



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

OCCITANIE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R76-2019-111

PUBLIÉ LE 12 JUILLET 2019

Sommaire

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2019-07-05-008 - Arrêté 2019-2390 article 51 LFSS projet regional DOMOPLAIES,
prise en charge proximité (2 pages)

Page 3

R76-2019-07-05-009 - Complément arrêté 2019-2390 article 51 LFSS (52 pages)

Page 6

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2019-07-05-008

Arrêté 2019-2390 article 51 LFSS projet regional DOMOPLAIES, prise en charge proximité

Arrêté article 51 LFSS projet régional DOMOPLAIES, prise en charge proximité

Arrêté n° 2019-2390
relatif au projet régional DOMOPLAIES d'expertise, d'appui et de coordination
pour optimiser l'orientation et faciliter la prise en charge de proximité
des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes

Le Directeur Général de l'ARS Occitanie

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 et suivants ;

Vu le décret du 24 novembre 2018 portant nomination du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie- Monsieur RICORDEAU (Pierre) ;

Vu la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 28 juin 2019 ;

Vu le cahier des charges annexé ;

Considérant que l'objectif de l'expérimentation est de tester le financement forfaitaire d'une combinaison de services proposée aux acteurs de premier recours facilitant l'orientation, le diagnostic, le traitement, la prise en charge globale et coordonnée des patients porteurs de plaies chroniques et complexes de la région Occitanie visant le maintien dans leur lieu de vie ou le retour à domicile, s'appuyant sur un avis d'expert et des outils numériques ;

Considérant que ce projet est conforme aux dispositions susvisées et qu'il répond à une véritable problématique de santé publique, en lien avec les pathologies chroniques et à un fort enjeu économique ;

Arrête

Article 1^{er} : Le projet expérimental DOMOPLAIES, porté par le réseau régional CICAT Occitanie, est autorisé à compter du 1^{er} août 2019 pour une durée de 55 mois dont 7 mois de phase préparatoire, conformément au cahier des charges annexé, sous réserve de la conclusion de la convention prévue à l'article 3 du présent arrêté.

Article 2 : Le projet expérimental DOMOPLAIES est mis en œuvre sur l'ensemble de la région Occitanie,

Article 3 : La répartition des financements du projet expérimental fait l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (ARS et Assurance Maladie - CNAM).

Article 3 : Le Directeur des projets de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié, ainsi que ses annexes, au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Occitanie,

Article 4 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le Tribunal Administratif compétent dans le délai de deux mois, à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via la plateforme télé recours citoyen accessible par le site internet www.telerecours.fr

Montpellier, le 5 juillet 2019

✓ /
**Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé
Occitanie**

Pierre RICORDEAU
Pour le Directeur Général de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie et par délégation
le Directeur du Premier Recours

Pascal DURAND

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2019-07-05-009

Complément arrêté 2019-2390 article 51 LFSS

PJ à l'arrêté 2019-2390 article 51 LFSS

PROJET D'EXPERIMENTATION : DOMOPLAIES

« DISPOSITIF REGIONAL D'EXPERTISE, D'APPUI ET DE COORDINATION POUR OPTIMISER L'ORIENTATION ET FACILITER LA PRISE EN CHARGE DE PROXIMITE, SUR LEUR LIEU DE VIE, DES PATIENTS ATTEINTS DE PLAIES CHRONIQUES ET/OU COMPLEXES. CE DISPOSITIF INTERVIENT DANS LE CADRE D'UN EPISODE DE SOINS ET IL NE SE SUBSTITUE PAS AUX EFFECTEURS DE SOINS MAIS VIENT EN SOUTIEN DE CEUX-CI. »

PROMOTEUR : CICAT OCCITANIE

1 - OBJET ET FINALITE DU PROJET D'EXPERIMENTATION / ENJEU DE L'EXPERIMENTATION

1.1 - Les enjeux du projet présenté

La **prévalence globale** de patients porteurs de plaies ouvertes dans la population générale ambulatoire est de **10,2 %**, avec **43% des plaies évoluant depuis plus de 6 semaines**. Et pour 33 % des patients, le retentissement sur leur état de santé est sérieux à sévère. La quasi-totalité des plaies (95 %) requiert des soins locaux.

Selon une estimation SNIIRAM de 2012, **réduire le temps de cicatrisation** des patients est un **enjeu sanitaire et économique** puisque leurs soins représentent environ **1 milliard d'euros uniquement** pour les **soins de ville**.

Enfin, les patients porteurs de plaies chroniques sont des patients fragiles, polypathologiques.

Pour **les patients souffrants de plaies** chroniques et/ou complexes les enjeux sont :

- **d'éviter les ruptures** dans leur **parcours** en renforçant et étendant un dispositif d'appui aux bonnes pratiques et de coordination auprès des professionnels de santé de premier recours,
- **d'améliorer la prise en charge** des patients et **éviter les hospitalisations non justifiées** ou de **faciliter la sortie d'hospitalisation**,
- **d'améliorer la qualité de la prise en charge et la pertinence des actes/soins** en faisant progresser les pratiques des acteurs de premiers recours,
- de **développer l'expertise en plaies et d'harmoniser les pratiques** des professionnels de santé experts en plaies (médecins ou IDE article 51 HPST).

Les professionnels de santé du premier recours ont de **fortes attentes** pour la gestion des plaies chroniques et/ou complexes afin d'éviter les hospitalisations en urgence et apporter au plus près du lieu de vie, une expertise complémentaire de leurs connaissances souvent fragmentaires, en particulier sur les interactions des comorbidités, l'évaluation de la plaie et les stratégies thérapeutiques modernes. Les professionnels de santé indiquent qu'ils connaissent peu les dispositifs médicaux et la prise en charge globale de ces situations qui est peu enseignée dans les cursus médicaux et paramédicaux.

Il existe déjà des réseaux territoriaux de santé, des MAIA, des CPTS, ... et bientôt vont être créés des dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Ces dispositifs ne disposent pas à aujourd'hui, ou de façon très exceptionnelle, de la compétence adaptée à la coordination de la complexité des situations médicales liées aux patients pour lesquels la plaie est le cofacteur morbide principal et dont la cicatrisation est interdépendante des autres pathologies.

1.2 - Définition des plaies prises en charge

(source : 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)

1.2.1 - La 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 « 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

1.2.2 - La 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.

1.3 – Critères d'inclusion et motifs de sortie du dispositif DOMOPLAIES

DOMOPLAIES se positionne comme un dispositif expert dans le cadre d'un appui à un épisode de soins « bordé » par des critères d'inclusion et de sortie du dispositif.

1.3.1 – Critères d'inclusion

Les patients inclus dans le dispositif DOMOPLAIES sont ceux qui présentent les critères d'inclusion correspondant à la définition des plaies chroniques et/ou complexes (cf. § 1.2) Si des patients relèvent d'une situation d'urgence, ils ne sont pas inclus dans le dispositif mais orientés par le dispositif vers la prise en charge adaptée.

1.3.2 – Critères de sortie du dispositif

Les critères de sortie identifiés sont :

Critères de sortie du dispositif DOMOPLAIES
Cicatrisation complète
Déménagement hors de la zone d'activité
Évolution favorable de la plaie
Patient perdu de vue
Décès du patient
Entrée dans une structure de soins (transfert à l'hôpital (MCO) pour une pathologie liée à la plaie ou à un autre problème

1.4 - Le projet d'expérimentation en synthèse

Dans un domaine où l'expertise est rare, le réseau ville-hôpital CICAT Occitanie propose d'expérimenter dans le cadre de l'article 51 LFSS 2018 le financement forfaitaire **d'un dispositif régional spécialisé pour, dans le cadre d'un épisode de soins, faciliter la prise en charge et orienter les patients de la région Occitanie atteints de plaies chroniques et/ou complexes.**

5 services sont proposés :

- l'orientation du patient vers les experts en plaies chroniques et/ou complexes adaptés à la situation,
- l'expertise en plaies et cicatrisation,
- l'appui à la coordination pour les acteurs de premiers recours,
- la télémedecine sur le lieu de vie des patients,
- l'amélioration des pratiques professionnelles dans un objectif de qualité des soins et de pertinence des actes.

L'ensemble du dispositif DOMOPLAIES s'appuie sur les recommandations suivantes :

- « Plaies chroniques : prise en charge en ville » élaborées par la CNAM dont le contenu a été validé scientifiquement par la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisation, après avis de la HAS,
- « Fiches pratiques sur les indications respectives des actes de télémedecine dans l'évaluation et le suivi à distance des plaies chroniques et/ou complexes » du collectif e-Santé Plaies (SFFPC-CATEL), juin 2019

Hors article 51 LFSS 2018 : Un 6^{ième} et nouveau service concernant **l'éducation thérapeutique du patient** sera développé.

- Le réseau CICAT Occitanie développera en parallèle des services proposés dans l'expérimentation article 51 LFSS, un nouveau et 6^{ième} service qui concerne la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique spécifique aux plaies chroniques et/ ou complexes. Ce programme d'ETP sera soumis à l'autorisation de l'ARS et pourra bénéficier de financement par l'intermédiaire du FIR.

Cette organisation s'inscrit **dans le cadre du parcours coordonné par le médecin traitant**. Elle vient :

- en **appui** de celui-ci afin que l'expert en plaies lui apporte son avis et lui **adresse une proposition de plan de soins (PPS)**,
- **l'aider à l'orientation** des patients lorsque la situation médicale le nécessite ; elle peut également l'organiser pour lui.

La **coordination du parcours du patient** est organisée de façon graduée du régional vers le territoire afin de **mailler le territoire régional** (centres de cicatrisation, réseaux territoriaux, ...).

Il s'agit **d'éviter les hospitalisations ou d'accompagner leurs sorties par une prise en charge et un suivi coordonnés** par le réseau grâce aux **professionnels experts en plaies** du réseau : **médecins** (salariés ou libéraux), **infirmières déléguées** (article 51 loi HPST).

Un protocole de coopération (article 51 Loi HPST) est **déjà opérationnel** (validé HAS, autorisé ARS). La mise en œuvre de ce protocole permet aux **IDE déléguées** (toutes libérales au 30/09/2018), d'évaluer la plaie chronique et/ou complexe et **d'établir une proposition de plan de soins (PPS)**.

- Sa mise en œuvre augmente le nombre de professionnels de santé experts dans la région. Les **IDE expertes déléguées réalisent** (en ex-Languedoc-Roussillon) **54 % des actes** de télémedecine. Comme prévu par le protocole, leur proposition de plan de soins fait l'objet d'une **validation systématique par le médecin expert délégant**.

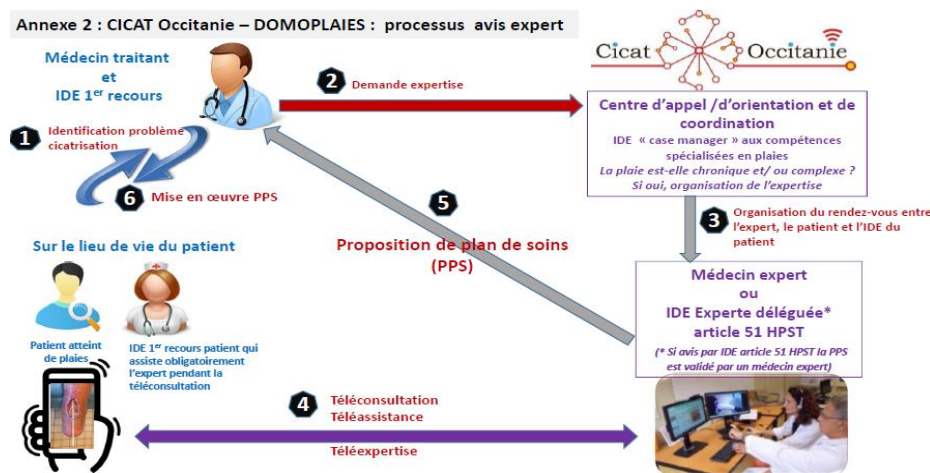
Un centre d'appel régional aux compétences spécialisées dans les plaies est à disposition **de tous les professionnels** de la région, notamment de premier recours **pour orienter** au mieux le patient.

- Le centre d'appel est chargé d'orienter le patient en l'incluant dans le dispositif ou en le réorientant vers la prise en charge adaptée si situation urgente.
- Le centre d'appel est chargé de **préparer l'inclusion des patients ;**

- une IDE « case manager » experte en plaies chroniques et/ou complexes :
 - **détermine si la demande correspond aux critères d'inclusion** « plaies chroniques et/ou complexes »,
 - **oriente vers l'expert le plus pertinent** au regard de la pathologie causale,
 - **suit la mise en œuvre du PPS** par le patient et le médecin traitant

Pour évaluer la plaie et la situation médicale des **téléconsultations** de diagnostic et de suivi, sont réalisées, **quel que soit le lieu de vie du patient** : domicile (54 %), EHPAD (33 %), SSR, Cliniques, CH, HAD, SSIAD (pour un total de 13 %), afin de permettre à l'expert de formuler un avis.

- Les technologies mobiles utilisées pour réaliser les téléconsultations permettent **une vraie rupture organisationnelle** en donnant la possibilité aux experts du réseau de prendre en charge à distance les patients sur leur lieu de vie, sans les déplacer systématiquement pour une consultation présentielle de diagnostic et/ou de suivi.
- **Pendant la téléconsultation, l'infirmière de 1^{er} recours est obligatoirement présente** aux côtés du patient et assiste l'expert dans l'évaluation de la plaie. Cela permet également un échange entre l'expert et l'infirmière de 1^{er} recours, ce qui n'est pas possible dans une consultation présentielle classique et en téléexpertise.



Ce dispositif, qui conjugue un réseau d'experts et l'appui à la coordination auprès des acteurs de premier recours en difficultés de prise en charge, a également pour **objectif d'améliorer la qualité des soins et la pertinence des actes** par l'harmonisation des pratiques des experts en plaies chroniques et/ou complexes et la formation des acteurs de premiers recours.

- Ce dispositif **relève d'une situation de financements dérogatoires** pour laquelle il est proposé :
 - un financement **forfaitaire au parcours dans le cadre d'un appui à un épisode ou une séquence de soins**.

1.5 - Le projet détaillé de l'expérimentation

1.5.1 - Les 5 services opérationnels et les objectifs du dispositif

Le dispositif d'expertise, d'appui et de coordination des plaies chroniques et/ou complexes réunit et met à disposition :

A – Un service d'orientation régional spécialisé en plaies **chroniques et/ou complexes**, joignable par un **numéro d'appel unique** pour :

- répondre rapidement à la demande du binôme médecin et infirmière de 1^{er} recours en charge du patient dans le cadre du parcours coordonné par le médecin traitant,
- qualifier la demande d'inclusion selon les critères d'inclusion relatifs aux plaies complexes et/ou chroniques,
- organiser la mise en lien, par téléconsultation du patient et de l'IDE de 1^{er} recours ou IDE en structure qui est située au lit du patient, avec l'expert en plaies complexes et/ou chroniques,
- suivre la mise en œuvre de la proposition de plan de soins avec le médecin traitant et le patient,
- rediriger, selon l'avis de l'expert après la téléconsultation et si cela est nécessaire, l'appui à la coordination du parcours du patient aux acteurs de cicatrisation de territoire afin de faciliter le parcours selon l'offre de soins locale.

B – Un service d’expertise régional :

Ils mobilisent des experts médecins (libéraux ou salariés) et IDE délégués article 51 HPST (indépendants ou salariés), reconnus et validés en plaies et cicatrisation ;

Ce service permet :

- de délivrer un avis d’expert (en téléconsultation) principalement aux acteurs de premiers recours (médecin traitant, infirmière libérale ou EHPAD) mais aussi aux équipes de soins (SSR, HAD, SSIAD, cliniques, CH, CHU) pour la conduite à tenir au regard de la situation clinique de leur patient avec une proposition de plan de soins (PPS).
- de redresser le diagnostic étiologique de la plaie qui est souvent la cause du retard de cicatrisation.

C – Un service d’appui à la coordination de proximité :

Il a pour mission :

- de se coordonner avec le médecin qui a requis l’avis des experts (médecin traitant, médecin correspondant, ...) et l’équipe infirmière,
- d’apporter un appui aux acteurs :
 - essentiellement de premiers recours, par une aide à la coordination avec d’autres acteurs médicaux (coordination complexe) et faciliter le parcours de leur patient quel que soit le lieu de vie, principalement pour des patients à domicile ou en EHPAD,
 - mais aussi auprès des équipes de soins en demande d’expertise (SSR, HAD, SSIAD, cliniques, CH, CHU).

L’appui à la coordination est mobilisé en fonction des situations médicales et ne concerne pas tous les patients.

Il est réalisé par :

- les médecins experts du dispositif dit « **médecins experts coordonnateurs** »,
- les IDE « **case managers** » **spécialisés en plaies**.

Cet appui concerne les patients identifiés comme ne pouvant être pris en charge par un autre dispositif appui à la coordination (DAC de type PTA, MAIA, CPTS, ...) et nécessitant une coordination spécialisée en plaies.

La répartition de la mission de coordination entre l’IDE « case manager » et les médecins experts s’établit selon les besoins du parcours de santé à coordonner.

Il s’agit :

- de faciliter l’organisation de rendez-vous avec les médecins spécialisés devant intervenir dans le soins, l’organisation des hospitalisations (chirurgie, détersion, greffe, ...)
- d’échanger et de transmettre les éléments du parcours patient (PPS, résultats d’examens, ...) aux équipes en charge du patient,
- de gérer les situations inopinées (réorientation du parcours et réadaptation de la prise en charge).

D – Un service de télémedecine (accès à l’avis d’experts en télémedecine en mobilité)

Ce service vise à :

- apporter l’avis d’expert en télémedecine, au chevet du patient quel que soit son lieu de vie, grâce aux technologies numériques mobiles de santé,
Les experts en plaies chroniques et/ou complexes, médecins ou IDEs article 51 HPST, sont obligatoirement assistés, pendant l’acte de télémedecine, par l’IDE de 1er recours ou l’IDE de la structure qui est aux côtés du patient.

- Les actes de télé médecine réalisés se répartissent de la façon suivante :
 - **téléconsultation (96 %) avec guidance de l'infirmière de 1^{er} recours pour exploration de la plaies**
 - téléassistance (0,5 %) pour une guidance à certains gestes techniques (détersion, ...),
 - téléconsultation audio sans vidéotransmission (3,5 %) : *lorsque le réseau télécom ne permet pas une visio téléconsultation, une téléconsultation est toujours effectuée en synchrone par un échange téléphonique entre l'expert, le patient et l'IDE de 1^{er} recours.*
- **Un principe d'examen basé sur des échanges visuels par téléconsultation :**

La téléconsultation permet :

 - **d'analyser la plaie en profondeur grâce à l'interaction entre l'expert et l'infirmière de premier recours située auprès du patient.** Une simple photo peut-être trompeuse et masquer un décollement ou un contact osseux au fond de la plaie, ou une exposition tendineuse, que seule une recherche approfondie par une guidance va pouvoir mettre en évidence,
 - **un échange avec le patient afin d'analyser** sa capacité à se mouvoir, sa compréhension de la pathologie, son lieu de vie (présence ou non d'un aidant, conditions d'hygiène), sa compliance (état mental, ...).
 - **un échange entre l'expert avec l'infirmière de 1^{er} recours qui permet :**
 - **de partager et de déterminer ensemble la proposition de plan de soins**, proposition qui est soumise à la validation du médecin de 1^{er} recours (essentiellement des médecins traitants). Cet échange entre expert et soignant de 1^{er} recours n'est pas possible lors d'une consultation présentielle ou d'une téléexpertise,
 - **la guidance à distance (téléassistance pendant la téléconsultation) est une véritable téléformation**, par exemple pour la pose de kit multi-types pour ulcère de jambe pour des infirmières peu formées.

