.auxi.puéri
352	Centre de psychothérapie	Ctre.Psychothérapie
353	Hôpital de jour spécialités médicales	Hop.Jour Spéc.Méd.
354	Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	SSIAD
355	Centre hospitalier (CH)	CH
357	Association aide aux insuffisants respiratoires	Assoc.Aide Ins.Resp.
359	Centre circonscription sanitaire et sociale	Ctre.Circons.San.Soc
361	Centre de cure médicale	Ctre.Cure Médicale
362	Etablissement de soins longue durée	Etab.Soins Long.Dur.
363	Centre moyen et long séjour	Ctre.moyen et long
365	Etablissement de soins pluridisciplinaire	Etab.Soins Pluridis.
366	Atelier thérapeutique	Atelier Thérapeut.
367	Maison d'enfants non conventionnée ni habilitée	Mais.Enfant n.C.n.H
368	Service de repas à domicile	Serv.Repas Domicile
369	Centre adaptation vie active (CAVA)	CAVA
371	Service action socio-éducative pour familles en difficulté	Serv.Act.Soc-Educ.F.
373	Centre de formation supérieure des travailleurs sociaux	Ctre frm.sup.trv.scx
374	Ecole nationale santé publique (ENSP)	ENSP
375	Classe d'adaptation	Classe d'Adaptation
376	Classe spéciale école primaire	Classe Spéc.Ecole.Pr
377	Etablissement expérimental pour enfance handicapée	Etab.Expér.Enf.Hand.
378	Etablissement expérimental enfance protégée	Etab.Expér.Enf.Prot.
379	Etablissement expérimental pour adultes handicapés	Etab.Expér.A.H.

CODE	FULLY SPECIFIED NAME	LIBELLÉ
380	Etablissement expérimental autres adultes	Etab.Expér.Autre.A.
381	Etablissement expérimental pour personnes âgées	Etab.Expér.P.A.
382	Foyer de vie pour adultes handicapés	Foyer de vie A.H.
386	Ecole secondaire spéciale	Ecole Secondaire Spé
122	Etablissement soins obstétriques chirurgico-gynécologiques	Etab.Obs.Chir.Gynéco
125	Centre de santé dentaire	Ctre.Santé Dentaire
126	Etablissement thermal	Etab.Thermal
127	Hospitalisation à domicile	Hosp.à Domicile
128	Etablissement de soins chirurgicaux	Etab.Soins Chirur.
129	Etablissement de soins médicaux	Etab.Soins Médicaux
130	Centre de soins médicaux	Ctre.Soins Médicaux
131	Centre de lutte contre cancer	Ctre.Lutte C.Cancer
132	Etablissement de transfusion sanguine	Etab.Trans.Sanguine
135	Etablissement réadaptation fonctionnelle	Etab.Réadap.Fonct.
136	Banque de sperme	Banque de Sperme
439	Centre santé polyvalent	Ctre.Santé Polyv.
440	Service investigation orientation éducative (SIOE)	SIOE
441	Centre d'action éducative (CAE)	CAE
442	Centre provisoire hébergement (CPH)	CPH
443	Centre accueil demandeurs asile (CADA)	CADA
444	Centre crise accueil permanent	Ctre.Crise Acc.Perm.
445	Service d'accompagnement médico-social adultes handicapés	SAMSAH
446	Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	SAVS
447	Entreprise intérim insertion	Entrep.Intér.Insert.
450	Service d'aide aux personnes âgées	Serv.Aide Pers.Agées
451	Service d'aide aux familles en difficulté	Serv.Aide Fam.Diff.
452	Régie de quartier	Régie de quartier
453	Service de réparation pénale	Serv.Répar.Pénale
460	Service prestataire d'aide à domicile (SAD)	SAD
1	Autres lits de m.R.	Autres lits de m.R.
2	Autres places de l-f.	Autres places de l-f
3	Autres lits de l-s	Autres lits de l-s
101	Centre hospitalier régional (CHR)	CHR
106	Centre hospitalier, ex hôpital local	CH (ex HL)
108	Etablissement de convalescence et de repos	Etab.Convales.&Repos
112	Centre de convalescence cure ou réadaptation	Ctre.Conval.Cure Réa
114	Hôpital des armées	Hôpital armées
115	Etablissement de soins du service de santé des armées	Etab.Soins Armées