E – Une mission d'amélioration des pratiques et de formation permanente pour faire progresser la qualité et la pertinence des prises en charge

Cette mission vise à :

- diffuser, au travers de l'avis d'expert, les bonnes pratiques aux acteurs essentiellement de premier recours : médecins traitants, infirmières de premier recours,
- développer le réseau d'experts, notamment par la délégation de compétences (protocole de coopération autorisé par l'ARS),
- développer, adapter à la situation les protocoles de prise en charge,
- animer le réseau régional d'experts, harmoniser les pratiques et organiser des réunions de concertation.

L'objectif final de cette mission est d'assurer la sécurité et la qualité des soins ainsi que la pertinence des actes sur la base des recommandations existantes.

1.5.2 – Complémentarité des services DOMOPLAIES avec d’autres dispositifs d’appui à la coordination (DAC) ou établissements hospitaliers

	Service d’Expertise	Service d’Orientation	Service de coordination d'appui thématique plaies et cicatrisation
DISPOSITIF DOMOPLAIES	DOMOPLAIES apporte, en télémedecine l'expertise en plaies et cicatrisation cohérente avec le projet de santé du patient, ne pratique pas de soins mais du conseil à la prise en charge par la proposition de plan de soins (PPS) adressée au binôme médecin et infirmière de 1 ^{er} recours. <i>Domoplaies assure le suivi de la mise en œuvre des PPS (cf. Service orientation)</i>	DOMOPLAIES oriente vers les autres dispositifs d’appui à la coordination (DAC) en cas de détection d’une problématique autre que celle de la plaie (sociale, autres pathologies, etc ...) ou vers une structure de soins. DOMOPLAIES par exemple oriente vers une HAD en cas de besoins: thérapeutiques spécifiques (TPN ou autres dispositifs à usage hospitalier...), soutien dans la prise en charge (prise en charge de la douleur, palliatif, pansement complexes...)	DOMOPLAIES optimise l'articulation avec les spécialistes d’organes ou les plateaux techniques les plus adaptés à la situation médicale de plaies et au secteur géographique du patient. DOMOPLAIES peut aider pendant une hospitalisation (en l’absence d’expert) ou prendre le relai en sortie d’hospitalisation (MCO, HAD, SSR, ...) en appui des soignants de 1 ^{er} recours (domicile ou EHPAD). Dans le cas où un professionnel de coordination (IDE ou médecin) possède une expertise en plaies voire une activité d'expert au sein du dispositif DOMOPLAIES, la coordination d'appui pourrait être déléguée à ce soignant sur son territoire
Dispositif d'appui à la coordination (DAC) ex: PTA, CLIC...	DAC : Ces dispositifs ne disposent pas, ou de façon très exceptionnelle, d’une expertise en plaies. Ils sollicitent le dispositif DOMOPLAIES pour un conseil de prise en charge.	DAC oriente les patients porteurs de plaies vers DOMOPLAIES dès que la problématique de la plaie devient le ou un des problèmes prédominants de la prise en charge.	Dans le cas où un professionnel de coordination (IDE ou médecin) possède une expertise en plaies voire une activité d'expert, la coordination d'appui pourrait être assurée par cet expert coordonnateur sur son territoire. Le financement de la mission de coordination ne lui sera attribué que si celle-ci est effectuée dans le cadre du dispositif DOMOPLAIES.
Etablissement de santé : ex : HAD	L’ HAD prend en charge des patients porteurs de plaies pour des soins spécifiques (Thérapie par pression négative, produits à usage hospitalier, prises en charge palliatives, prise en charge de la douleur) en lien avec les plaies ou la charge de travail liée à la plaie (temps de réfection > 30 min/j); Action DOMOPLAIES : - Lorsqu’un expert plaie est présent dans la structure HAD, l’HAD n’a plus recours au dispositif DOMOPLAIES et le patient sort du dispositif.	L’ HAD sollicite DOMOPLAIES pour un avis d'expertise en plaies et cicatrisation lorsque cette expertise n'est pas disponible au sein de l'HAD.	-dans le cas où l’HAD possède un expert connu comme tel par le dispositif DOMOPLAIES, la coordination du parcours pourra être prise en charge par l'équipe de l'HAD le temps de celle-ci, puis le relai pourra être repris à la sortie par le dispositif DOMOPLAIES selon les nécessités liées à l’évolution de la situation du patient (programmation greffe, retour domicile, ...). -lorsqu'il n'y a pas d'expertise en plaies au sein de l'HAD le dispositif DOMOPLAIES coordonne le parcours de soins du patient porteur de la plaie.

	- S'il n'y a pas d'expert plaie dans la HAD, le dispositif DOMOPLAIES continue sa mission d'expertise pour évaluer l'évolution de la cicatrisation. La HAD reste en place car DOMOPLAIES n'est pas effecteur de soins Les experts DOMOPLAIES à l'occasion d'une téléconsultation peuvent être amenés à proposer, dans le PPS, un traitement (TPN, produits à usage hospitalier, ..) nécessitant un placement en HAD		
--	---	--	--

1.5.3 - La mise en œuvre opérationnelle des services

A. Le service régional d'orientation spécialisé en plaies, accessible par un numéro unique permet aux professionnels de premier recours de bénéficier de l'avis d'experts

L'orientation à l'inclusion d'un nouveau patient se fait par le centre d'appel régional constitué d'IDEs « case managers » experts en plaies et de secrétaires médicales. La mission consiste à identifier et à mobiliser les ressources humaines et techniques présentes sur le territoire et d'orienter le patient vers l'expert du dispositif DOMOPLAIES ou selon dans son parcours de soins, **sans se substituer à l'offre de soins existante**.

- **Tous les types de plaies** peuvent être analysés par les experts du dispositif : ulcères de jambes, plaie du pied diabétique, plaies cancéreuses et palliatives, escarres, ...
- **L'appel au centre d'orientation régional est traité par une IDE « case manager » diplômée en plaies** (voir ci-dessous) et **en coordination de parcours**. Cette IDE va étudier la demande des professionnels de santé puis :
 - elle vérifie que la prise en charge correspond **aux critères d'inclusion** du dispositif relatifs à la chronicité et/ou à la complexité de la plaie,
 - elle détermine **l'expert le plus pertinent** selon des arbres décisionnels médicaux (recommandations HAS) et les ressources existantes sur le territoire en fonction du lieu de vie du patient.
 - Si une situation inopinée est détectée ou cas de doute, l'IDE CASE MANAGER sollicite un médecin expert d'astreinte pour accompagner l'orientation pour qu'elle soit la plus pertinente possible.
- L'IDE « case manager » et les secrétaires médicales :
 - **organisent l'accès à l'expert :**
 - planification du rendez-vous entre l'expert en plaies, le patient et le l'IDE de 1^{er} recours ou l'IDE de la structure dans laquelle se situe le patient,
 - **préparent administrativement la téléconsultation :**
 - demande, auprès du gestionnaire de la plateforme de télémédecine, la création de l'identifiant d'accès (authentification, sécurité d'accès) des professionnels IDE de 1^{er} recours ou IDE de la structure, situé auprès du patient, à l'application de téléconsultation mobile DOMOPLAIES qu'ils vont utiliser,
 - formation systématique de 1^{er} niveau des professionnels IDE de 1^{er} recours ou IDE de la structure nouvellement utilisatrice, au téléchargement de l'application DOMOPLAIES (avec également envoi de la procédure écrite).
 - **pour 100 % des patients, assurent le suivi de la mise en œuvre de la proposition de plan de soins** avec le médecin traitant et le patient (rappel des examens à faire ou des rendez-vous, récupération des informations médicales après examen ou rendez-vous ...),

La pertinence des inclusions est remontée lors de réunion hebdomadaire par des médecins experts qui assurent également une mission de coordination du parcours de soins des patients. Ils voient tous les dossiers et plan de soins des infirmiers HPST pour validation.

Le centre d'orientation permet d'éviter les errances, de donner **sous moins de 48h** un rendez-vous avec un expert offrant une solution pertinente et correspondant aux recommandations de la HAS. **Ce mode « gare de triage » régional est indispensable.** Il est d'ailleurs, celui adopté aux USA par les centres spécialisés en plaies et cicatrisation (Washington Georgetown Pr Attinger, Los Angeles Pr Armstrong, etc....). Une IDE et un médecin coordonnateurs régionaux orientent le patient porteur de plusieurs pathologies (diabète, insuffisance rénale, infection, BPCO, insuffisance cardiaque, etc...) vers le spécialiste adapté à la pathologie dominante, en assurant un traitement local efficace de sa plaie.

Activité du centre d'orientation (données d'activité 2016) :

- Environ **40 appels entrants/jour** soit 800 par mois. La durée d'un appel est en moyenne de 8 à 10 mn.
- **17 à 20 % des demandes concernent un conseil d'orientation pour des patients qui ne sont pas inclus dans le dispositif DOMOPLAIES.**
- Nombre de mails **reçus et émis /jour est d'environ 55** : une moyenne de 1 100 mails par mois, soit 13 200 mails sur l'année 2016. Le temps moyen de traitement d'un mail est de 2 min 30.
 - Les mails sont une porte d'entrée pour les demandes de prise en charge ou de complément d'information sur le réseau et ses modalités de fonctionnement, l'envoi de compléments de dossiers de patients (DLU, résultats d'examen ou de bilan, etc...). La messagerie sert également pour la réception de FAX (bilans, scans, compte-rendus d'hospitalisation, ...).
 - Ce mode de communication est aussi le lien direct avec les experts, les personnels soignants (médecins traitants et IDEL de 1^{er} recours).

B. Le service d'expertise en plaies chroniques et/ou complexes

Délai d'accès à l'expertise

L'engagement du dispositif est de proposer un **rendez-vous d'expert dans les 48 heures** après la réception et la qualification de la demande d'inclusion. **La date de rendez-vous dépend de la situation médicale du patient et de la disponibilité de l'IDE de premier recours** situé auprès du patient et qui assiste le professionnel expert pendant les téléconsultations.

Les professionnels de santé experts en plaies chroniques et/ou complexes

Les experts sont des médecins (salariés ou libéraux) ou des IDE déléguées dans le cadre d'un protocole de coopération élaboré par le réseau CICAT Languedoc-Roussillon.

- Les médecins experts délégués ont obligatoirement obtenu un **Diplôme Universitaire Plaies ou une validation des acquis** par la Faculté Paris VI Sorbonne et peuvent prendre en charge tous types de plaies.
 - Tous les médecins experts du réseau ne sont pas délégués et n'ont pas forcément un DU plaies ou une équivalence. Ces médecins sont spécialistes de pathologies connexes et sont sollicités pour donner un avis d'expert dans leur spécialité. Les demandes d'expertise spécialisée peuvent concerner des spécialités très différentes.

Des **infirmiers experts du réseau** CICAT-Occitanie ayant suivi une formation, sont délégués dans le cadre de l'article 51 de la loi HPST par le biais d'un **protocole de coopération validé par l'HAS et autorisé par l'ARS Languedoc-Roussillon/Occitanie** le 09/07/2014 « *Évaluation et suivi de plaies complexes et /ou à retard de cicatrisation par un IDE expert en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télé médecine* ». (➔Cf. <https://coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.jsp>)

- **Cette délégation** augmente le nombre d'experts pouvant être sollicités et permet de **renforcer l'efficacité du dispositif pour faciliter l'accès aux soins** notamment des personnes non mobilisables ou en situation géographique éloignée des compétences actuellement existantes, **et d'améliorer les délais de réponses.**

A ce jour, le réseau dispose et mobilise les ressources suivantes **réparties sur l'ensemble du territoire régional** et qui réalisent des téléconsultations, ou si nécessaire, des visites en présentiel, en cas de refus de la télé médecine :

- **28 Experts : 13 médecins** (libéraux ou salariés), **15 IDEs libéraux validés article 51 HPST**, répartis sur le territoire régional,
- **24 centres de cicatrisation** si une prise en charge présente est nécessaire.

Formalisation de l'expertise par une proposition de plan de soins

A l'issue de chaque évaluation, une proposition de plan de soins est adressée au médecin traitant, aux médecins correspondants et à l'équipe d'infirmières.

La valeur du système est basée sur la rapidité et la pertinence :

- du diagnostic et du traitement,
- de l'adressage par l'expert du réseau vers le spécialiste d'organe concerné, lorsque cela est nécessaire (*exemple : consultation d'un chirurgien vasculaire auprès d'un patient porteur de plaies chroniques et/ ou complexes nécessitant une revascularisation, d'un diabétologue pour un rééquilibrage de la glycémie d'un patient diabétique, ...*).

C. Le service d'appui à la coordination de proximité

Le **médecin traitant** reste au **centre du parcours de soins**. Toutefois, dans le cadre du parcours d'un patient atteint de plaies chroniques et/ou complexes, les médecins traitants sont demandeurs d'une **aide stratégique** à l'organisation du parcours.

L'appui à la coordination

Le service d'appui à la coordination du dispositif dispose d'une vision globale centralisée et personnalisée, et fait le lien entre les multiples acteurs (diabétologues, infectiologues, chirurgiens, dermatologues, cardiologues, ...).

Il s'agit d'accompagner le médecin traitant et le patient dans **toutes les étapes prévues dans le PPS** afin de favoriser leur réalisation rapide.

La coordination experte est une activité spécifique dans laquelle l'expert doit interagir avec le médecin généraliste ou spécialiste pour l'orienter vers l'adaptation du traitement de spécialité dans l'optique de cicatrisation.

Exemples de coordination experte plaies :

- Discuter avec un cardiologue sur le fait d'augmenter la dose de diurétique pour limiter les oedèmes dans les ulcères de jambe,
- Concevoir avec le diabétologue la possibilité d'augmenter l'éducation thérapeutique pour incrémenter la compliance au port du chaussage prescrit,
- Prévoir avec le nutritionniste une supplémentation adaptée au catabolisme lié à la plaie (la plaie consomme une grande quantité de calorie).
- juger de la nécessité d'orienter rapidement le patient vers des structures disposant de moyens d'analyse radiologique ou de prise en charge chirurgicale plus adaptés à la situation.

Les effecteurs de la coordination

Le nombre d'experts pouvant répondre à toute demande d'aide à la stratégie et à un appui à la coordination en plaies et cicatrisation reste faible en France et peut être évalué à une vingtaine de médecins et IDE experts par région.

- On trouve, bien sûr, des experts dans les pathologies spécifiques (gériatres pour les escarres, médecins vasculaires pour les ulcères, diabétologues pour les plaies du pied diabétique) mais ils restent insuffisants pour couvrir tout type de plaies. Les équipes de premier recours ont parfois des difficultés pour définir de qui dépend la plaie chronique et/ou complexe qu'ils ont à prendre en charge et sur laquelle ils sont en difficultés. Ils préfèrent, lorsque c'est possible, s'en remettre à un coordonnateur régional qui saura les orienter au mieux.

L'appui à la coordination est réalisé et organisé au niveau régional CICAT par les médecins experts ou les IDEs « case managers » spécialisés en plaies du centre d'orientation.

Cet appui à la coordination, lorsqu'il est nécessaire, sera délégué à des coordinations territoriales spécialisées en plaies chroniques et/ou complexes lorsqu'elles existent, une fois la bonne stratégie définie par un expert du dispositif régional. Cet expert aura su analyser finement une plaie chronique et/ ou complexe présentant des comorbidités et définir le symptôme qu'il faut corriger en premier (*par exemple : l'existence d'une plaie infectée de pied diabétique empêche la correction d'un diabète ou inversement la non correction du diabète aggrave l'infection de la plaie de pied diabétique*).

Activité de coordination du parcours patient porteur de plaie

Le taux de patients coordonnés par le dispositif DOMOPLAIES est, selon un recul de 12 années d'expérience, de :

- **20 % des patients par les « médecins experts coordonnateurs »**
- **30 % des patients par les IDE « case managers » spécialisés en plaies**

D. Le service de télémedecine permet de bénéficier d'avis d'experts et d'un système d'information facilitant un suivi et une meilleure circulation de l'information

Cette expérimentation doit se doter d'un système d'information permettant de :

- **donner accès à l'expertise sur l'ensemble du territoire régional,**
- **faciliter la coordination des acteurs,**
- **optimiser et suivre le parcours du patient,**
- **réaliser en télémedecine sa mission de continuité des soins et de compagnonnage pour favoriser la mise en œuvre des « bonnes pratiques » auprès des acteurs de premier recours,**
- **suivre avec les acteurs de premier recours l'évolution de la cicatrisation grâce à un dossier médical informatisé « plaies »,**
- **répartir le forfait entre les intervenants**
- **requêter les indicateurs d'évaluation mis en place et les données nécessaires aux études cliniques.**

La technologie numérique permet ainsi au patient, depuis son lieu de vie, **d'accéder à une téléconsultation avec un expert** grâce à des solutions de visioconférences sécurisées (tablettes, smartphone), **d'éviter le déplacement systématique** du patient au cabinet de l'expert lorsque la situation clinique du patient le permet. Dans ce cas, **l'e-santé mobile**, dans le respect de la sécurisation la transmission des données médicales, doit être une source de **qualité de vie** pour les patients et un **vecteur de performance** pour le système de santé.

Un suivi complet des patients en téléconsultation par les experts du réseau assure la même qualité de prise en charge qu'en présentiel

Une étude médico-économique randomisée et contrôlée, en attente de publication, a été réalisée par CICAT LR avec le CHU de Montpellier. (→Cf. « étude randomisée DOMOPLAIES ». **Cette étude est actuellement en cours de finalisation en vue d'une publication, courant 2019, dans une revue internationale (Journal Of Wound Care) et ne peut donc pour le moment être diffusée**)

- 184 patients (220 inclus) ont été suivis par des experts en plaies, soit par téléconsultation, soit par prise en charge présentielle dans le cadre du réseau ou en dehors du réseau. L'étude a démontré qu'une prise en charge et un suivi complet des patients par une pratique en téléconsultation n'avait pas d'effet délétère sur la qualité de la prise en charge. En effet, **le taux des plaies cicatrisées en moins de 70 jours est similaire, que les patients aient été évalués par téléconsultation ou en présentiel** : 69,8% par téléconsultation, 69,1% en présentiel dans le cadre du réseau et 64,78% en présentiel hors réseau, soit des différences non statistiquement significatives.

Au 30/09/2018 et depuis octobre 2013, plus de **16 000 actes de télé médecine** ont été pratiqués. Ils concernent **5 526 patients** et se répartissent de la façon suivante:

- **téléconsultation (96 %),**
- téléassistance (0,5 %) pour une guidance par vidéotransmission de l'IDE de 1^{er} recours à certains gestes techniques (détersion, ...),
- téléconsultation avec audio mais sans vidéotransmission (3,5 %) : *lorsque le réseau télécom ne permet pas une téléconsultation avec vidéotransmission, une téléconsultation toujours synchrone sur le plan phonique est réalisée (lien téléphonique entre l'expert et le patient/IDE) est effectuée.*

L'expert réalise des téléconsultations de diagnostic et de suivi. Cela représente, pour une séquence de soins, en moyenne 3 téléconsultations/patient, qui durent en moyenne 1 heure pour la primo-téléconsultation de diagnostic et 30 mn pour chaque téléconsultation de suivi.

Une proposition de **plan personnalisé de soins** est **adressée au médecin traitant qui demeure**, comme indiqué précédemment, **au cœur de la prise en charge**. Un protocole local et des mesures correctives complémentaires sont donnés et formalisés dans la proposition de plan de soins transmise au médecin traitant par le médecin expert du réseau, ou après validation médicale lorsque l'expert qui a fait la proposition de plan de soins est une IDE déléguée article 51 HPST.

Lieu de vie où se situe le patient lors de l'acte de télé médecine pour un avis d'expert en plaies	Description des services	Activité 2016 (%)	Activité 2017 (%)
DOMICILE	1. Apporter l'expertise plaie et cicatrisation au plus près du patient grâce à l'outil de la télé médecine : - Formation de l'équipe de premier recours - Personnalisation de la prise en charge selon les objectifs de cicatrisation, les choix du patient de son médecin traitant et de sa « fragilité » 2. Coordination d'appui : - Coordination du parcours patient - Orientation vers le bon interlocuteur - Optimisation des transports - Proposition de solution de soutien et coordination avec les acteurs (HAD, PTA (problématique sociale), MAIA, réseau thématique (soins palliatifs, ETP...)) - Communication et information à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des plaies	56,47	52,09
EHPAD	IDEM DOMICILE	31,66	32,14
CABINET MEDICAL/MSP	IDEM DOMICILE	0,31	0,24
CABINET INFIRMIER	IDEM DOMICILE	0,88	0,32
SSIAD	IDEM DOMICILE	1,52	3,02
HAD	- Expertise et soutien et à la prise en charge de patients porteurs de plaies ou de pansements complexes (TPN...) - Relais en sortie d'HAD	1,29	1,93

SSR	- Expertise et soutien à la prise en charge de patients porteurs de plaies ou de pansements complexes (TPN...) - Relais en sortie du SSR vers le domicile, l'EHPAD,... - Coordination d'appui - o Coordination du parcours patient - o Orientation vers le bon interlocuteur - o Optimisation/mutualisation des transports - o Proposition de solution de soutien et coordination avec les acteurs (HAD, PTA (problématique sociale), MAIA, réseau thématique (soins palliatifs, ETP...)) - o Communication et information à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des plaies (lien ville hôpital)	2,7	3,98
CLINIQUES	- Expertise et soutien à la prise en charge de patients porteurs de plaies ou de pansements complexes (TPN...) - Relais en sortie de la clinique en HAD vers le domicile, l'EHPAD,... - Coordination d'appui - o Coordination du parcours patient - o Orientation vers le bon interlocuteur - o Optimisation/mutualisation des transports - o Proposition de solution de soutien et coordination avec les acteurs (HAD, PTA (problématique sociale), MAIA, réseau thématique (soins palliatifs, ETP...)) - o Communication et information à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des plaies	2,27	2,78
CH	- Expertise et soutien à la prise en charge de patients porteurs de plaies ou de pansements complexes (TPN...) - Relais en sortie du CH en HAD vers le domicile, l'EHPAD,... - Coordination d'appuis - o Coordination du parcours patient - o Orientation vers le bon interlocuteur - o Organisation consultation, hospitalisation, HDJ... - o Optimisation/mutualisation des transports - o Proposition de solution de soutien et coordination avec les acteurs (HAD, PTA (problématique sociale), MAIA, réseau thématique (soins palliatifs, ETP...)) - o Communication et information à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des plaies	1,16	1,31

AUTRES ETABLISSEMENTS : - Centre de lutte contre le cancer - Unité de dialyse - LLAM	- Apporter l'expertise en plaie et cicatrisation au plus près du patient grâce à l'outil de la télémedecine - o Formation de l'équipe de premier recours - o Personnalisation de la prise en charge selon les objectifs de cicatrisation, les choix du patient de son médecin traitant et de sa « fragilité » - Coordination d'appui : - o Coordination du parcours patient - o Orientation vers le bon interlocuteur - o Organisation consultation, hospitalisation, HDJ... - o Optimisation/mutualisation des transports - o Proposition de solution de soutien et coordination avec les acteurs (HAD, PTA (problématique sociale), MAIA, réseau thématique (soins palliatifs, ETP...)) - o Communication et information à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des plaies	1,7	2,17
--	--	------------	-------------

L'avis d'expert en présentiel

En fonction de l'indication médicale, de la complexité du geste technique à réaliser ou pour améliorer l'adhésion du patient, il est préférable d'organiser une intervention en présentiel par le déplacement d'un expert IDE HPST du réseau auprès du patient en présence de l'équipe soignante de 1^{er} recours. Les interventions présentiels sont toujours organisées et validées par la coordination médicale ou infirmière. C'est le cas en particulier pour :

- Les plaies tumorales (en établissement et/ou à domicile) au vu de la gravité et de la complexité de ces plaies,
- Les plaies périnéales au regard du respect de l'intimité du patient et des difficultés techniques d'évaluer en téléconsultation ce type de plaies.

Le **déplacement physique des experts du réseau, en principe une IDE déléguée (article 51 HPST)**, intervient alors, sur le lieu de vie (domicile, EHPAD...) ou la structure (clinique, SSR, CH...) où est hospitalisé le patient. Cette consultation de deuxième ligne **en présence d'au moins un soignant de premier recours**, donne lieu à un **plan d'aide** à la prise en charge au même titre qu'une téléconsultation. Ce mode d'expertise **reste exceptionnel et limité géographiquement**.

- Il n'y a pas de patients suivis exclusivement en présentiel. Cette visite s'insère dans l'ensemble des visites de suivis et peut être réalisée 1 fois, uniquement pour la visite de diagnostic ou à la suite d'une téléconsultation. Il n'y a pas de règle. L'alternance entre visite présentielle ou virtuelle est fonction de la situation du patient.
- Dans ce cas, le lieu de vie du patient doit être situé dans un rayon géographique de 30 kms d'un expert du réseau.

Activité présentielle

Année	Activité de visites (déplacement de l'expert sur le lieu de vie)
2016	60
2017	11

Avant la mise en place de la télémedecine (DOMOPLAIES) en 2013, le dispositif fonctionnait exclusivement en présentiel. Entre 1999 et Octobre 2013, près de 7 000 patients ont été inclus par CICAT LR en-Languedoc-Roussillon. En ex-Midi-Pyrénées, le réseau DOMCICA réalise une activité régulière d'expertise au domicile des patients. Des centres de cicatrisation prennent en charge les patients (consultation ou hospitalisation).

- Une IDE télémedecine assure :
 - l'assistance technique de niveau 1 sur les outils de télémedecine (hors soins) : elle aide les IDE de 1er recours ou de structures situées aux côtés du patient pendant la téléconsultation à l'utilisation des outils télémedecine,
 - une contribution aux actions de formation à l'outil télémedecine,
 - la gestion des aspects techniques et fonctionnels du développement et du déploiement de l'application Télémedecine,
 - une participation à l'élaboration de procédures et à l'évolution du logiciel métier.

E. La mission d'amélioration des pratiques professionnelles

Elle consiste à :

- diffuser les bonnes pratiques, au fil des téléconsultations, dans l'analyse de la plaie et enseigner l'utilisation des dispositifs médicaux adaptés aux différents stade de la plaie, au bénéfice des acteurs de premiers recours (médecins traitants, infirmières), leur apprendre à analyser les pathologies du patient dans le but de déterminer un pronostic de cicatrisation.
- développer le réseau d'experts, notamment par la délégation de compétences (protocole de coopération autorisé par l'ARS) :
 - Plaie et cicatrisation n'est pas encore une spécialité médicale. Il ressort que le corps infirmier a plus de potentialité et semble le plus à même d'être le porteur d'une expertise « toutes plaies », les médecins étant plus orientés vers leur spécialité.
- développer, adapter les protocoles de prise en charge :
 - la proposition de plan de soins (PPS) est un outil de formation permanente pour les médecins généralistes qui n'ont pas de formation approfondie en plaies et cicatrisations. La PPS contient tous les éléments permettant de comprendre et de s'approprier la prise en charge (photos de la plaie, comorbidités, propositions d'examens, traitements locaux).
- Animer le réseau régional d'experts et harmoniser les pratiques :
 - 4 journées annuelles, réunissant les experts du réseau, sont organisées. Elles ont pour but de réactualiser les connaissances sur les dispositifs médicaux, d'analyser, au travers de cas cliniques les pratiques,
 - un e-learning (autoévaluation) est également en cours d'élaboration pour permettre aux experts de progresser,
 - la démarche qualité se poursuit avec la formalisation d'une commission qualité au sein du dispositif.

Les acteurs de la cicatrisation doivent maintenir régulièrement les connaissances nécessaires pour pouvoir répondre aux exigences d'une prise en charge spécialisée. L'expérience du réseau CICAT Languedoc-Roussillon depuis 1999 correspond à 12 000 patients expertisés, évalués et coordonnés par le réseau (7 000 patients en présentiel et depuis octobre 2013 plus de 5 500 patients en télémedecine avec plus de 16 000 téléconsultations). Cette expérience confirme la difficulté de définir la stratégie dans des situations complexes et d'adresser le patient au spécialiste le mieux à même de prendre ce problème en charge.

1.6 - Population concernée par l'expérimentation :

Les plaies chroniques et/ou complexes constituent un problème de santé publique. La plupart des plaies chroniques sont **en lien avec les pathologies chroniques** reconnues comme affection de longue durée par la sécurité sociale :

- **Personnes âgées** : maladies neurodégénératives, diabète, dénutrition, artériopathie, insuffisance rénale, insuffisance veineuse, grabatisation, soins palliatifs,
- **Personnes avec un déficit moteurs et maladies invalidantes** : blessés médullaires, maladie neurologique : parkinson, sclérodermies, paralysies, etc...
- **Personnes atteintes d'un diabète** : haut risque infection, insuffisance rénale, artériopathie, neuropathie,...
- **Personnes ayant une pathologie cancéreuse** : plaie en elle-même, contexte de dénutrition, effets secondaires des traitements...
- **Personnes ayant un profil vasculaire** : diabète, artériopathie, lymphœdème, insuffisance veineuse...

En France,

La **prévalence globale** de patients porteurs de plaies ouvertes dans la population générale ambulatoire est de **10,2 %**, avec **43% des plaies évoluant depuis plus de 6 semaines**. Et pour 33 % des patients, le retentissement sur leur état de santé est sérieux à sévère. La quasi-totalité des plaies (95 %) requiert des soins locaux.

Selon une estimation SNIIRAM de 2012, **réduire le temps de cicatrisation** des patients est un **enjeu sanitaire et économique** puisque leurs soins représentent environ **1 milliard d'euros uniquement** pour les **soins de ville** (escarres : 693 M€, ulcères veineux ou mixtes : 272 M€).

Enfin, les patients porteurs de plaies chroniques sont des patients fragiles, polypathologiques dont l'âge moyen est de 71 ans, dont 2/3 de femmes (CNAM 2014). ➔ Cf. Publication et synthèse étude RAMES mars 2014 « Améliorer la prise en charge des plaies chroniques »

65 % des plaies chroniques sont en lien avec les pathologies chroniques reconnues comme affection de longue durée et 86% des patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes relèvent d'un parcours de santé complexe du fait de comorbidités (selon les données de 2006 de l'observatoire régional de la santé (ORS LR), selon les recommandations HAS en fonction des ALD correspondantes : diabète, artériopathie, paraplégique, IRC, ...).

Ces plaies complexes concernent plus particulièrement **des personnes vulnérables** aux comorbidités multiples, des personnes âgées, ou des personnes en situation de handicap et conduisent à de nombreuses complications (douleur, infection, perte d'autonomie, amputation...) avec des **conséquences multiples, physiques, psychologiques et sociales**, qui **complexifient la prise en charge globale**.

L'impact sur le pronostic vital ou fonctionnel du patient est majeur. Des coûts humains et économiques très importants sont engagés.

Qu'ils soient en **ville ou à l'hôpital**, du secteur sanitaire, social ou médicaux social, de **nombreux acteurs de soins** sont impliqués dans la prise en charge des patients et leur coordination est nécessaire.

La population concernée par le projet d'expérimentation est constituée des patients porteurs de plaies chroniques ou difficiles à cicatriser :

➤ Les patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes à domicile

Certains patients peuvent voir leur **hospitalisation évitée grâce à une prise en charge organisée** par des experts comme ceux du Réseau CICAT.

L'Observatoire Régional de la Santé Languedoc-Roussillon a réalisé, en 2009, une étude sur le mode interview d'une population de médecins utilisant, en appui, le Réseau CICAT LR. Il ressortait que **67,10 % des hospitalisations aux services d'urgence avaient pu être évitées grâce à l'avis prodigué par les experts du Réseau** (➔ Source : ORS LR- Evaluation des Activités 2006 du réseau ville-hôpital Plaies et Cicatrisations)

➤ Les patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes en sortie d'hospitalisation

Certains patients sont **porteurs de plaies complexes en sortie d'hospitalisation**. Les chiffres du PMSI 2017 (France entière) montrent que les patients hospitalisés avec une plaie ont **trois fois plus de difficultés de sortie** vers le SSR, l'HAD, l'EHPAD ou le domicile, que les patients hospitalisés quelle que soit la pathologie. ➔ source ARS Occitanie – Dr François Laurenceau « Données nationales PMSI 2017 - séjours plaies »

Séjours avec nuitées France entière PMSI 2017	Séjours plaies sans Ulcères stade 1	Séjours plaies avec Ulcères stade 1	Séjours toutes pathologies
Taux de séjours en attente d'une solution d'aval code CIM 10 Z75 (0 -1 -3)	3,1 %	3,4 %	1 %
DMS sans code CIM 10 Z75 (0 -1 -3)	15,4 j	15,2 j	
DMS avec code CIM 10 Z75 (0 -1 -3)	27,8 j (+12,4)	26,2 j (+11)	
Equivalent-lits attente de placement (si Taux occupation 80%)	344 lits	461 lits	

Le projet PRADO Plaies, un temps envisagé par la CNAMTS, était censé fluidifier le retour au domicile. L'expérimentation qui sera menée permettra de trouver des solutions à ce blocage.

En Occitanie,

Il est estimé que 2% de la population est porteuse de plaies potentiellement chroniques et/ou complexes (*source - Etude VULNUS 2013 S. Meaume, .C. Kerihuel, I. Fromantin, L. Téot*), ce qui représente **98 000 patients en Occitanie.**

Un projet médical commun doit être partagé par les acteurs du territoire régional pour améliorer les difficultés rencontrées par les patients dans leur parcours de soins.

Selon l'expérimentation Domoplaies (CICAT LR), 63% des patients pris en charges ont 80 ans et plus. Les patients pris en charge sont **souvent en situation dites de fragilité.**

L'appui à la prise en charge peut être apporté, quel que soit le lieu dans lequel se trouve le patient physiquement : domicile, SSR, EPHAD, CH, HAD Cela donne la possibilité de suivre le patient tout au long de son parcours. Il est à noter que la **plupart des prises en charge se font sur le lieu de vie**, grâce à l'assistance des intervenants de premier recours : infirmier libéraux, équipe soignante EPHAD, SSIAD, HAD.

L'activité du réseau CICAT Occitanie

Depuis sa création (1999) et au 30/08/2018, le Réseau Cicat Languedoc-Roussillon/ Occitanie a apporté son expertise et son aide à la coordination à près de **12 000 patients** dont :

- *Jusqu'en octobre 2013* : environ **7 000 patients** évalués sur leur lieu de vie **par une activité présentielle des experts,**
- *Depuis Octobre 2013* : **5 500 patients** évalués et accompagnés **en télémedecine avec près de 16 000 téléconsultations** réalisées.

Caractéristiques de l'activité et de la population prise en charge en télémedecine par le réseau Cicat-LR (région Occitanie Est) en 2017 :

- **1 167 patients, 2 089 plaies,**
- **3 740 actes de télémedecine : 96 % de téléconsultation, 3,5 % de téléconsultation phonique synchrone sans vidéo, 0,5 % de téléassistance seule.**
- En moyenne **3 téléconsultations/patient.**
- **54 %** des actes sont réalisés par les **11 IDE libérales déléguées art 51 HPST**
- La répartition des **pathologies** :
 - **38 %** d'ulcères des membres inférieurs,
 - **29%** d'escarres,
 - **4 %** plaies du pied diabétique,
 - **29 %** autres types de plaies dont :
 - **12 %** de plaies post traumatiques,
 - **1%** d'ulcères microcirculatoires,
 - **2%** de cancers cutanés,
 - **3%** de plaies post opératoires,
 - **11 %** autres plaies (brûlures, ...)

Caractéristiques de l'activité et de la population prise en charge dans un centre de cicatrisation à orientation vasculaire et pied diabétique en Occitanie Ouest (Clinique Pasteur Toulouse):

- **7 395 patients en 10 ans, 22 434 consultations,** une moyenne de **3 consultations par patient,**
- 53 % de Femmes, 53 % sont âgés de plus de 80 ans, 35 % ont entre 60 et 80 ans et 12 % moins de 60 ans
- La répartition des **pathologies** : **32 %** d'ulcères veineux, **21 %** plaies du pied diabétique, **20 %** d'ulcères artériels, **11 %** de plaies post traumatiques, **10 %** d'ulcères mixtes, **3%** d'ulcères microcirculatoires, **2 %** d'escarres du talon, et **1 %** de cancer cutanés.

2 – IMPACTS ATTENDUS A COURT ET MOYEN TERME DU PROJET D'EXPERIMENTATION, EN ADÉQUATION AVEC LES OBJECTIFS FIXÉS

Au regard de ces constats et des objectifs de cette expérimentation, outre une **amélioration du service rendu à la population occitane**, les **résultats et impacts** attendus par le **réseau CICAT Occitanie** sont :

1. Une amélioration des organisations :

- par une **couverture régionale** grâce à l'adhésion large des professionnels de santé et au recours au réseau CICAT Occitanie par d'autres acteurs de coordination (PTA, réseaux thématiques, ...);
- par l'amélioration de l'**accès aux soins** et à l'expertise dans le domaine des plaies et cicatrisation des personnes éloignées du système de santé (comme les personnes difficilement mobilisables, en situation de précarité, de handicap ou en fin de vie.), et diminuer le délai d'attente d'accès aux soins de qualité et appropriés ;
- grâce à la **coordination du parcours de patients** atteints de plaies chroniques et/ou complexes ;
- **grâce au** partage de l'information entre tous les professionnels impliqués en utilisant des outils informatiques communs ;
- **par l'assistance/l'appui à l'organisation des parcours de soins ;**
- **en évitant les ruptures** de prise en charge des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes en facilitant le flux d'information entre acteurs grâce au dossier parcours, au dossier plaies, au suivi en télé médecine (DOMOPLAIES) ;
- **en prévenant les passages aux urgences ;**
- **en diminuant le recours à des hospitalisations ;**
- **en facilitant la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile.**

2. Une amélioration des pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements :

- l'amélioration des **bonnes pratiques** par l'élaboration et la diffusion de recommandations et en développant les connaissances et les compétences ;
- l'amélioration du **suivi et de la continuité** de prise en charge des patients ;
- l'amélioration du **repérage, dépistage, et accompagnement précoces** de la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes ;
- l'amélioration de la **qualité, de la sécurité et de la pertinence** des prises en charge ;
- **l'optimisation du temps médical** tout en assurant un accompagnement adapté et de qualité aux patients ;
- **l'accompagnement des patients**, lorsque les plaies ne sont pas cicatrisables dans le cadre des situations palliatives ;
- la **fluidification de l'information** par des retours /partage d'informations réguliers avec le médecin traitant, et encourageant une formation permanente pratique auprès des professionnels de premiers recours ;
- **la montée en compétences** par le nombre de professionnels formés.

Le **réseau CICAT Occitanie** établira un cadre général et les conditions d'une vision partagée entre les acteurs prenant en charge les patients porteurs de plaies, afin de mieux répondre à chaque situation à traiter (hospitalisation, maintien à domicile, diminution du passage aux urgences, retour à domicile après hospitalisation, suivi des situations dites à risques ou complexes).

3. Une amélioration de l'efficience par une amélioration de la pertinence :

- en **réduisant les prises en charge inadéquates** ou en limitant les hospitalisations (pertinence des séjours, pertinence des parcours de soins) ;
- en **optimisant les modes de prise en charge selon le modèle du virage ambulatoire ;**
- en **promouvant une approche globale et décloisonnée** de l'offre des soins ;
- en **participant à l'amélioration des pratiques** (pertinence des actes diagnostiques, thérapeutiques et de l'utilisation des produits de santé) ;
- en permettant des **économies de transport.**

4. Une amélioration de la place du patient dans son parcours de vie :

- en favorisant **l'implication du patient et l'expression de ses préférences** pour lui permettre d'être acteur de sa prise en charge ;
- en améliorant la **prévention et les comportements en santé** : cette expérimentation pourrait permettre de développer des actions sur l'ensemble du parcours de vie des patients à risque- peu réalisés actuellement par le réseau par manque de temps et de moyens : action sur les préventions primaires (Réunions de MorbiMortalité dans les Ehpad), secondaire (ex : dépistage) et tertiaire (ex : éducation thérapeutique, prévention des complications...).
- Action de développement de l'éducation thérapeutique par des partenariats avec des dispositifs régionaux ou locaux existants dans ce domaine.