CODE	FULLY SPECIFIED NAME	LIBELLÉ
119	Maison de régime	Maison de Régime
390	Etablissement d'accueil temporaire d'enfants handicapés	Etab.Acc.Temp.E.H.
393	Autre résidence but lucratif pr personnes âgées	Aut.res.But luc.PA
394	Etablissement d'accueil temporaire pour personnes âgées	Etab.Acc.Temp.P.A.
395	Etablissement d'accueil temporaire pour adultes handicapés	Etab.Acc.Temp.A.H.
396	Foyer hébergement enfants et adolescents handicapés	Foyer Heb.Enf.Ado.H.
397	Service auxiliaire de vie pour handicapés	Serv.Auxil.Vie Hand.
398	Crèche parentale	Crèche Parentale
399	Halte garderie parentale	Halte Garderie Par.
400	Centre de services pour associations	Ctre.Services Assoc.
401	DRASS	DRASS
402	Jardin d'enfants spécialisé	Jardin Enfants Spéc.
403	Service social spécialisé ou polyvalent de catégorie	Serv.Soc.Spéc.Pol.Ca
404	Etablissement acc.collect.parental régulier & occasionnel	Etab.Acc.Parental
405	Service social polyvalent de secteur	Serv.Soc.Polyv.Sect.
411	Intermédiaire de placement social	Interméd.Pla.Social
412	Appartement thérapeutique	Appart.Thérapeutique
413	CECOS	CECOS
414	Centre anti-poison	Centre Anti Poison
415	Service médico-psychologique régional (SMPR)	SMPR
418	Service d'enquêtes sociales (SES)	Serv.Enq.Sociales
419	Centre d'accueil toxicomanes	Ctre.Acc.Toxico.
420	Entreprise d'insertion	Entreprise Insertion
421	Centre d'enseignement aux secours d'urgence	CESU
422	Traitements spécialisés à domicile	Trait.Spéc.Domicile
423	Ecole des cadres de laborantins d'analyses médicales	Ecole cdr.labor.am
425	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	CATTP
426	Syndicat inter hospitalier (SIH)	SIH
427	Service éducatif auprès des tribunaux (SEAT)	SEAT
430	Centre postcure malades mentaux	Ctre.P-Cure Mal.Men.
431	Centre postcure pour alcooliques	Ctre.P-Cure Alcool.
432	Centre postcure pour toxicomanes	Ctre.P-Cure Toxico.
433	Etablissement sanitaire des prisons	Etab.Sanit.Prisons
434	Classe spéciale en école maternelle	Classe Spéc.Ec.Mat.
435	Centre de formation d'aide à domicile	Ctre frm.aide dom.
436	Ecoles formant aux professions sanitaires et sociales	Ecoles pluriprof.
437	Foyer d'accueil médicalisé pour adultes handicapés (FA)	FAM
438	Centre de médecine collective	Ctre.Méd.Collect.

CODE	FULLY SPECIFIED NAME	LIBELLÉ
174	Etablissement d'accueil collectif régulier et occasionnel	Acc.Collect.Rég&Occ.
175	Foyer de l'enfance	Foyer de l'Enfance
176	Village d'enfants	Village d'Enfants
177	Maison d'enfants à caractère social	Mais.Enf.Car.Social
178	Ctre.Accueil/ Accomp.Réduc.Risq.Usag. Drogues (CAARUD)	CAARUD
179	Maison d'enfants à caractère sanitaire permanente	MECS Permanente
180	Lits halte soins santé (LHSS)	LHSS
181	Maison familiale de vacances	Mais. Fam. Vacances
182	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile	Serv.Educ.S.Soin.Dom
183	Institut Médico-Educatif (IME)	IME
184	Institut médico-pédagogique (IMP)	IMP
185	Institut médico-professionnel (IMPro.)	IMPro.
186	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP)	ITEP
188	Etablissement pour enfants ou adolescents polyhandicapés	Etab.Enf.ado.Poly.
189	Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)	CMPP
190	Centre action médico-sociale précoce (CAMSP)	CAMSP
191	Etablissement pour déficients moteurs cérébraux	Etab.Déf.Mot.Céréb.
192	Etablissement pour déficient moteur	IEM
193	Etablissement pour déficients moteurs et moteurs cérébraux	Etab.Déf.Mot.Déf.M.C
194	Institut pour déficients visuels	Inst.Déf.Visuels
195	Institut pour déficients auditifs	Inst.Déf.Auditifs
196	Institut d'éducation sensorielle sourd/aveugle	Inst.Ed.Sen.Sour.Ave
198	Centre de préorientation pour handicapés	Ctre.Préorient.Hand.
199	Hospice	Hospice
200	Maison de retraite	Maison de retraite
202	Logement foyer	Logement foyer
205	Foyer club restaurant	Foyer Club Restaur.
207	Centre de jour pour personnes âgées	Ctre.de Jour P.A.
208	Service d'aide ménagère à domicile	Serv.Aide Ménag.Dom.
209	Service polyvalent aide et soins à domicile (SPASAD)	SPASAD
212	Alarme médico-sociale	Alarm.Médico-Sociale
214	Centre hébergement & réinsertion sociale (CHRS)	CHRS)
215	Maison relai	Maison relai
217	Cité de transit	Cité de transit
218	Aire station nomades	Aire station nomades
219	Autre centre d'accueil	Autre Ctre.Accueil
220	Centre social	Ctre.Social
221	Bureau d'aide psychologique universitaire (BAPU)	BAPU