5. Les attendus en terme de santé publique

Les résultats attendus découlent des résultats de l'étude Domoplaies et de l'analyse de la littérature internationale. Ils concernent essentiellement **quatre points d'amélioration** :

- la prise en charge des plaies **en téléconsultation**, quel que soit le lieu de vie, en collaboration étroite avec une équipe de soins de proximité, **diminue de façon statistiquement significative les coûts de transports et n'impacte pas la qualité des soins** (cf. étude randomisée en cours de publication) ;
- la **prévention d'hospitalisations pour plaies infectées ou délabrantes** (64% des hospitalisations en urgence peuvent être évitées selon une enquête auprès de 450 médecins généralistes utilisateurs du Réseau Cicat LR en 2009). Ce point très important s'inscrit dans les recommandations récentes du Ministère pour **désengorger les hôpitaux et favoriser la fluidification des parcours ville – hôpital**. Le choix du parcours par la **coordination centralisée** apporte un **meilleur ciblage** de l'acteur de santé adapté pour régler un problème défini au bon moment, évitant la dispersion ;
- **les pratiques professionnelles et la pertinence** (réduction des inadéquations et limitation des hospitalisations) ;
- **l'amélioration de la place du patient dans son parcours de vie** : implication du patient /préférence, prévention/comportement.

Dans ce secteur de pathologies où l'expertise est rare, il est important de **se concentrer sur les acteurs experts du domaine**, sachant les décisions importantes qui permettront de sauver du tissu (prévention des amputations) et de transformer une plaie complexe en une plaie simple, avec les techniques adaptées.

3 –DUREE DE L'EXPERIMENTATION

3.1 - DUREE DE L'EXPERIMENTATION : 55 mois (7 mois préparatoires et 48 mois de mise en œuvre du forfait)

3.2 - GOUVERNANCE DU PROJET D'EXPERIMENTATION « DOMOPLAIES ARTICLE 51 »

Le pilotage opérationnel est assuré par :

- **Un Comité opérationnel** composé des membres de CICAT Occitanie et de partenaires du projet,
 - L'ARS participe aux réunions du comité opérationnel

Une instance régionale associant l'ARS, l'Assurance maladie ainsi que les promoteurs retenus aura pour mission d'assurer le suivi de la mise en œuvre et de l'avancement des projets article.

3.3 - PLANNING PREVISIONNEL :

Préconisation pour l'application du modèle de paiement forfaitaire

- Un prérequis essentiel à cette expérimentation tarifaire serait de **ne pas changer brutalement les modalités et les règles de financements** actuellement en place. Elles doivent continuer à s'appliquer durant la phase de « **PREPARATION DES PRE-REQUIS INDISPENSABLES AU LANCEMENT DU NOUVEAU MODELE DE REMUNERATION** » de l'expérimentation qui consiste en mettre en place la gestion de projet (recrutement Directeur projet et chef de projet) et à élaborer tous les éléments préalables et nécessaires au lancement du nouveau modèle de rémunération (protocole d'évaluation, circuits financiers, développement du dispositif, conduite du changement).

Une nécessaire trajectoire de mise en place du modèle

Afin de ne pas mettre en difficulté les acteurs et de permettre des actions de conduite de changement indispensables pour l'appropriation du nouveau dispositif par les acteurs, il est proposé d'avoir une trajectoire de **mise en place et de déploiement du modèle en 4 phases qui peuvent se dérouler de façon parallèle**.

PHASE DE PREPARATION DES PRE-REQUIS INDISPENSABLES AU LANCEMENT DU NOUVEAU MODELE DE REMUNERATION

Il s'agit de **prévenir et d'anticiper les constats observés aux USA sur les Alternative Payment Models** par la RAND Corporation et l'AMA (*En octobre 2018, la RAND Corporation et l'American Medical Association (AMA) ont actualisé leur premier rapport (2014) consacré à l'impact des nouveaux modes de rémunération :* https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2667.html).

Les constats aux USA sur les nouveaux modes de paiement concernent notamment :

- La difficulté des acteurs à s'adapter à ce nouveau mode de rémunération liée à une mise en œuvre trop rapide ;
- la charge de travail que représente la saisie et l'analyse des données d'activité et leur impact sur le paiement.

1. **Mise en place de la gestion de projet et des actions préalables à l'application du forfait :**

- Recrutement de l'équipe projet : Directeur médical du Projet et Chef de projet (CDP) ;
- Construction des circuits, du processus et du contrôle financier pour la gestion du forfait :
 - Modalités de facturation à l'Assurance Maladie par le gestionnaire du forfait,
 - Modalités de gestion et de répartition du forfait :
 - facturation des professionnels au gestionnaire du forfait,
 - paiement de la part du forfait aux professionnels de santé par le gestionnaire du forfait.
- Mise au point du protocole d'évaluation avec l'évaluateur externe national (CNAM) ;
- Préparation du modèle de convention de participation et de paiement du forfait avec les experts pour la mission d'expertise et de coordination.
- Elaboration **de la communication et préparation de la conduite du changement pour application du modèle** (vidéo, manuel utilisation, ...).
- Rédaction et mise à jour des procédures relatives à l'organisation, à l'activité médicale et à la facturation/paiement.

2. **En l'absence de système d'information « e-Parcours », mettre au point un système d'information pour :**

- recueillir les données du parcours concernant les professionnels du dispositifs intervenants autour du patients, notamment à des fins d'évaluation, de paiement et de contrôle de ces derniers,
- permettre aux intervenants de facturer leurs prestations et au gestionnaire du forfait de les payer,
- créer les procédures et outils de contrôle adaptés.

3. **Etude juridique** sur l'impact de la mise en œuvre du forfait sur les statuts du promoteur et si nécessaire évolution des statuts du promoteur.

4. **Identification des nouveaux médecins et infirmiers experts** en plaies chroniques et/ou complexes pouvant effectuer l'expertise et le service d'appui à la coordination du parcours du patient

5. **Identification des autres dispositifs de coordination régionaux ou territoriaux** hors plaies chroniques et/ou complexes.

Durée estimée : 7 mois

PHASE DE DEVELOPPEMENT DU DISPOSITIF CICAT

6. Développement du dispositif d'expertise et d'appui à la coordination **CICAT Occitanie**

- **13 à 20 réunions territoriales par an** sur l'ensemble de l'Occitanie pour promouvoir et développer :
 - le dispositif CICAT auprès des acteurs de premier recours , EHPAD, ...
 - le nouveau modèle de rémunération
- **20 rencontres (environ)** avec les établissements de santé (promotion service sortie d'hospitalisation)

Durée estimée : 48 mois

PHASE DE LANCEMENT ET D'APPLICATION DU MODELE DE REMUNERATION

7. Conduite du changement :

- Formation et apprentissage du modèle par un accompagnement auprès des acteurs concernés par la répartition du forfait,
- Support à la mise en œuvre du modèle.

Durée estimée : 48 mois

8. Fonctionnement du modèle forfaitaire en routine

Durée estimée : 48 mois

PHASE EVALUATION

9. Evaluation du dispositif dont évaluation intermédiaire selon le protocole qui sera élaboré par l'évaluateur externe lors de la phase préparatoire.

Durée estimée : 48 mois

4 - CHAMP D'APPLICATION TERRITORIAL PROPOSÉ

L'accompagnement des professionnels de santé prenant soin de patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes sera expérimenté sur **l'ensemble du territoire de la région Occitanie**.

4.1 - Éléments de diagnostic

4.1.2 - Contexte et constats ayant conduit à la proposition de projet d'expérimentation

Ce premier regroupement d'acteurs (Réseau CICAT Occitanie) souhaite développer, sur la base du modèle ex Languedoc-Roussillon, une offre de services **pour permettre un appui spécialisé** aux équipes de soins d'Occitanie incluant une organisation lisible, acceptable, et non redondante de l'organisation préexistante, afin de répondre aux besoins d'innovations pour :

- améliorer **l'accès aux soins et à l'expertise** par un compagnonnage auprès des médecins traitants et des IDEs intervenant sur le lieu de vie du patient porteur de plaies,
- **faciliter l'orientation de la prise en charge de proximité,**
- permettre d'assurer **un avis d'expert en télémedecine sur le lieu de vie du patient,**
- favoriser la **continuité des soins,**
- **Faire évoluer les pratiques professionnelles et améliorer ainsi la qualité et la pertinence des actes de soins.**

Ce projet d'expérimentation souhaite s'appuyer sur **des centres de cicatrisation** présents dans certains hôpitaux universitaires et non universitaires, et des cliniques privées et des SSR spécialisés dans cette prise en charge. Ils permettront de **renforcer en proximité la coordination de la prise en charge** des patients souffrant de plaies chroniques et/ou complexes et **étendre le maillage des professionnels de santé intervenants.**

4.1.2 - La fusion des régions (Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées) : une opportunité médico-organisationnelle

Un projet médical et d'organisation communs doivent être partagés par les acteurs du territoire régional pour améliorer les difficultés du parcours de soins des patients.

Ce projet se construit sur la base de 2 historiques liés à la création des nouvelles régions. Un réseau régional plaies et cicatrisation d'appui et d'expertise aux acteurs de premiers recours en Occitanie Est (ex-Languedoc-Roussillon) et des centres de cicatrisation et réseaux territoriaux en Occitanie Ouest (ex-Midi-Pyrénées).

La fusion des deux régions de Midi-Pyrénées et Languedoc Roussillon a été une opportunité pour les professionnels de santé publics et privés de réfléchir à une optimisation des pratiques en s'appuyant sur l'acquis de deux modes de fonctionnement :

- Midi-Pyrénées : Centres de cicatrisation, ambulatoire et/ou au sein de structures, expériences réseaux locaux ;
- Languedoc-Roussillon : Centres de cicatrisation ambulatoire et/ou au sein de structures, réseau régional CICAT-LR d'appui et d'expertise en « plaies chroniques et/ou complexes, existant depuis 1999.

La coordination régionale de cicatrisation pourra donc participer à un maillage territorial large touchant **une population d'environ 6 millions de personnes**.

Les solutions déjà développées, par l'ancien Réseau Cicat LR lors du projet Domoplaies pour la facilitation de l'orientation et de la prise en charge de proximité de ces patients, seront **déployées pour renforcer les réseaux territoriaux** qui ont déjà eux-mêmes une activité de cicatrisation (CICA ARPEGE – CICA LOT) ou sur des centres de cicatrisation ou sur **le maillage de plus de 1 500 médecins généralistes conventionnés** avec le Réseau ville-hôpital CICAT depuis près de 20 ans en ex LR.

Enfin, Cicat Occitanie pourra **s'intégrer dans un parcours** en lien avec des acteurs et des structures qui sont déjà existantes et effectives dans d'autres pathologies (ex cancérologie, maladies neurodégénératives...) et avec les futures PTA.

A ce jour, le réseau dispose et mobilise les ressources suivantes **réparties sur l'ensemble du territoire régional** :

- **24 centres de cicatrisation**, 5 dans l'Hérault, 1 dans le Gard, 1 dans l'Aude, 3 dans les Pyrénées-Orientales, 2 en Ariège, 1 centre sur 2 sites en Aveyron, 6 centres en Haute-Garonne, 1 dans le Gers, 1 dans le Lot, 2 dans les Hautes-Pyrénées, 1 dans le Tarn et Garonne,
- **28 Experts : 13 médecins experts, 15 IDEs référents validés article 51 HPST**, répartis sur le territoire qui réalisent des téléconsultations ou des visites en présentiel si nécessaire.

Le territoire Occitan a de nombreux atouts pour la mise en œuvre de cette l'expérimentation :

- un projet médical et une organisation partagés entre deux anciennes régions couvrant une population de près de 6 millions d'individus ;
- l'accord des 3 CHU d'Occitanie et des grands centres privés (Clinique Pasteur à Toulouse, Clinique du Parc à Castelnau-le-Lez) pour participer à l'expérimentation ;
- les résultats des études de l'ex Languedoc-Roussillon : 69% des plaies cicatrisent en moins de 70 jours avec le Réseau ;
- la reconnaissance de la Cour des Comptes qui a cité Domoplaies comme l'exemple à suivre.
- plusieurs mentions dans des revues spécialisées.

4.2 - Champ d'application territorial

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial et observations éventuelles
Local	OUI	Inclus dans l'organisation régionale
Régional	OUI	Déjà opérationnel en Occitanie Est et de phase pilote en Occitanie Ouest
Interrégional	NON	Possible
National	NON	En perspective

4.2.1 - Reproductibilité du modèle d'organisation :

Le modèle s'appuie sur :

- une problématique sanitaire **non spécifique à la région Occitanie**,
- des **services identifiés** à mettre en œuvre,
- un **protocole de coopération opérationnel** à adopter et à étendre,

- **des solutions techniques** déjà opérationnelles avec des coûts identifiés (refacturation maintenance annuelle par GIP e-santé Normand),
- **les 5 services**, qui doivent être les **garants de l'efficacité du dispositif**. Quel que soit le porteur de ce type d'organisation, l'important est la mise en œuvre des 5 services proposés et inclus dans le forfait.

Plusieurs régions fonctionnent d'ores et déjà sur un modèle similaire.

En Basse Normandie le modèle TELAP est calqué sur celui de CICAT OCCITANIE. Il s'étend actuellement à la Haute Normandie dans la fusion des deux ex-régions.

En Bretagne 2 dispositifs se rapprochent du modèle CICAT :

- Bretagne Nord (Saint Brieuc), le Dr Moisan anime un réseau d'EHPAD relié au centre hospitalier de Saint Brieuc, et le chirurgien vasculaire assure la visite organisée du secteur plaies par téléconsultation par téléconsultation, la caméra se déplaçant de chambre en chambre avec une véritable visite virtuelle des patients ;
- sur Rennes, le Pôle Saint Hellier a également développé un usage de type centrale d'appel.

Sur Bordeaux un fonctionnement à partir de postes fixes du CHU vers certains EHPAD permet de surveiller les patients âgés et ce programme inclut une partie surveillance des plaies.

L'association GECO sur l'île de la Réunion centralise des demandes et fonctionne essentiellement par actes de télé-expertise pour des avis sur des plaies pouvant être chroniques et/ou complexes.

En Guadeloupe, le modèle est basé sur celui de CICAT OCCITANIE et est en cours d'exportation de l'île de Saint Martin vers l'ensemble de la Guadeloupe.

En Martinique le modèle CICAT Occitanie peut être développé avec la collaboration du réseau Martiniquais.

En Corse, une organisation sur le modèle CICAT est en cours de construction. Actuellement des professionnels se forment aux protocoles article 51 HPST et au DIU plaies.

En Guadeloupe, en Martinique, en Corse, sur l'île de la Réunion, de nombreuses expériences, actuellement limitées à de la télé expertise, rejoignent le collectif E-Santé Catel SFFPC et souhaitent développer des téléconsultations pour plaies complexes au domicile.

Ces expériences diverses, regroupées dans un collectif E-Santé SFFPC Catel ont édité leurs travaux ensemble (site sffpc.org) en une cartographie 2017 et des centres a été publiée en 2018 (Catel).

5 –PRESENTATION DU PORTEUR DU PROJET D'EXPERIMENTATION ET DES PARTENAIRES (GROUPE D'ACTEURS)

Le porteur de l'expérimentation est le réseau CICAT Occitanie

Cicat-Occitanie est une association dont le Président est le Dr Luc TEOT, du CHU Montpellier.

La collaboration entre les 2 ex-régions fusionnées a permis de fédérer autour du projet l'ensemble des **Centres Hospitaliers Universitaires de Montpellier et de Toulouse, les centres hospitaliers de Carcassonne, Béziers, Castres, Cahors, Auch, Saint Giron, Saint Gaudens, et les Etablissements privés compétents (Clinique Pasteur de Toulouse, Clinique du Parc à Montpellier, clinique Catalane à Perpignan).**

Cette association Loi 1901 créée en 1999, en ex-Languedoc-Roussillon, travaille depuis près de 20 ans à développer des solutions de prise en charge pluridisciplinaire des plaies, au plus près du lieu de vie du malade en renforçant le lien ville-hôpital et la pluridisciplinarité, et en s'appuyant sur les nouvelles technologies pour favoriser une coordination médicale et paramédicale.

C'est ainsi qu'en 2011, le réseau a été retenu par l'ASIP Santé pour le **projet interrégional de télémedecine Domoplaies** Basse Normandie et Languedoc Roussillon, dans le but de tester la mise en œuvre de la télémedecine appliquée au domaine de la plaie. L'expérimentation a pris fin en octobre 2016 et, en Languedoc Roussillon, l'organisation de l'expertise du réseau en télémedecine grâce à Domoplaies, **se pérennise et va s'étendre à l'ensemble de la région, désormais sous le nom de Cicat-Occitanie (novembre 2017).**

Le réseau CICAT Occitanie a **vocation à grandir** et ses membres peuvent être issus **du secteur sanitaire** (professionnels de santé en ville (médecins généralistes et spécialistes exerçant de manière individuelle ou en mode d'exercice coordonné, infirmières, pharmaciens, laboratoires d'analyse...) ou en établissement de santé, mais également du **secteur social et médico-social** (établissements et services sociaux et médico-sociaux...).

Il paraît en effet pertinent que la majorité des acteurs intervenant aux différentes étapes de la prise en charge du patient puisse être membre du Réseau CICAT.

Cicat Occitanie est gouverné par un **bureau** composé à part égale de membres provenant **des deux anciennes régions**. Le **bureau** a notamment pour rôle de vérifier la bonne marche de l'organisation, du budget de CICAT alloués par l'ARS. Il sera **l'organe de pilotage de l'expérimentation** article 51 LFSS 2018.

L'équipe du réseau (au 01/04/2019) :

Activité	Libellé	% ou ETP	Missions
Coordination médicale et IDE	Médecin coordinateur 1	0,5 ETP	- Coordination médicale clinique, - Coordination médicale administrative, - Soutien à la coordination IDE, - Supervision et encadrement de l'activité clinique IDE article 51 HPST, - Astreinte médicale, - Participation au développement du réseau, - Participation aux actions de formation et de communication.
	Médecin coordinateur 2		
	Médecin coordinateur 3		
	IDE de coordination	0,5 ETP	- Coordination parcours patients, - Management IDE Experts, - Participation au développement du réseau.
Orientation et coordination infirmière(e)	IDE « Case manager spécialisée en plaies »	0,5 ETP	- Gradation et orientation des appels entrants, - Suivi des PPS, - supervision du secrétariat médical, - Expertise en plaies et cicatrisation (réalise des téléconsultations en cas d'absence imprévue).
	IDE « Case manager spécialisée en plaies »	0,5 ETP	

Secrétariat médical	Secrétariat médical	2 ETP	- Accueil téléphonique et orientation des appels, - Recueil des informations pour élaboration du dossier patient, - Organisation des téléconsultations et prises de rendez-vous, - Gestion des contacts soignants, - Gestion des mails et fax, - Assistance et liaison avec les intervenants des téléconsultations, - Transfert du dossier pour une action de coordination par IDE, - Appels sortant pour suivi des dossiers patients, - Remplir fiches demandes identifiants pour inscription des nouveaux professionnels de santé non connus de la plateforme de télémedecine (sécurité, traçabilité, authentification) en vue de la téléconsultation.
Support technique 1^{er} niveau acte de Télémedecine	IDE télémedecine	1 ETP	- Gestion des aspects techniques et fonctionnels du développement et du déploiement de l'application Télémedecine - Assistance technique de niveau 1 sur les outils de télémedecine (hors soins) : aide les IDE de 1er recours ou de structures situées à côté du patient pendant la téléconsultation à l'utilisation des outils télémedecine, - Participation à l'élaboration de procédures et à l'évolution du logiciel métier, - Participation aux actions de formation à l'outil télémedecine, - Participation au développement du réseau.
Secrétariat administratif et comptabilité	Assistante administrative et comptable	0,6 ETP	- Gestion Comptable/sociale /fournisseurs, - Gestion des formalités administratives et juridiques, - Elaboration et suivi des budgets, - Organisation des réunions du réseau.

Les partenaires :

Les partenaires principaux à ce jour sont :

- les médecins traitants au centre du dispositif,
- le CHU de Montpellier,
- le CHU de Nîmes,
- le CHU de Toulouse,
- les CH de la Région (Béziers, Carcassonne, Saint Giron, Auch, Saint Gaudens, Cahors, Narbonne, Castres),
- Cliniques : Pasteur (Toulouse), du Parc (Montpellier), Catalane (Perpignan)
- les centres de SSR, le Centre Ster Lamalou,
- les EHPAD (**plus de 150 établissements sont conventionnés avec le Réseau CICAT**),
- les URPS médecins, infirmiers, pharmaciens, Kinésithérapeutes,
- les Réseaux de santé.

Les partenaires sont engagés par une charte et une convention qu'ils ont signées.

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...) Préciser les coopérations existantes
Porteur : CICAT Occitanie	CICAT Occitanie Association loi 1901 Bâtiment 41 Hôpital la Colombière – 39 avenue Charles Flahaut 34295 Montpellier Cedex 5	Docteur Luc Téot l-teot@chu-montpellier.fr 06 95 33 50 07	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :			
Clinique Pasteur Toulouse	Toulouse		Partenaires du pilote Domoplaies sur l'ex Midi Pyrénées
Association Dom Cica	Association DomCica Toulouse		
CHU de Toulouse	Hôtel Dieu de Toulouse		
CH de Castres	Castres		
CH de Cahors	Cahors		

ACTEURS REPÉRÉS (AUTRES QUE LES PORTEURS ET PARTENAIRES)

- **L'ensemble des instances stratégiques et décisionnelles régionales** tel que les URPS, les Ordre des médecins et infirmiers, les usagers, l'Assurance Maladie, les conseils départementaux, GHT et autres structures seront consultées et intégrées.
- Les **structures de santé du territoire** : Hôpitaux, cliniques, SSR, Maisons de santé, HAD, SSIAD, le collectif des réseaux Occitanie, les réseaux de santé polyvalents sanitaire et social.
- Les structures et professionnels non encore intégrés comme les **pharmaciens, Ergothérapeutes, Podo-orthésistes, rééducateurs, nutritionnistes, PTA, Maia, associations de patients** le seront également.
- Les **IDE hospitaliers** qui ont une compétence en plaies et cicatrisation et interviennent dans tous les services de l'établissement (ex : au CHU 34) car ils constituent un maillon important dans la chaîne de décision.
- Cette expérimentation vise également l'amélioration de la transversalité de la prise en charge du fait des nombreuses pathologies dont souffrent les patients. Cela passera par la promotion et le renforcement des échanges avec **les autres réseaux du territoire** et le développement du recours aux autres Projet territoriaux.

6 CATEGORIES DE L'EXPERIMENTATION

Cette expérimentation répond aux catégories suivantes :

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins , mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation	
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné	X

Modalités d'organisation innovante (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) ¹ :	Cocher
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux. Certains pansements dérogent à l'article L 165-1-1 comme la Technique de Pression Négative Les pansements interactifs contenant des substances actives La délégation protocole article 51 de la loi HPST permet à une IDE déléguée de prescrire certains de ces dispositifs	

7 – DEROGATION ENISAGEES POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIMENTATION

CICAT OCCITANIE propose un financement forfaitaire pour la mise en œuvre de l'expérimentation innovante :

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	Pas de financement pérenne des missions du réseau (depuis 15 ans) : FAQVS, DDR, FIQSV, FIR. - Le FIR ARS assure actuellement le financement : - de l'ensemble du dispositif de coordination et d'amélioration des pratiques y compris son fonctionnement, - des actes d'expertise réalisés en télémedecine n'entrant pas dans le champ de l'avenant n° 6 à la convention médicale, - des actes d'expertise réalisés en télémedecine par les IDE agissant dans le cadre d'un protocole de coopération et n'entrant pas le champ conventionnel, - de la solution numérique (parcours, dossier plaies, télémedecine).
Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1° et 3°) : - Facturation, - Tarification, - Remboursement, - Paiement direct des honoraires par le malade - Participation de l'assuré	Financement forfaitaire par patient par dérogation à la facturation : - de la téléconsultation d'inclusion longue (1 heure à l'inclusion et de 30 mn pour le suivi) non reconnue dans l'avenant N° 6 télémedecine, - de l'activité de téléconsultation pour prise en charge sans consultation initiale de l'expert dans les 12 mois (voir avenant n°6 à la convention médicale, portant sur la télémedecine avec les caisses d'assurance maladie - CNAM), - de la présence de l'IDE salariée en EHPAD qui est auprès du patient pendant la téléconsultation longue, - de l'intervention du réseau d'appui et d'expertise en plaies pour des patients atteints de plaies, à leur domicile ou hospitalisés en SSR, HAD, clinique, CH, CHU...

II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger	
Limites des règles d'organisation actuelles	Difficultés juridiques, économiques et de gestion liées au partage d'honoraires entre médecins délégants et IDE délégués pour la facturation des actes réalisés par les IDEs, selon le protocole de coopération validé par la HAS et autorisé par l'ARS LR (arrêté du 09/07/2014)

	Par exemple possible requalification d'emploi déguisé si un libéral reverse des honoraires dans le cadre d'un partage d'acte (article 51 HPST) à un autre acteur salarié ou libéral (ou un établissement délégué qui reverserait à un professionnel libéral délégué.
Dérogations organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2°): - Partage d'honoraires entre professionnels de santé - Prestations d'hébergement non médicalisé - Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements - Dispensation à domicile des dialysats	Partage d'honoraires entre : - professionnels libéraux : médecins délégués et IDE déléguées, - médecins libéraux délégués et IDE hospitalières déléguées, - médecins hospitaliers délégués et IDE libérales déléguées.

8 - PRINCIPES DU MODELE ECONOMIQUE CIBLE ET EQUILIBRE DU SCHEMA DE FINANCEMENT

8.1 - CICAT OCCITANIE propose le modèle économique suivant au regard des dérogations demandées :

Le réseau CICAT Occitanie propose d'expérimenter un système tarifaire plus intégré faisant appel à un **modèle de financement forfaitaire pour un épisode ou une séquence de soins dans le cadre du parcours de soins de patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes**.

Les financements transversaux pour accompagner les prises en charge qui sont proposées par CICAT OCCITANIE recouvrent un ensemble d'actes et de services associés, et justifient que soit mis en place un forfait qui se substituerait aux financements dérogatoires et non pérennes actuels, via le FIR.

Il faut rappeler que la prise en charge des plaies constitue un domaine à fort potentiel de transfert d'activité de l'hôpital vers la ville, potentiel actuellement limité par les dispositifs de financement et de tarification en vigueur.

Des modalités innovantes de financements sont nécessaires pour ce dispositif innovant tant dans son organisation, ses outils, que dans l'appui qu'il apporte aux professionnels de santé.

L'expérimentation doit permettre à son issue de valoriser de façon forfaitaire et pérenne les services mis en œuvre par le dispositif.

Deux forfaits moyen par patient ont été établis, rémunérant le dispositif selon que le patient se situe ou pas en EHPAD

- Forfait de base ou forfait patient hors EHPAD = 386 €** (cf. 8.3.2.2 calcul estimation du montant)
- Forfait patient en EHPAD = 401 €, soit forfait de base + 15 €/patient en EHPAD**

Les forfaits estimés dans ce dossier ne font pas, à ce stade de différenciation de la situation et du chemin clinique du patient, du type d'actes de télémedecine, des visites présentes réalisées de façon exceptionnelles, et du type de plaies. Une différenciation par patients traceurs est proposée dans le cadre de la méthode d'évaluation (cf. § 10). Elle devra être mise au point avec l'évaluateur externe.

A l'issue de l'expérimentation, **le nombre de forfaits et leur montant pourront être établis selon les résultats des différentes approches évaluatives** (cf. §10 – MODALITE d'EVALUATION et INDICATEURS).

Le modèle économique et sa soutenabilité

- Le modèle économique proposé, est extrapolé, au regard de l'activité, des données, des budgets et de l'expérience acquise par CICAT durant 5 années sur l'Occitanie Est. Il tient compte de projections liées à la mise en œuvre sur l'Occitanie Ouest.
- La soutenabilité du modèle s'appuie quant à elle sur plusieurs études.

Le montant des forfaits et la soutenabilité du modèle proposés devront être corroborés par les résultats de l'évaluation externe qui sera menée, notamment en prenant en compte dans le calcul de la soutenabilité, les dépenses de soins réalisés dans le cadre des propositions de plan de soins qui donnent lieu à une prise en charge en HAD (Thérapie par Pression Négative, ...), ce qui n'a pu être réalisé ici.

8.2 - ACTIVITE PREVISIONNELLE DU RESEAU (base calcul du forfait)

Nombre moyen de téléconsultation par patient inclus	3
---	---

Durée moyenne des 3 téléconsultations : 2 heures

Téléconsultation **de diagnostic** = 60 mn (1h)

Téléconsultation **de suivi** = 30 mn (soit 1 heure pour les 2 téléconsultations de suivi)

	Indice évolution du coût de la vie et / ou ressources	ANNEE				
		N + 1	N + 2	N + 3	N + 4	N + 5
Nombre de patients inclus/suivi par le réseau		1 800	2 000	2 500	3 000	4 000
Nombre d'actes télé médecine (en moyenne 3 téléconsultations par patient)		5 400	6 000	7 500	9 000	12 000

Certains patients seront vus en présentiel, l'expert se déplaçant au lit du patient. Cela concerne notamment des patients porteurs de plaies de localisation anatomique spécifique.

- En terme de coûts et afin de simplifier la présentation à ce stade du dossier, cette activité a été valorisée comme équivalente aux coûts d'une prise en charge en télé médecine.

8.3 - Un FORFAIT moyen estimé par patient

Cicat Occitanie propose d'expérimenter un nouveau mode de financement adapté à l'évolution de son service : un **financement d'expertise et de coordination dans le cadre d'un épisode de soins au sein du parcours de soins de patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes**. Le financement est fondé sur l'**approche populationnelle** et territoriale puisque CICAT Occitanie gèrera les parcours de l'ensemble des patients porteurs de plaies chroniques et/ou complexes sur le territoire régional, pendant la période d'expérimentation, ouvrant alors la possibilité de financer par cette voie les tâches de coordination, l'expertise rare et spécifique « plaies chroniques et/ou complexes », l'accompagnement du patient, le travail sur l'amélioration des pratiques, la qualité et la pertinence des soins, ...

Ce financement permettra **d'améliorer l'efficacité des prises en charge**, tout en limitant les hospitalisations (*en les évitant ou en réduisant leur durée*), mais aussi en limitant les actes et services inutiles ou inappropriés, via une amélioration de la qualité de prise en charge par une meilleure coordination entre professionnels dans la délivrance des soins et une amélioration de leur pertinence. Ce financement permettra aussi de favoriser les prises en charge les moins coûteuses à qualité égale, et de soutenir le décloisonnement des acteurs de la prise en charge.

Il est proposée une **rémunération au forfait par patient** :

- ajustée sur le risque pour les avis des experts en télé médecine en plaies (médecins ou IDE article 51 HPST),
- intégrant les EHPAD pour le temps infirmier consacré à assister l'expert DOMOPLAIES pendant la téléconsultation pour un patient situé en EHPAD. Cette rémunération indemnise sa participation active à l'acte de téléconsultation longue.
- prenant en compte le centre d'appel et d'orientation avec IDE(s) case manager experte(s) en plaies, les secrétaires médicales, les temps de coordination des médecins experts ou infirmiers agissant dans le dispositif CICAT, l'assistance technique pendant les téléconsultations,
- le suivi, la coordination,
- Le fonctionnement du dispositif CICAT (locaux, personnel administratif, système d'information, ...).

Dans le cadre de la coordination et de l'appui apportés par le dispositif CICAT, il y a bien **une date d'inclusion et une date de sortie du patient** et ce quel que soit le chemin clinique (cf. §.1.3).

- **Un patient peut être inclus à plusieurs reprises** dans le cadre de nouveaux épisodes de soins.

Les forfaits viendraient in fine **en substitution des financements existants**, qui sont non pérennes depuis 15 ans. Ce financement forfaitaire serait alors **versé au réseau CICAT** qui se chargera de la répartition de celui-ci, à l'exception des EHPAD qui seront payés directement par la plateforme CNAM PF A51 après déclaration sur celle-ci par le réseau CICAT.

Le forfait n'inclut pas :

- les soins réalisés par les acteurs de premier recours (médecins et infirmiers libéraux, établissements de santé, HAD, SSR, cliniques, CH, CHU, ...) qui font appel au dispositif d'expertise DOMOPLAIES
 - Ces acteurs requérants restent « maîtres » de la prise en charge de leur patient et de la réalisation des soins proposés par DOMOPLAIES et sont rémunérés par les financements en place de droit commun.
 - Les infirmiers libéraux, suite à la signature le 29 mars 2019 de l'avenant n°6 à la convention nationale des IDEL avec l'UNCAM, bénéficieront de la rémunération de leur participation aux actes de téléconsultations selon les conditions définies par cet avenant.
- les frais de transports et ni ceux d'hospitalisation...,
- les actes de professionnels podologues, diététiciens, ergothérapeutes,
- les pansements innovants.

Les forfaits permettront de couvrir des prestations composites : par exemple l'organisation d'une sortie d'hospitalisation et la coordination de court terme avec les acteurs de ville. Il permettrait d'améliorer des situations faisant l'objet de blocages persistants. *(Un certain nombre de patients porteurs de plaies chroniques ne peuvent trouver de solution d'aval et occupent des lits en MCO du fait de la complexité présumée de la plaie et de la charge de travail supposée pour les IDE de terrain. → source ARS Occitanie – Dr François Laurenceau « Données nationales PMSI 2017 - séjours plaies »)*

8.3.1 - Les prestations incluses du forfait

Le **réseau CICAT Occitanie** s'appuie sur son expérience pour cette expérimentation, dans ces aspects financiers.

Depuis 2002, il fonctionne avec diverses **subventions non pérennes** (FAQSV, DRDR, FICQS, FIR) et leurs limites pour :

- le coût du centre d'appel et d'orientation régional et la coordination clinique (IDE coordinatrice spécialisée en plaies, secrétaires),
- Les actes de téléconsultation longue: les dispositifs de rémunération sont mal adaptés pour les médecins et les IDE experts du réseau CICAT qui apportent leur expertise au domicile du patient grâce à des téléconsultations (96 %) et des téléconsultation audio sans vidéotransmission (4%). 54 % des actes sont réalisés par des IDE experts délégués.
- Les infirmiers requérants dont la présence auprès du patient est indispensable pendant la téléconsultation et qui ne sont pas rémunérés pour cela.
 - Le projet prend en compte la signature, le 29 mars 2019, de l'avenant n° 6 à la convention des infirmiers libéraux qui prévoit la rémunération de l'infirmier accompagnant le patient qui assiste le médecin expert téléconsultant dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement l'accompagnement du patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.
- les coûts de coordination clinique régionale ou de proximité, réalisée par les médecins experts du réseau (hospitalier ou libéral) ou IDE spécialisées plaies (libérales ou salariées) agissant dans le cadre d'un protocole de coopération article 51 HPST,
- pour le système d'information et de télé médecine permettant de coordonner les acteurs, de réaliser en télé médecine la mission d'appui aux bonnes pratiques auprès des acteurs de premier recours et de suivre avec eux l'évolution de la cicatrisation grâce à un dossier de coordination et un dossier médical « plaies » : de 2012 à 2016 financements ASIP, FEDER, et actuellement FIR pour le fonctionnement annuel du système. Ces coûts sont actuellement facturés par le GIP Normand'e-Santé au réseau CICAT Occitanie,
- Les coûts de fonctionnement du réseau : locaux, assurance, gestion et système d'information interne, communication, déplacements, ...
- Les nouveaux coûts de gestion liés au suivi et à la répartition du forfait : système d'information et ressources humaines.

Le modèle de tarification cible et pérenne devra, au terme de l'expérimentation, permettre d'absorber les coûts liés à une augmentation de l'effectif de coordination corrélée à l'augmentation de l'activité, ceux liés à la gestion de la répartition du forfait et ceux liés aux systèmes d'information (parcours, dossier plaies, télé médecine, gestion répartition forfait).

Indice évolution du coût de la vie et / ou ressources supplémentaires liées à l'activité

- Charges de personnel : **0,5 % par an**
- Charges de fonctionnement (hors personnel) : **5 % par an incluant indice d'évolution du coût de la vie et l'augmentation des ressources liées à l'évolution de l'activité**

Ressources personnels nécessaires pour 500 patients supplémentaires

Ressources personnels supplémentaires pour 500 patients	ETP
- ETP secrétariat médical	50%
- ETP IDE CASE MANAGER	40%
- IDEC TELEMEDECINE	25%
- Medecin coordinateur	25%
- IDE case manager régionale	25%
- Secrétariat administratif et temps administratif des médecins coordonnateurs et IDE CASE MANAGER	25%

8.3.2 – Le forfait : démarche d'élaboration

8.3.2.1 - Les actes de télémedecine dérogatoires à l'avenant n°6 à la convention médicale intégrés dans le forfait

L'activité de téléconsultation réalisée par les professionnels de santé experts plaies du réseau CICAT s'inscrivant dans le parcours de soins coordonné par le médecin traitant, il est demandé **de déroger à l'avenant n°6 de la convention médicale** (dit : avenant « télémedecine ») pour le financement des actes pour les situations suivantes :

- **Longueur** des téléconsultations.
- **Primo-téléconsultation de diagnostic ainsi que les suivantes sur le lieu de vie du patient** (*sans que l'expert ait vu le patient de façon présentielle dans les 12 mois précédant la primo-consultation*),

Des téléconsultations longues pour des avis d'experts, non valorisées par l'avenant n°6 à la convention

De plus les téléconsultations d'évaluation et de suivi des patients sont longues car relevant de plaies chroniques et/ou complexes, **les tarifs des téléconsultations prévus par l'avenant n° 6 n'intègre pas la longueur des téléconsultations de diagnostic et de suivi** (cf. & 8.2 de la présente rubrique « ACTIVITE PREVISIONNELLE DU RESEAU »)

Un modèle organisationnel inscrit dans le parcours coordonné par le médecin traitant mais hors champ l'avenant conventionnel télémedecine (publié au JO du 01/08/2018)

Les actes de télémedecine réalisés par les médecins experts du réseau ne peuvent être rémunérés par le droit commun mis en œuvre depuis le 15/09/2018.

En effet, l'avenant n°6 prévoit que les médecins requis aient consulté le patient dans les 12 mois précédant l'acte de téléconsultation. Or, la particularité et la puissance du **modèle DOMOPLAIES**, proposé par CICAT Occitanie, est de **ne pas déplacer le patient**, sauf si sa situation médicale le nécessite, évitant ainsi des déplacements inutiles qui peuvent être délétères pour le patient atteint de ce type de pathologie.

→ Un suivi complet des patients en téléconsultation par les experts du réseau CICAT assure la même qualité de prise en charge qu'en présentiel (cf. « étude randomisée DOMOPLAIES » qui est en attente de publication).

Budget actes de télémedecine entrant dans le calcul du forfait

Une faible partie des patients ne fera pas systématiquement l'objet d'une situation dérogatoire, il est proposé pour simplifier l'élaboration et la gestion du forfait, de basculer tous les actes de télémedecine ou d'expertise par déplacement physique de l'expert au lit du patient en actes dérogatoires de télémedecine.