CODE	FULLY SPECIFIED NAME	LIBELLÉ
223	Protection maternelle et infantile (PMI)	PMI
224	Etablissement de consultation pré et post-natale	Etab.Cons.P.Post-Nat
225	Consultations de nourrissons	Consult.Nourrissons
228	Centre planification ou éducation familiale	Ctre.Planif.Educ.Fam
229	Consultation problèmes naissance	Consult. Prob.Naiss.
230	Etablissement consultation protection infantile	Etab.Consul.Pro.Inf.
231	Etablissement information consultation conseil familial	Etab.Inf.Consult.Fam
233	Lactarium	Lactarium
236	Centre placement familial socio-éducatif (CPFSE)	CPFSE
237	Centre de placement familial spécialisé	Ctre. Plac.Fam.Spé.
238	Centre d'accueil familial spécialisé	Ctre.Acc.Fam.Spécia.
241	Foyer d'action éducative (FAE)	FAE
246	Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)	ESAT
247	Entreprise adaptée	Entreprise adaptée
249	Centre rééducation professionnelle	Ctre.Réeducat.Prof
250	Centre réentraînement au travail	Ctre.Réentr.Travail
251	Maison Vacances pour Handicapés	Maison Vac.handicap.
252	Foyer hébergement adultes handicapés	Foyer Héberg.A.H.
137	Banque d'organes	Banque d'organes
138	Centre de dialyse périodique	Ctre.Dialyse Périod.
139	Centre de dialyse et d'entraînement à la dialyse	Ctre.Dial.Entr.Dial.
140	Centre d'entraînement à la dialyse	Ctre.Entrain.Dialyse
141	Centre de dialyse	Ctre.Dialyse
142	Dispensaire antituberculeux	Disp.Anti-Tubercul.
143	Centre de vaccination BCG	Ctre.Vaccination BCG
144	Etablissement de lutte contre la tuberculose	Etab.Lutte Tubercul.
146	Structure d'alternative à la dialyse en centre	Alternative dialyse
156	Centre médico-psychologique (CMP)	CMP
157	Centre de postcure	Ctre.de Postcure
160	Centre de soins spécifiques pour toxicomanes (CSST)	CSST
161	Maison de santé pour maladies mentales	Mais.Santé Mal.Ment
162	Centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)	CCAA
163	Maison d'enfants à caractère sanitaire temporaire	MECS Temporaire
164	Etablissements expérimentaux accueil de la petite enfance	Etab.exp.petite enf.
165	Appartement de coordination thérapeutique (ACT)	ACT
166	Etablissement d'accueil mère-enfant	Etab.Acc.Mère-Enfant
167	Crèche collective	Crèche collective
168	Service accueil familial pour la petite enfance	Accueil familial

CODE	FULLY SPECIFIED NAME	LIBELLÉ
169	Crèche multi accueil collectif et familial	Crèche Fam.et Coll.
170	Halte-garderie	Halte Garderie
171	Garderie et jardin d'enfants	Garderie Jardin Enf.
172	Pouponnière à caractère social	Pouponnière Car.Soc.
173	Pouponnière à caractère sanitaire	Pouponnière Car.San.
461	Centres de ressources SAI (sans aucune indication)	Ctre.Ressources
462	Lieux de vie	Lieux de vie
463	Centres locaux information coordination PA (CLIC)	CLIC
601	Cabinet libéral médical	Cabinet Libé.Médical
602	Cabinet de groupe	Cabinet de groupe
603	Maison de santé (L. 6223-3)	Maison de santé
605	Cabinet d'auxiliaires médicaux	Cabinet Aux.Médicaux
610	Laboratoire d'analyses	Laboratoire Analyses
611	Laboratoire de biologie médicale	Labo Biolog Médicale
620	Pharmacie d'officine	Pharmacie d'Officine
621	Lunetterie médicale	Lunetterie médicale
622	Centre d'appareillage & prothèse	Ctre.Appar.&Prothèse
623	Herboristerie	Herboristerie
627	Pro pharmacie	Pro pharmacie
628	Pharmacie minière	Pharmacie minière
629	Pharmacie mutualiste	Pharmacie mutualiste
690	Etablissement de fabrication annexe à une officine	Fab.Annexe Officine
696	Groupement de coopération sanitaire de moyens	GCS-Moyens
697	Groupement de coopération sanitaire-établissement de santé	GCS-ES
698	Autre établissement loi hospitalière	Autre Etab.Loi Hosp.
699	Entité ayant autorisation	Entité Ayant Autor