Éléments constitutifs de la composante du forfait correspondant au service d'expertise par téléconsultation - tarification de base par acte - budget télémedecine dérogatoire au droit commun								
Prestations télémedecine	Tarification proposée de l'acte dérogatoire	POURCENTAGE ACTIVITE TELEMEDECINE EFFECTUEE PAR LES PROFESSIONNELS	Coûts télémedecine Année N+1	Coûts télémedecine Année N+2	Coûts télémedecine Année N+3	Coûts télémedecine Année N+4	Coûts télémedecine Année N+5	TOTAL ACTES DE TELEMEDECINE DEROGATOIRE AU DROIT COMMUN
Nombre d'actes de téléconsultation			5400	6000	7500	9000	12000	39900
MEDECIN EXPERT GENERALISTE/SPECIALISTE : DEROGATION TELECONSULTATION LONGUE / NON CONNU 12 MOIS	46,00 €	100%	248 400,00 €	276 000,00 €	345 000,00 €	414 000,00 €	552 000,00 €	1 835 400,00 €
SUPPORT EHPAD - IDE situé(e) près du patient pour assistance de l'expert lors des téléconsultations longues	15,00 €	33%	8 910,00 €	9 900,00 €	12 375,00 €	14 850,00 €	19 800,00 €	65 835,00 €
Budget annuel télémedecine actes dérogatoires			257 310,00 €	285 900,00 €	357 375,00 €	428 850,00 €	571 800,00 €	1 901 235,00 €

La participation de l'IDE (salarié) d'un EHPAD pour accompagner un patient situé en EHPAD est valorisée par un forfait « support EHPAD » par patient. Ce forfait sera payé à l'EHPAD quel que soit le nombre d'actes auquel l'IDE de l'EHPAD participe lors d'un épisode de soins tel que défini par le présent cahier des charges. Les modalités de

Le montant du forfait « Support EHPAD » est égal à **15 €/patient**, soit la moitié d'un forfait classique. Le forfait classique correspond à 3 actes en moyenne/patient que multiplie 10 € (tarif code acte TLS de l'avenant n°6 de la convention des IDEL), soit $30 \text{ €} / 2 = 15 \text{ €}$.

Il appartient au porteur CICAT Occitanie d'assurer la répartition de ce montant (cf. § 8.5) et la traçabilité des informations pour ces patients.

L'évaluation fera un focus particulier sur la réalité des charges supplémentaires induites par les soins en question pour les EHPAD.

8.3.2.2 - Estimation du montant des deux forfaits pour l'ensemble des activités dérogatoires

Les consultations présentielle des experts lorsque le patient ou le médecin traitant refuse la télémedecine ainsi que les 4 % d'actes relevant de la télé expertise ou de la téléassistance ne sont pas pris en compte comme tels, dans le calcul. Toutefois, afin de coller au plus près à la volumétrie de patients inclus par le réseau, ils ont été valorisés comme des patients pris en charge en téléconsultation par les experts du réseau.

Une estimation a été faite des coûts générés par la gestion et le suivi de la répartition de la rémunération forfaitaire. Ces coûts supplémentaires concernent les ressources humaines et le fonctionnement d'un système d'information adapté. Ils ont été ajoutés aux autres postes de coûts mieux connus du réseau.

Pour l'année N + 1, hormis le montant des actes de télémedecine, le budget correspond au financement des ressources nécessaires à CICAT Occitanie pour 1800 patients (FIR 2018).

De N + 2 à N + 4, le budget N + 1 a été augmenté, selon les indices du coût de la vie et les ressources nécessaires pour 500 patients supplémentaires (cf : § 8.3.1)

8.3.2.2.1 - Estimation du Forfait de base (ou forfait patient hors EHPAD) et des coûts par services

	Indice évolution du coût de la vie et / ou ressources	ANNEE					TOTAL	
		N + 1	N + 2	N + 3	N + 4	N + 5		
Nombre de patients inclus/suivi par le réseau		1 800	2 000	2 500	3 000	4 000	13 300	
Nombre d'actes télé médecine (en moyenne 3 téléconsultations par patient)		5 400	6 000	7 500	9 000	12 000	39 900	
DETAIL ESTIMATION DU FORFAIT dérogatoire ou non couvert par le droit commun POUR L'ENSEMBLE DES FINANCEMENTS DEROGATOIRES								Coût moyen du service par patient
TELEMEDECINE ACTES DEROGATOIRES MEDECINS ET IDE HPST EXPERTS (3 téléconsultations en moyenne)		248 400 €	276 000 €	345 000 €	414 000 €	552 000 €	1 835 400 €	138 €
CENTRE D'ORIENTATION (Centre d'appels) ET DE SUIVI PPS -suivi de la mise en œuvre de 100 % des PPS	1,005	93 850 €	105 310 €	133 313 €	161 456 €	217 217 €	711 147 €	53 €
COORDINATION MEDICALE PAR MEDECIN EXPERT du parcours du patient (Médecin expert coordonnateur régional ou territorial) 20 % des patients nécessitent d'être coordonnés par les médecins experts (rdv hospitalisation, échange sur traitement avec confrères ...) (cf. § 1.5.3 - c)	1,005	50 000 €	55 275 €	68 114 €	81 017 €	106 547 €	360 953 €	27 €
COORDINATION IDE du parcours du patient (coordinatrice régionale ou territoriale) 30 % des patients sont coordonnés par IDE case manager (cf. § 1.5.3 - c)	1,005	23 500 €	25 979 €	32 014 €	38 078 €	50 077 €	169 648 €	13 €
AMELIORATION DES PRATIQUES POUR L'EXPERTISE MEDICALE ET LA COORDINATION DES PARCOURS - rcp et coordination du réseau d'experts (médecins et IDE) par MEDECIN EXPERT ET IDE qui ont mission de coordination régionale - frais logistiques de réunions annuelles entre experts		49 350 €	49 350 €	49 350 €	49 350 €	49 350 €	246 750 €	19 €
SOUTIEN PENDANT LES TELECONSULTATIONS ET DEVELOPPEMENT USAGES TELEMEDECINE	1,005	52 500 €	58 039 €	71 520 €	85 068 €	111 874 €	379 000 €	28 €
SYSTEME D'INFORMATION PARCOURS PLAIES ET TELEMEDECINE (maintenance, hébergement, services GIP, ...)	1,05	118 641 €	124 573 €	130 802 €	137 342 €	144 209 €	655 566 €	49 €
FRAIS DE FONCTIONNEMENT : - temps administratifs (réunions internes, externes) des médecins experts coordonnateurs et IDE CASE MANAGER, - personnel administratif, y compris ressources personnelles pour gestion et suivi répartition forfait	1,005	55 250 €	60 245 €	72 342 €	84 500 €	108 515 €	380 852 €	29 €
FRAIS DE FONCTIONNEMENT (hors personnel) locaux, assurances, communication, SI interne,...	1,05	50 787 €	53 326 €	55 993 €	58 792 €	61 732 €	280 630 €	21 €
SYSTEME D'INFORMATION POUR LA GESTION ET LE SUIVI DE LA REPARTITION DU FORFAIT	1,05	20 000 €	21 000 €	22 050 €	23 153 €	24 310 €	110 513 €	8 €
TOTAL DEPENSES PREVISIONNELLES FINANCEMENT DEROGATOIRES hors EHPAD		762 278 €	829 097 €	980 497 €	1 132 756 €	1 425 831 €	5 130 459 €	386 €
FORFAIT ANNUEL moyen PAR PATIENT		423 €	415 €	392 €	378 €	356 €	386 €	

8.3.2.2.2 – Estimation du forfait patient en EHPAD

Forfait patient en EHPAD = forfait de base + forfait support EHPAD (cf. 8.3.2.1 calcul forfait support EHPAD).

Sachant qu'en moyenne, il y a 3 téléconsultations par patient, le forfait avec la participation des IDE d'EHPAD est établi et fixé à

- **Forfait EHPAD = 386 € + 15 € = 401 €**

L'EHPAD percevra 15 € par patient quel que soit le nombre de téléconsultations réalisé pour un même patient lors d'un appui à un épisode de soins.

8.3.2. 3 - Recettes simulées du modèle selon les deux forfaits

SIMULATION APPLICATION DU FORFAIT ESTIME	SCENARIO FORFAIT /PATIENT	% patients	RECETTES PAR ANNEE					TOTAL
			N + 1	N + 2	N + 3	N + 4	N + 5	
Nombre de patients			1800	2000	2500	3000	4000	13300
TOTAL FORFAIT PATIENT HORS EHPAD	386 €	67%	465 213 €	516 903 €	646 129 €	775 355 €	1 033 807 €	3 437 407 €
TOTAL FORFAIT PATIENT EN EHPAD	401 €	33%	238 045 €	264 494 €	330 618 €	396 741 €	528 988 €	1 758 886 €
TOTAL RECETTES		100,00%	703 258 €	781 398 €	976 747 €	1 172 096 €	1 562 795 €	5 196 294 €

8.3.2. 4 - Comparaison du modèle selon les recettes simulées avec les dépenses prévisionnelles dérogatoires

EVOLUTION DU MODELE POUR LES ACTIVITES DEROGATOIRES	COMPARAISON DU MODELE RECETTES - DEPENSES PREVISIONNELLES PAR ANNEE					BILAN A 5 ANS
	N + 1 1800 patients	N + 2 2000 patients	N + 3 2500 patients	N + 4 3000 patients	N + 5 4000 patients	
DEBIT-CREDIT	-67 930 €	-57 599 €	-16 125 €	24 491 €	117 164 €	0 €
						0 €

- **Un déficit est constaté les 3 premières années d'application du modèle.**

Selon les **forfaits** envisagés pour les activités dérogatoires le **déficit estimé des 3 premières années** met le dispositif CICAT et son fonctionnement en difficulté avant d'arriver à l'équilibre.

Un mécanisme de compensation et correction est mis en œuvre jusqu'à la stabilisation du forfait :

- au cours de l'expérimentation et dès la fin de la première année d'application du modèle, le montant du forfait et sa clé de répartition pourraient être revus au regard des éléments d'évaluation intermédiaires ;
- le budget FIR du projet prévoit un complément de subvention pour le fonctionnement des premières années, sous couvert d'un engagement contractuel.

8.4–PRINCIPES DE REPARTITION DU FORFAIT ET DE REMUNERATION DES INTERVENANTS

La part du forfait correspondant aux frais fixes de fonctionnement du réseau CICAT Occitanie sont de 208 €. Les autres coûts composant le forfait sont à répartir entre les intervenants et correspondent aux services suivants :

Expertise en téléconsultation (1 TLC inclusion et 2 TLC suivi)	138 € / patient
Coordination médicale pour l'appui au parcours de soins plaies	27 € / patient
Coordination infirmière pour l'appui au parcours de soins plaies	13 € / patient

8.4.1- Répartition du forfait pour les actes médicaux de téléconsultation

Le principe de rémunération des experts au sein de la partie du forfait « expertise en téléconsultation » est une rémunération à l'acte de téléconsultation et à l'intéressement en respectant le principe du forfait et les limites des recettes.

8.4.1.1 - Principe de rémunération à l'acte des experts

Type d'acte	Tarif de base médecin expert	Tarif IDE experte déléguée HPST	Tarif médecin expert délégué pour validation acte délégué à IDE HPST
Téléconsultation d'inclusion (1heure)	60 €	60 €*60% = 36 €	60 €*40% = 24 €
Téléconsultation de suivi (30 mn)	30 €	30 €*60% = 18 €	30 €*40% = 12 €

Un processus automatisé de contrôle qualité sur l'activité de téléconsultation sera mis en place afin de signaler les dossiers patients non clôturés après la 3^{ème} téléconsultation. Une ré-analyse, entre plusieurs experts du dispositif DOMOPLAIES, de la situation du patient sera réalisée.

8.4.1.2 Complément de rémunération à l'intéressement

Principe de rémunération à l'intéressement

En suivant le principe du forfait et selon le niveau de consommation de l'enveloppe reçue sur la part du forfait correspondant au service « expertise en téléconsultation », le crédit sera réparti sur les experts qui ont participé à ce service.

- Ce calcul est effectué sur la base des dossiers clôturés dans une année civile (N).
- L'intéressement est calculé et payé en année N+1
- La répartition est effectuée selon le taux d'activité de chaque expert dans la population des patients sur laquelle est calculé le crédit.
- Si l'enveloppe n'est pas bénéficiaire, il n'y aura pas de rémunération sur intéressement.

Exemple de calcul de la rémunération à l'intéressement (selon l'expérience CICAT Occitanie)

- 1500 patients (dossiers clôturés dans l'année civile)
- coût du service d'expertise fixé à 138 € (base 3 téléconsultations en moyenne par patient)
- Pourcentage de patients ayant bénéficié d'1, 2, 3, 4 ou 5 téléconsultations
- Pourcentage d'activité des experts

SIMULATION DU GAIN OU DU DEFICIT ANNUEL (montant à la base du calcul de l'intéressement à répartir)				
Nombre de téléconsultation	débit / crédit sur la part du forfait réservé à la téléconsultation, soit 138 €	Pourcentage de patient ayant bénéficié de (selon l'expérience de CICAT Occitanie)	Nombre de patients concernés	Total gain/déficit
1 TLC	78 €	3%	45	3 510 €
2 TLC	48 €	20%	300	14 400 €
3 TLC	18 €	55%	825	14 850 €
4 TLC	-12 €	14%	210	-2 520 €
5 TLC	-42 €	8%	120	-5 040 €
		100%	1500	25 200 €

Selon l'exemple présenté, le crédit annuel des actes non consommés à répartir entre les experts selon leur taux d'activité est de : 25 200 €

Calcul de la part d'intéressement par expert		
	Taux d'activité des experts en téléconsultation pour le nombre de patients entrant dans le calcul de l'intéressement	Part intéressement à verser par expert
EXPERT 1	25%	6 300 €
EXPERT 2	18%	4 536 €
EXPERT 3	12%	3 024 €
EXPERT 4	12%	3 024 €
EXPERT 5	9%	2 268 €
EXPERT 6	8%	2 016 €
EXPERT 7	7%	1 764 €
EXPERT 8	5%	1 260 €
EXPERT 9	4%	1 008 €
	100%	25 200 €

8.4.2 - Répartition du forfait Coordination pour l'appui au parcours de soins plaies

Selon les 12 années d'expérience du réseau CICAT Occitanie (Est région), le montant de la rémunération de la coordination des patients est fixé à :

COORDINATION PARCOURS PATIENT PORTEUR DE PLAIES	COORDINATION MEDICALE	COORDINATION INFIRMIERE
Rémunération par parcours patient coordonné	135 €	43 €
Temps moyen de coordination	2 heures	2 heures
Pourcentage de patients coordonnés	20 %	30 %

L'évolution à la hausse ou à la baisse du taux de patients coordonnés par le dispositif DOMOPLAIES ayant une incidence sur le montant de la rémunération de la coordination du parcours des patients, un processus automatisé de suivi de l'activité de coordination sera mis en place afin de suivre l'évolution de ce taux.

Calcul sur la base de l'expérience de CICAT Occitanie

SIMULATION RECETTES ANNUELLES SUR LA PART DU FORFAIT SERVICE COORDINATION DU PARCOURS DU PATIENT	
NOMBRE DE PATIENTS INCLUS	1800
Recette totale du service de coordination médecin	48 600 €
Recette totale du service de coordination infirmier	23 400 €
TOTAL RECETTES COORDINATION PARCOURS PLAIES	72 000 €

PARCOURS PATIENT PORTEUR DE PLAIES	COORDINATION MEDICALE	COORDINATION INFIRMIERE
Coût moyen du service coordination par patient inclus dans le forfait	27 €	13 €
Pourcentage de patients inclus coordonnés (selon expérience CICAT Occitanie)	20%	30%
Nombre de patients inclus coordonnés	360	540
Rémunération par patient dont le parcours sera coordonné	135 €	43 €

8.4.3 – L'intéressement sur objectif (sujet de réflexion hors cahier des charges)

A ce stade, le modèle présenté prévoit d'attribuer un intéressement aux médecins et infirmières expertes (libéraux ou établissement pour les salariés).

Toutefois, concernant la prise en charge des patients hospitalisés porteurs de plaies chroniques et/ou complexes et en attente d'une solution d'aval (→cf. § 1.6), il serait nécessaire, avec la sécurisation de la prise en charge en ambulatoire par l'appui d'un réseau d'experts et d'appui à la coordination, de faciliter le retour à domicile par un intérêt à agir des acteurs impliqués dans les soins : médecins traitants, infirmières de proximité, concernant la prise en charge des patients hospitalisés.

Il serait utile, en effet, de mener une réflexion visant à donner, par une rémunération sur objectif de prise en charge en sus des dispositifs de droit commun existants, un intérêt à agir à l'équipe de premier recours (médecin traitant et IDEL) qui accepteraient de prendre en charge à domicile ces patients :

- pour les infirmières libérales, il s'agirait, à partir d'un objectif de prise en charge à domicile de réfléchir à une dérogation permettant un tarif de pansement maintenu à un taux plein sur plusieurs pansements pour éviter le remboursement dégressif actuellement appliqué : le premier acte de pansement est tarifé à taux plein, le deuxième à 50% et le troisième est gratuit. Une prise en charge de l'acte à un tarif constant pour réaliser les 3 pansements constituerait un encouragement à la prise en charge ;
- Pour le binôme médecin traitant et IDEL une part d'intéressement pourrait être envisagée sur des gains objectivés sur les dépenses de santé pour les patients pris en charge en sortie anticipée d'une hospitalisation et/ou sur l'ensemble des patients maintenus à domicile.

8.5 – Modalité de facturation des forfaits sur la plateforme CNAM PF A51

Qui facture/déclare sur la plateforme PF 51?	• CICAT OCCITANIE
Evènement déclencheur de la facturation	• la réalisation effective de la téléconsultation d'inclusion
Païement forfait de base (hors EHPAD) par PF A51	• à CICAT OCCITANIE qui répartit ensuite le forfait
Païement forfait avec patient en EHPAD par PF A51	• 386 € (forfait de base) à CICAT OCCITANIE qui répartit ensuite le forfait • 15 € à l'EHPAD après déclaration CICAT Occitanie

FORFAIT COÛT MOYEN PATIENT PAR SERVICE				
SERVICES / FONCTIONNEMENT	SERVICE COÛT MOYEN PAR PATIENT	DECLARES SUR LA PLATEFORME PF A51 DE LA CNAM PAR	PAYES à	DESTINATAIRE FINAL
TELEMEDECINE ACTES DEROGATOIRES MEDECINS ET IDE HPST EXPERTS (3 téléconsultations en moyenne)	138 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	Professionnels experts : * médecin expert * IDE expert article 51 HPST, selon la règle de répartition suivantes : - 60 % pour l'IDE EXPERT DELEGUE - 40 % pour le MEDECIN DELEGANT Tarif : - Téléconsultation d'inclusion = 60 € - Téléconsultation de suivi = 30 € Une part d'intéressement pourra être versée aux experts sur les téléconsultations selon des modalités et critères de répartition définis au § 8.4.2
SUPPORT EHPAD - IDE situé(e) près du patient pour assistance de l'expert lors des téléconsultations longues	15 €	CICAT OCCITANIE	EHPAD	-EHPAD (tarif global ou partiel) : forfait de 15 Euros par patient pour valorisation accompagnement lors des téléconsultations
CENTRE d'ORIENTATION (Centre d'appels) ET DE SUIVI PPS -suivi de la mise en œuvre de 100 % des PPS	53 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE
COORDINATION MEDICALE PAR MEDECIN EXPERT du parcours du patient (Médecin expert coordonnateur régional ou territorial) 20 % des patients nécessitent d'être coordonnés par les médecins experts (rdv hospitalisation, échange sur traitement avec confrères ...) (cf. § 1.5.3 - c)	27 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	ACTEURS REALISANT L'APPUI A LA COORDINATION DU PARCOURS : - MEDECIN COORDONNATEUR LIBERAL OU EN ETABLISSEMENT, EXPERT DU DISPOSITIF DOMOPLAIES La coordination médicale est rémunérée selon des modalités et critères de répartition définis au § 8.4.3
COORDINATION IDE du parcours du patient (coordinatrice régionale ou territoriale) 30 % des patients sont coordonnés par IDE case manager (cf. § 1.5.3 - c)	13 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	ACTEURS REALISANT L'APPUI A LA COORDINATION DU PARCOURS : - IDE CICAT OCCITANIE - IDE COORDINATRICE LIBERALE OU EN ETABLISSEMENT EXPERTE DU DISPOSITIF DOMOPLAIES La coordination IDE est rémunérée selon des modalités et critères de répartition définis au § 8.4.3
AMELIORATION DES PRATIQUES POUR L'EXPERTISE MEDICALE ET LA COORDINATION DES PARCOURS - rcp et coordination du réseau d'experts (médecins et IDE) par MEDECIN EXPERT ET IDE qui ont mission de coordination régionale - frais logistiques de réunions annuelles entre experts	19 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	- CICAT OCCITANIE : MEDECINS ET IDE EXPERTS COORDONNATEURS REGIONAUX
SOUTIEN PENDANT LES TELECONSULTATIONS ET DEVELOPPEMENT USAGES TELEMEDECINE	28 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE
SYSTÈME D'INFORMATION PARCOURS PLAIES ET TELEMEDECINE (maintenance, hébergement, services GIP, ...)	49 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	PRESTATAIRES
FRAIS DE FONCTIONNEMENT : - temps administratifs (réunions internes, externes) des médecins experts coordonnateurs et IDE CASE MANAGER, - personnel administratif, y compris ressources personnels pour gestion et suivi répartition forfait	29 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE
FRAIS DE FONCTIONNEMENT (hors personnel) locaux, assurances, communication, SI Interne,...	21 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	PRESTATAIRES
SYSTÈME D'INFORMATION POUR LA GESTION ET LE SUIVI DE LA REPARTITION DU FORFAIT	8 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	PRESTATAIRES
TOTAL	401 €			

8.6 -- SOUTENABILITE FINANCIERE DU PROJET D'EXPERIMENTATION

(bénéfices identifiés/ coûts évités/ économies potentielles)

Les données de soutenabilité et d'économie obtenues grâce au dispositif CICAT ont été estimées en s'appuyant sur des études existantes. Les méthodologies de ces études sont différentes et donc potentiellement sources de biais.

Le montant du forfait et les projections d'économies devront être corroborés par l'évaluation article 51 LFSS 2018. ➔ Cf. § 10 – MODALITES D'EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION – INDICATEURS

SOINS DE VILLE SOUTENABILITE	10 682 263 €
HOSPITALISATIONS NON PROGRAMMEES ESTIMATION DES COÛTS EVITES	78 647 232 €
PATIENTS HOSPITALISES EN ATTENTE DE SOLUTION D'AVANT ESTIMATION DES COÛTS EVITES	1 626 813 €

Des études et des évaluations médico-économiques ont déjà été réalisées dans le cadre du dispositif CICAT.

- Etude ORS LR janvier 2017 « Evaluation des activités du réseau ville-hôpital plaies et cicatrisation Languedoc-Roussillon (devenu CICAT) ».
 - **67,10 % d'hospitalisations non programmées évitées** (dont passages aux urgences) par un recours au dispositif CICAT par les médecins généralistes.
 - Hors étude, parmi ces patients on estime (selon la pratique hospitalière) que **sans le dispositif CICAT**, 30 % des patients sont renvoyés au domicile avec un traitement local et **70 % sont hospitalisés**. Ce qui donnerait in fine **46,97 % d'hospitalisations non programmées évitées**.
 - Etude Domoplaies file active Languedoc-Roussillon et Basse-Normandie (M. Le Goff Télécom Bretagne)
 - Il apparaît que, dans le cadre de Domoplaies, le coût journalier des soins de ville, hors IJ et sans distinction de plaies, a été estimé à 23,33 euros avec transport pour le Languedoc-Roussillon. ➔ Source : « Etude Domoplaies file active » Le Goff Télécom Bretagne Février 2017 ».
 - Selon des données de l'assurance maladie de 2014 (➔Source CNAMTS : Etudes RAMES 2014), ce coût journalier (hors IJ) est de 44,11 € pour les escarres, de 15,50 € pour les Ulcères et de 23,10 € pour le pied du diabétique.
- ➔ Il résulte que l'intérêt économique de la télémedecine pour des escarres augmente, avec **un coût journalier quasiment divisé par deux avec la télémedecine** assurée par le dispositif CICAT : 23,33 euros contre 44,11 euros avec la prise en charge habituelle.
- Etude Randomisée Domoplaies (cf. «étude randomisée DOMOPLAIES qui **est en attente de publication**»).
- L'étude confirme :
- à 6 mois, le taux de cicatrisation est identique dans les 2 bras mais **la vitesse de cicatrisation est raccourcie dans le groupe télémedecine** à 65,785 jours.
 - l'économie de transport par une pratique intégrale en télémedecine

8.6.1 - La soutenabilité du modèle

Calcul de la différence de coût journalier des soins de ville selon le type de plaies entre une prise en charge habituelle (Etude Rames 2014) et une prise en charge en réseau (Etude DOMOPLAIES M. Le Goff Télécom Bretagne)

Coût journalier de prise en charge selon le type de plaies Avec transport hors IJ et séjour hospitalier	Escarres	Ulcères	PDD	Autres types de plaies
A = Coût journalier Etudes Rames 2014	44,11 €	15,50 €	23,10 €	non connu
B = Coût journalier LR (sans distinction de plaies) : cf. Etude Domoplaies M. Le Goff Télécom Bretagne	23,33 €	23,33 €	23,33 €	23,33 €
C = A - B = Différence de coût journalier avec prise en charge habituelle ou par le dispositif CICAT	20,78 €	-7,83 €	-0,23 €	Neutralisé à 0,00 € en l'absence d'autres références

Répartition des patients selon le type de plaies (activité CICAT Occitanie 2017)

Répartition patients par type de plaies selon études ou constat réel d'activité	Escarres	Ulcères	PDD	TOTAL AUTRES PLAIES
% patients Occitanie (activité CICAT 2017)	29,00%	38,00%	4,00%	29,00%

Durée moyenne de cicatrisation : uniquement patients cible hôpital (Etude Rames 2014) :

Type de plaies	Escarres	Ulcères	PDD	AUTRES PLAIES
Nombre de patients	80657	319128	55622	NON CONNUS
Durée moyenne cicatrisation (nombre de jours)	271	147	200	NON CONNU

8.6.1.1 – SOINS DE VILLE : une soutenabilité estimée à 10,6 millions d'euros

La soutenabilité des soins de ville est notamment due à l'amélioration, par l'intervention du dispositif d'expertise et d'appui à la coordination CICAT, de la qualité et de la pertinence des prises en charge des patients situés à domicile.

Il n'a pas été possible de calculer les coûts induits par les patients placés en HAD (3 % environ) à la suite d'une proposition de traitement impliquant ce type de prise en charge (Thérapie par pression négative (TPN), ...). L'évaluation prévue devra intégrer ces coûts afin d'analyser et d'objectiver de manière précise la soutenabilité du modèle.

SOINS DE VILLE : SOUTENABILITE ESTIMEE DU MODELE SUR 5 ANS, selon :							Total
- projection forfait - la répartition des patients par types de plaies : Escarres, Ulcères et PDD (étude Rames 2014) - répartition des patients par types de plaies : Escarres, Ulcères, PDD, autres types de plaies (CICAT Occitanie 2017) - durée moyenne de séjour : étude Rames 2014 uniquement patients cible hospital - coût journalier économisé par type de plaies (Rames 2014, Le Goff 2017)							
	nombre moyen de jour de cicatrisation selon le type de plaies (calculé selon données de l'étude Rames 2014.	Année N + 1	Année N + 2	Année N + 3	Année N + 4	Année N + 5	
Nombre de patients inclus/suivi par le réseau		1800	2000	2500	3000	4000	13300
Escarres : nombre total de jour de cicatrisation	271	141462	157180	196475	235770	314360	1045247
Ulcères : nombre total de jour de cicatrisation	147	100548	111720	139650	167580	223440	742938
PDD : nombre total de jour de cicatrisation	200	14400	16000	20000	24000	32000	106400
Autres types de plaies (post traumatiques, opératoires, cancéreuses, autres) : nombre total de jour de cicatrisation	0	0	0	0	0	0	0
coût total économisé par année	Durée moyenne de cicatrisation non connue pour les autres types de plaies. Cette durée a été neutralisée à « 0 »	2 148 978 €	2 387 753 €	2 984 691 €	3 581 629 €	4 775 506 €	15 878 556 €
recettes annuelles forfait /patient		703 258 €	781 398 €	976 747 €	1 172 096 €	1 562 795 €	5 196 294 €
Soutenabilité système de santé (sans les coûts des hospitalisations évitées et sorties anticipées)		1 445 720 €	1 606 355 €	2 007 944 €	2 409 533 €	3 212 710 €	10 682 262 €

8.6.1.2 - ESTIMATION DES COÛTS EVITES LIES AUX HOSPITALISATIONS NON PROGRAMMEES

- **46,97 % des patients ont évités une hospitalisation non programmée** grâce à l'action du réseau (cf. § 8.6.)-

Si l'on applique ces données à la population de l'expérimentation, les coûts d'hospitalisations non programmées évités pourraient être les suivants sur les 5 années :

SOUTENABILITE ESTIMEE DU MODELE SUR 5 ANS : estimation des coûts d'hospitalisations non programmées évités									Total
- 67,10 % d'hospitalisations non programmées évitées par un recours au dispositif par les médecins généraliste (cf. ANNEXE 9 "Evaluation des Activités 2006 du réseau ville-hôpital Plaies et Cicatrisations LR" (devenu CICAT)) - source ORS LR janvier 2007 ; Sans le dispositif CICAT, parmi ces 67,10 % de patients un certain nombre sera renvoyé au domicile avec un traitement local et 70 % seront hospitalisés avec une DMS de 14,6 jours (ANNEXE 5 PMSI 2017). Ce qui in fine donne environ 46,97 % d'hospitalisations non programmées évités - 862,30 € tarif journalier dans un service de médecine (source cf. ANNEXE 14 tarif journalier AP-HP)									
	Hospitalisations non programmées évitées (pourcentage)	DMS Occitanie (PMSI 2017)	Tarif journalier service de médecine	Année N + 1	Année N + 2	Année N + 3	Année N + 4	Année N + 5	
	46,97%	14,60	862,30 €						
Nombre de patients inclus/suivi par le réseau				1800	2000	2500	3000	4000	13300
Estimation des coûts d'hospitalisations non programmées évités				10 643 986 €	11 826 651 €	14 783 314 €	17 739 977 €	23 653 303 €	78 647 232 €

- **78,6 millions d'euros de coûts d'hospitalisations non programmées évités.**
 - Les coûts évités de passage aux services d'urgences non pas été calculés,
 - Les coûts du dispositif ont déjà été déduits dans l'estimation de la soutenabilité des soins de ville.

8.6.1.3 - ESTIMATION DES COÛTS EVITES LIES AUX PATIENTS HOSPITALISES DONNES SORTANT MAIS EN ATTENTE D'UNE SOLUTION D'AVAL

Le dispositif propose de faciliter la sortie et la prise en charge en ville (domicile, EHPAD, ...) de patients hospitalisés en attente d'une solution d'aval, avec un objectif progressif sur les 5 années, de 2% des séjours concernés la première année à 10 % des séjours la cinquième année.

ECONOMIE ESTIMEE DU MODELE SUR 5 ANS : séjours comprenant un diagnostic Z750 ou Z751 ou Z753 indiquant une attente liée à un manque de place d'aval									Total
- 713 séjours sont concernés en Occitanie en 2017 (source cf. ANNEXE 5 PMSI) - 9,8 jours de durée moyenne de séjour supplémentaire ; en Occitanie la DMS de ces séjours est de 24,4 jours contre une DMS de 14,6 jours pour les séjours sans code Z75. (source cf. ANNEXE 5 PMSI) - 862,30 € tarif journalier dans un service de médecine (source cf. ANNEXE 14 tarif journalier AP-HP)									
	Durée moyenne de séjour supplémentaire (absence de solution d'aval)	Tarif journalier service de médecine	Année N + 1	Année N + 2	Année N + 3	Année N + 4	Année N + 5		
	9,8	862,30 €							
Nombre de séjours avec code CIM Z75 0-1 -3			713	713	713	713	713		3565
% de séjours/patients pris en charge en sortie d'hospit par le dispositif (prévision/objectif)			2%	3%	5%	7%	10%		
Economie estimée grâce à l'organisation par le dispositif de la sortie d'hospitalisation			120 505 €	180 757 €	301 262 €	421 766 €	602 524 €		1 626 813 €

- **1,6 millions d'euros de coûts d'hospitalisations liées à une attente de solution d'aval économisés :**
 - Les coûts du dispositif ont déjà été déduits dans l'estimation de la soutenabilité des soins de ville.

9 – MODALITES DE FINANCEMENT DE L'EXPERIMENTATION

9.1 - COUVRIR LES MOYENS NECESSAIRES POUR CETTE EXPERIMENTATION INNOVANTE (budget FIR)

En dehors des coûts de l'activité et du fonctionnement du réseau CICAT Occitanie, les besoins de financement pour conduire, accompagner et réaliser le projet organisationnel et financier durant toute la durée de son expérimentation sont :

- **le management et l'ingénierie indispensable à ce type d'expérimentation innovante :**
 - une direction de projet médico-administrative,
 - un chef de projet pour conduire opérationnellement l'expérimentation pour le développement du dispositif CICAT et du modèle de rémunération,
 - la conduite du changement : formation, fonctions supports,
 - la ressource permettant la collecte (saisie) des données du parcours en l'absence de solution e-Parcours en vue de la facturation et de fournir l'évaluateur externe.
- **Ces financements n'ont pas vocation à être pérennisés.**
- **La conception et le développement du SI de gestion financière:**
 - pour pallier la complexité des circuits financiers dans les systèmes non intégrés, le système d'information devra permettre de suivre les prestations des différents acteurs pour un patient donné, pour disposer des éléments de répartition des paiements du forfait ;
 - des outils de gestion permettant de connaître les coûts pour le réseau, la distribution de ces coûts et les facteurs influençant les coûts devront être développés et seront pris en compte dans la répartition du forfait entre les acteurs de soins

Par ailleurs, il est prévu le financement par l'ARS du renouvellement de la solution de télémedecine et du dossier plaies actuellement utilisés par CICAT et d'enrichir ces outils de la solution nationale e-Parcours lorsqu'elle sera choisie et disponible. Ce renouvellement :

- *n'est pas budgété dans le présent cahier des charges mais prévu par l'ARS,*
- *est attendue des solutions e-Parcours qui seront sélectionnées par le RESAH qui est missionné par le Ministère de la santé pour porter le marché national.*

Budget prévisionnel de la conduite du projet d'expérimentation du nouveau modèle de rémunération

- 1 Directeur médical du projet et de son organisation (équivalent 0,4 ETP) : **52 000 €/an (chargés),**
- 1 chef de projet (1 ETP) : **80 000 €/an (chargés),**
- Développement du dispositif CICAT : 13 à 20 réunions annuelles de territoires (60 personnes) et rencontres établissements de santé en vue de promouvoir le service sortie d'hospitalisation de patients atteints de plaies et en attente d'une solution d'aval : **estimation 90 000 € pour la durée du projet**
- Collecte, saisie des données (1 ETP) : **en moyenne 25 000 €/an (chargés)**
- Conduite du changement et formation/ support pour la mise en œuvre des nouveaux modes de rémunération : **100 000 € pour la durée du projet,**
- Autres Frais projet : frais fonctionnement (déplacements nationaux et régionaux, assurance, comptable, locaux ... **7 000 € /an en moyenne**
- Si nécessaire, travaux juridiques selon impact de la mise en œuvre du « forfait article 51 LFSS » sur statut CICAT Occitanie et éventuelle formalisation de nouveaux statuts : **12 000 €**
- 1 budget pour élaborer / mettre à niveau le système d'information en vue de :
 - suivre le parcours du patient dans son épisode de soin
 - de facturer sur la plateforme CNAM PF A51
 - de répartir le forfait et rémunérer les acteurs intervenants selon les principes définis
 - de mettre en place des procédures internes de contrôle qualité de l'organisation et de l'activité médicale
 - de répondre aux besoins d'évaluation, de collecter et transmettre les données d'évaluation à l'évaluateur externe
- **Montant estimé pour la construction de ce SI : 150 000 €**

Fonction/missions	Missions	ETP ou équivalent	Salaire brut annuel chargé ou coût prestation
Directeur médical du projet	1. Il est responsable du pilotage du projet dans le cadre des objectifs fixés de mise en œuvre : - d'un nouveau dispositif d'expertise et d'appui à la coordination dans le domaine des plaies chroniques et/ou complexes, - d'une nouvelle modalité de rémunération. A ce titre, il : - s'assure du respect des délais, du budget (FIR et FISS) et la qualité projet, - anime, participe et rend compte, avec le chef de projet, au comité de pilotage du réseau CICAT, - anticipe les impacts et s'assure que les répercussions des changements sur les différents acteurs du dispositif CICAT sont pris en compte, - participe à la conduite du changement en accompagnant les acteurs, - conduit le changement et l'accompagnement au changement, - anime/ participe aux différentes instances du projet, - élabore les documents contractuels qui seront soumis aux instances de validation prévues par l'expérimentation et dans les statuts du promoteur, - conseille et assiste le chef de projet. 2. Il est responsable médical du projet et à ce titre il : - dispose d'une expertise dans le domaine des plaies chroniques et/ou complexes, - participe à la mise au point du protocole d'évaluation externe, - s'assure de la qualité des données d'évaluation recueillies, - développe le dispositif CICAT sur la région Occitanie, notamment à l'Ouest du territoire - met en place les procédures qualité de l'activité médicale (pratique, organisation).	0,4 ETP	52 000 €
Chef de projet	Il organise, conduit et met en œuvre le projet sous la responsabilité du Directeur médical du projet : - s'assure du respect des délais, du budget projet (FIR) et du budget lié à l'application du forfait (FISS) et de la qualité des actions mises en œuvre, - met en œuvre et participe aux différentes phases du projet d'expérimentation, - développe les outils nécessaires à la réalisation de toutes les phases du projet en traduisant notamment les besoins des utilisateurs pour mise au point du système d'information lié au suivi du parcours du patient, à la facturation et au paiement du forfait, à l'évaluation externe,	1	80 000 €

	- s'assure de la bonne mise en œuvre du forfait auprès des professionnels et établissements de santé, - élabore la communication sur le dispositif CICAT et le modèle de rémunération, - participe au développement et déploiement du nouveau dispositif organisationnel et de rémunération et à la conduite du changement, - organise et s'assure de la collecte des données nécessaires à l'évaluation et à la répartition du forfait, - formalise les processus organisationnels, médicaux et financiers sur l'ensemble des activités du dispositif DOMOPLAIES et s'assure de leur application dans une démarche qualité		
Chargé de la collecte des données du parcours du patient pour l'évaluation et renfort pour la gestion de la facturation et des paiements	Il assure la saisie des données pour tracer le parcours en vue de la facturation du forfait, de sa répartition pour rémunérer les acteurs et pour permettre l'évaluation du dispositif DOMOPLAIES et en l'absence du système d'information adapté « SNAC / e-Parcours »	1	25 000 € (en moyenne)
Promotion du dispositif et Accompagnement à la conduite du changement :	Promotion du dispositif 1. déploiement du dispositif CICAT sur l'Ouest de la région, 2. déploiement Occitanie des nouveaux services (sortie d'hospitalisation, ETP, ...), et du modèle de paiement: - 13 à 20 réunions territoriales d'information auprès des acteurs de premiers recours, - Rencontres des établissements de santé Accompagnement à la conduite du changement 1 - Formations des utilisateurs à la facturation 2 - Support utilisateur du forfait		18 000 € (en moyenne) 25 000 € (en moyenne)

- Au regard des dépenses prévisionnelles et du manque de recettes dans les premières années d'application du modèle, il sera indispensable de prévoir, dans les 3 premières années de l'expérimentation, un mécanisme de soutien au dispositif CICAT pour son fonctionnement et pendant toute la durée de l'expérimentation une réévaluation annuelle du forfait.

Total budget FIR estimé pour la conduite du projet concerne :

- la phase préparatoire,
- les 4 années de la mise en œuvre de l'expérimentation (hors évaluation).

BUDGET FIR article 51 LFSS (55 mois)	1 226 028 €
---	--------------------

article 51 LFSS 2018 - dossier régional Occitanie		ANNEES DE MISE EN ŒUVRE DU MODELE				
CICAT OCCITANIE Budget projet FIR prévisionnel annuel sur 4,6 années (55 mois)	N + 0 ANNEE PREPARATOIRE	Année N + 1	Année N + 2	Année N + 3	Année N + 4	TOTAL
FONCTIONNEMENT GESTION DU PROJET PREVISIONS ANNUELLES	108 000 €	196 000 €	200 000 €	211 000 €	216 000 €	931 000 €
Directeur médical du projet (équivalent 0,4 ETP)	26 000 €	52 000 €	52 000 €	52 000 €	52 000 €	234 000 €
Chef de projet (1 ETP équivalent Ingénieur ou profil marketing digital)	40 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	80 000 €	360 000 €
Chargé de la collecte (saisie) des données pour tracer le parcours en vue de l'évaluation et en l'absence de système d'information e-Parcours (0, 5 ETP en N+1 et 1 ETP EN N+1)		17 000 €	22 000 €	28 000 €	33 000 €	100 000 €
Développement dispositif CICAT : - réunions territoriales d'information développement CICAT et modèle rémunération (13 à 20 réunions par an) - réunions établissements (promotion service sortie d'hospit)	10 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	20 000 €	90 000 €
Conduite du changement pour application du modèle : - facturation modèle économique - formation - support	10 000 €	20 000 €	20 000 €	25 000 €	25 000 €	100 000 €
Divers frais projet : déplacements nationaux et régionaux projet, médecine travail, frais fonctionnement, assurance personnels projet, ...	10 000 €	7 000 €	6 000 €	6 000 €	6 000 €	35 000 €
Prestation juridique pour l'évolution des statuts du promoteur (si nécessaire)	12 000 €					12 000 €
SYSTÈME D'INFORMATION (estimation)	120 000 €	30 000 €	0 €	0 €	0 €	150 000 €
Construction du SYSTÈME d'information pour la gestion, le suivi et le paiement du forfait - adaptation article 51 LFSS (complémentaire du SI parcours plaies et télé-médecine)	120 000 €	30 000 €				150 000 €
SUBVENTION DE L'ACTIVITE et du FONCTIONNEMENT EXISTANTS	8 000 €	57 599 €	16 125 €	0 €	0 €	81 724 €
Anticipation ressources humaines pour préparer l'augmentation de l'activité N+1	8 000 €					8 000 €
COMPLEMENT SUBVENTION FONCTIONNEMENT		57 599 €	16 125 €			73 724 €
RECETTES AMORÇAGE FORFAIT ANNEE N+1	0 €	63 304 €	0 €	0 €	0 €	63 304 €
Avance sur délai de réception des paiements (1/12 ième des recettes prévisionnelles N+1) Si nécessaire	8%	63 304 €				63 304 €
TOTAL FINANCEMENT PROJET	236 000 €	346 903 €	216 125 €	211 000 €	216 000 €	1 226 028 €

- En parallèle du financement FIR spécifique à l'article 51 LFSS, un financement FIR d'un montant de 821 660 € est prévu pour financer l'activité du réseau CICAT pour les patients inclus avant la mise en application du forfait pour les années N+0 (patients en file active et nouvelles inclusions) et N+1 (file active des patients inclus en année N+0).

9.2 – FINANCEMENT FORFAITAIRE DES ACTIVITES/SERVICES EXPERIMENTES (budget FISS)

Dépenses prévisionnelles dérogatoires

SCENARIO FORFAIT /PATIENT	% patients	ANNEE				TOTAL
		Année N + 1	Année N + 2	Année N + 3	Année N + 4	
		2000	2500	3000	3500	11000
386 €	67%	516 903 €	646 129 €	775 355 €	904 581 €	2 842 969 €
401 €	33%	264 494 €	330 618 €	396 741 €	462 865 €	1 454 718 €
	100%	781 398 €	976 747 €	1 172 096 €	1 367 446 €	4 297 687 €

Sur la base des 2 forfaits, les dépenses prévisionnelles estimées sont de 4,3 millions d'euros pour les 4 années de leur application.

Les recettes : mécanisme de compensation

Les forfaits estimés par calcul ne permettent pas au réseau CICAT d'être à l'équilibre pendant les 2 ou 3 premières années, il est proposé un mécanisme de compensation du fonctionnement sur le budget FIR du projet et un éventuel réajustement du montant du forfait et de sa clé de répartition, si cela est opportun, au cours de la durée de l'expérimentation et dès la fin de la première année de mise en œuvre du forfait.

10 – MODALITES D'EVALUATION DE L'EXPERIMENTATION –INDICATEURS

OBJECTIFS GENERAUX

- Démontrer l'efficacité et l'efficience du modèle DOMOPLAIES dans la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes afin de confirmer la soutenabilité estimée du modèle cf. § 8.6.1 et démontrer la faisabilité d'une généralisation.

MODALITES D'EVALUATION

- identifier les patients traceurs (→ Source : étude Reality - JC KERIHUEL JOWC Février 2017), selon 2 typologies qui dépendent de la prise en charge :
 - l'ancienneté de la plaie au-delà de 6 mois et de la taille de la plaie > 10 cm² dont 20% cicatriseront à 1 an,
 - versus plaies récentes de petite taille dont 70 % vont cicatriser à 1 an.
- L'évaluation analysera également le forfait selon la typologie des plaies : escarres, ulcères, pied du diabétique, autres types de plaies.

Ces différentes approches pourraient aboutir à l'issue de l'expérimentation et selon les résultats de l'évaluation à établir un ou plusieurs forfaits :

- soit par type de plaies (escarres, ulcères, pied du diabétique, autres types de plaies),
- soit par pronostic de cicatrisation
- soit un seul forfait.

Il est proposé que le dispositif DOMOPLAIES soit comparé avec une population comparable d'une autre région sans dispositif

Le succès de l'expérimentation serait de démontrer l'efficacité et l'efficience du modèle expérimenté et in fine d'aboutir à sa généralisation.

POPULATION CIBLE

- Tous les patients inclus dans le dispositif DOMOPLAIES

PERIODE d'EVALUATION

- 4 années d'inclusion de patients

TERRITOIRE d'EVALUATION

- L'Occitanie

INDICATEURS

Indicateurs d'activité

- Nombre d'inclusions mensuelles
- Nombre d'appels reçus pour une première orientation sans inclusion de patients
- File active mensuelle
- Provenance de la demande (lieu de séjour ou de vie : ville, EHPAD, établissement de santé, cabinet médical, MSP...)
- Nombre d'acteurs participant au dispositif CICAT par type d'acteurs (experts, requérants)
- Nombre de consultations ou d'hospitalisations (y compris passage aux urgences) évitées au sein des établissements de santé
- Nombre de patients hospitalisés, qui ne trouvent pas de solution d'aval, pris en charge à domicile (dont EHPAD) grâce au dispositif
- Nombre de téléconsultations mensuelles
- Nombre d'avis donnés par des IDE article 51 HPST mensuels
- Nombre de patients ayant nécessité un service d'appui à la coordination par territoire par mois
- Nombre de patients perdus de vue
- Nombre d'événements indésirables techniques (télémédecine)
- Nombre de réunions annuelles d'harmonisation des pratiques entre experts
- Nombre d'experts participants aux réunions annuelles d'harmonisation des pratiques entre experts

Indicateurs médicaux :

- Evaluation de la cicatrisation des plaies : vitesse de cicatrisation, délai, récurrence
- Pourcentage de patients n'ayant pas respecté la proposition de plan de soins en distinguant la raison : le patient ou les soignants de premier recours effecteurs des soins
- Échec de prise en charge selon motifs (hospit, perdus de vue, ...)
- Nombre d'événements indésirables médicaux

Indicateurs de qualité usagers et professionnels de santé :

- Satisfaction des patients : score de qualité de vie EUROQOL
- Satisfaction des professionnels de santé utilisateurs du dispositif CICAT : IDE de 1er recours ou de structures (ex. EHPAD, ...), médecin traitant, établissements de santé (MCO, HAD, SSR, ...)

Indicateurs de qualité du processus :

- Délai moyen entre date de prise de rendez-vous et date de la téléconsultation de diagnostic
- Nombre de procédures formalisées relatives à l'organisation, à l'activité médicale, aux aspects financiers du dispositif
- Taux de mise à jour relatives à l'organisation, à l'activité médicale, aux aspects financiers du dispositif

Indicateurs de soutenabilité des coûts du dispositif :

Ces indicateurs sont à comparer aux études et aux éléments de soutenabilité estimés présentés dans le cahier des charges au § 8.6.

- Dépenses FISS
- Coûts soins de ville (traitement, pansements/compresses, nutrition, incontinence, IJ, consultations/visites, bandes de contention, matériel anti-escarres)
- Coûts hospitalisations dont HAD,
- Coûts des hospitalisations ou ré-hospitalisation évitées,
- Coûts sorties anticipées d'hospitalisation versus coûts hospitalisation,
- Coûts des transports évités,
- Charges supplémentaires induites par les soins en EHPAD.

Indicateurs de développement du projet :

- Nombre de réunions territoriales par an : livrables compte rendus de réunions
- Nombre de participant aux réunions territoriales
- Nombre d'établissements rencontrés pour les sorties d'hospitalisation : livrables compte rendus des entretiens

Indicateurs de pilotage projet :

- Suivi budget FIR et FISS : consommation des ressources (%) :
- Tâches réalisées/tâches planifiées
- Jalons
- Date de fin initiale
- Date de fin finale
- Avancement en délai (%)
- Nombre de tâches terminées par rapport au nombre de tâches prévues
- Nombre de changements
- Suivi des risques : nombre de risques réalisés

11 – NATURE DES INFORMATIONS RECUEILLIES SUR LES PATIENTS PRIS EN CHARGE DANS LE CADRE DE L'EXPERIMENTATION ET LES MODALITES SELON LESQUELLES ELLES SONT RECUEILLIES, UTILISEES ET CONSERVEES

- Le projet nécessite-t-il de recueillir des données spécifiques auprès des patients qui peuvent être des données d'enquête ou des données de santé nécessaires à leur prise en charge. Comment sont-elles recueillies et stockées ?
 - Les données nécessaires sont transmises avant la téléconsultation par le professionnel de santé qui sollicite le réseau CICAT-OCCITANIE, puis complétées par l'Expert du réseau qui les saisie durant la téléconsultation.
 - Le stockage est effectué dans le dossier médical plaies du Réseau : les données structurées dans le Logiciel INFINYS et hébergées par AZNETWORK (hébergeur de données agréé)
 - La création d'outils spécifiques provisoires en compléments de la solution existante pour les besoins d'évaluations, et d'enquête de satisfaction est nécessaire.
- Les données ont-elles vocation à être partagées avec d'autres professionnels ou structures que celui qui a recueilli la donnée, selon quelles modalités ?
 - Oui elles doivent pouvoir servir à des fins de prise en charge et d'évaluation des organisations médicales et sur l'épidémiologie des plaies complexes ; actuellement le partage est effectué via le dossier médical plaies « INFINYS »
 - Nécessité de disposer d'un dossier plaies et d'une solution e-parcours (en attente de l'appel d'offres national confié par le Ministère au RESAH)
 - Il y a également la nécessité d'avoir des outils qui permettent d'établir la facturation et la contrôler d'un point de vue comptable.
- Les modalités de recueil du consentement du patient à la collecte, au stockage, au partage et à l'utilisation des données ainsi recueillies doivent être, le cas échéant, précisées.

- Les modalités sont précisées dans la note d'information et de consentement qui est remise au patient lors de l'inclusion.
- Le recueil est contrôlé lors de la téléconsultation par les experts sollicités (médecin ou l'IDE HPST).
- Information préalable des patients et accord CNIL
 - La plateforme utilisée dans le cadre du projet a fait l'objet d'une demande d'autorisation sous le n°181 8334
 - Lors de l'initialisation du projet Domoplaies en Languedoc Roussillon, une demande d'autorisation a également été faite sous le n° 167 8117 en 2014.

12 -LIEN INTERETS

DPI du Président du réseau CICAT Occitanie fournie.

13 – BIBLIOGRAPHIE

- 1 POSNETT J, FRANKS PJ. The burden of chronic wounds in the UK. Nurs Times. 2008; 104(3): 44–45.
- 2 POMPEO MQ. The role of 'wound burden' in determining the costs associated with wound care. Ostomy Wound Manage. 2001; 47(3): 65–71.
- 3 BOULTON AJ. The diabetic foot: grand overview, epidemiology and pathogenesis. Diabetes Metab Res Rev. 2008; 24 (Suppl. 1): S3–6.
- 4 VOWDEN KR, VOWDEN P. A survey of wound care provision within one English health care district. J Tissue Viability. 2009; 18(1): 2–6.
- 5 PARK-LEE E, CAFFREY C. Pressure ulcers among nursing home residents: United States, 2004. NCHS Data Brief. 2009; 14: 1–8.
- 6 MCDERMOTT-SCALES L, COWMAN S, GETHIN G. Prevalence of wounds in a community care setting in Ireland. J Wound Care. 2009; 18(10): 405–417.
- 7 MAIDA V, CORBO M, DOLZHYKOV M, et al. Wounds in advanced illness: a prevalence and incidence study based on a prospective case series. Int Wound J. 2008; 5(2): 305–314.
- 8 POSNETT J, GOTTRUP F, LUNDGREN H, SAAL G. The resource impact of wounds on health-care providers in Europe. J Wound Care. 2009; 18(4): 154–161.
- 9 TÉOT L, CHERRY G, DENIS C, et al. Reimbursement of dressings: a WUWHS statement. Int Wound J. 2006; 3(4): 296–301.
- 10 WICKE C, BACHINGER A, COERPER S, et al. Aging influences wound healing in patients with chronic lower extremity wounds treated in a specialized wound care center. Wound Repair Regen. 2009; 17(1): 25–33.
- 11 DHARMARAJAN TS, AHMED S. The growing problem of pressure ulcers. Evaluation and management for an aging population. Postgrad Med. 2003; 113(5): 77–90.
- 12 L'ASSURANCE MALADIE. Statistiques et publications [in French]. Available from: <http://tinyurl.com/7lt7a7r> (Accessed 2 Feb 2012).
- 13 OBSERVATOIRE DE LA MEDECINE GENERALE. Société Française de Médecine Générale [in French]. Available from: <http://omg.sfm.org> (Accessed 2 Feb 2012).
- 14 SOLOWIEJ K, MASON V, UPTON D. Psychological stress and pain in wound care, part 3: management. J Wound Care. 2010; 19(4): 153–155.
- 15 ARROYO-NOVOA CM, FIGUEROA-RAMOS MI, MIASKOWSKI C, et al. Acute wound pain: gaining a better understanding. Adv Skin Wound Care. 2009; 22(8): 373–80.
- 16 WOO KY, SIBBALD RG. The improvement of wound-associated pain and healing trajectory with a comprehensive foot and leg ulcer care model. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2009; 36(2): 184–191.
- 17 ESSEX HN, CLARK M, SIMS J, et al. Health-related quality of life in hospital inpatients with pressure ulceration: assessment using generic health-related quality of life measures. Wound Repair Regen. 2009; 17(6): 797–805.
- 18 HERBER OR, SCHNEPP W, RIEGER MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. Health Qual Life Outcomes. 2007; 5: 44.
- 19 WINKLEY K, STAHL D, CHALDER T, et al. Quality of life in people with their first diabetic foot ulcer: a prospective cohort study. J Am Podiatr Med Assoc. 2009; 99(5): 406–414.

- 20 BARROIS B, LABALETTE C, ROUSSEAU P, et al. A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients. *J Wound Care*. 2008; 17(9): 373–379.
- 21 SRINIVASIAH N, DUGDALL H, BARRETT S, DREW PJ. A point prevalence survey of wounds in north-east England. *J Wound Care*. 2007; 16(10): 413–419.
- 22 VOWDEN K, VOWDEN P, POSNETT J. The resource costs of wound care in Bradford and Airedale primary care trust in the UK. *J Wound Care*. 2009; 18(3): 93–100.
- 23 LINDHOLM C, BERGSTEN A, BERGLUND E. Chronic wounds an nursing care. *J Wound Care*. 1999; 8(1): 5–10
- 24 Fosse-Edorh S, Mandereau-Bruno L, Hartemann-Heurtier A. Les hospitalisations pour complications podologiques chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, en France en 2013. *Bull Epidémiol Hebd (BEH)* 2015;34-35:638-44.
- 25 Jernes R. Telemedicine in the management of patients with chronic wounds. *J Wound Care*. 2011;20(4):187-90.
- 26 Teot.L: Domoplaies : coordination des plaies complexes en télémedecine et fonctionnalités. *Revue francophone de cicatrisation*, octobre-décembre 2017
- 27 Sood A, Granick MS, Trial C, Lano J, Palmier S, Ribal E, et al. The role of telemedicine in wound care: A review and analysis of a database of 5795 patients from a mobile wound-healing center in Languedoc-Roussillon, France. *Plast Reconstr Surg*. 2016;138(3S):248S–56S.
- 28 Trial C, Lano J, Ribal E, Palmier S, Téot L, Sicard O. Mobile wound care and telemedicine centre: A decade of experience in the city-hospital wound healing network of the Languedoc- Roussillon Region, France *Journal of Wound Technology*. 2016;20.
- 29 Rames O, Sebo S, Pécault R, Agamaliyev E, Tuppin P, Rodde Dunet M, et al. Plaies chroniques en France : Prévalence, caractéristiques et évolution. Améliorer l'organisation de la prise en charge en sortie d'hospitalisation. *JPC*. 2014;92(14):12-8.
- 30 Assurance maladie , Le suivi en ville des plaies chroniques, <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/memos/.../suivi-ville-plaies-chroniques>. 12 avril 2018
- 31 HAS : Fiche points clés et solutions « Comment organiser la sortie d'hospitalisation d'un patient avec une plaie du pied diabétique ? Novembre 2014.
- 32 HAS. Guide parcours de soins Diabète de type 2 de l'adulte Mars 2014. www.has-sante.fr
- SPILF : Recommandations pour la pratique clinique Prise en charge du pied diabétique infecté, 2007 Alfediam, Pour la prévention et le traitement local des lésions des pieds chez les diabétiques; 2005
- 33 HAS. Service des recommandations professionnelles – Service évaluation économique et santé publique / juin 2006
- 34 ANAES, Prévention et traitement des escarres de l'adulte et du sujet âgé, 2001 Perse 2012, Recommandations pour la prise en charge des patients à risque et/ou porteur d'escarres par consensus formalisé d'experts HAS commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (avis de la commission du 22/12/2009)
- 35 HAS.« Evaluation et suivi de plaies complexes et/ou à retard de cicatrisation par un(e) infirmier(e) expert(e) en plaies et cicatrisation dans le cadre d'un réseau pouvant fonctionner en télémedecine. » AVIS N° 2014.0017/AC/SEVAM. 2014.
- 36 Legifrance. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine. 2010.
- 37 HAS. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs(indications médicamenteuses, de revascularisation et de rééducation). 2006.
- 38 HAS.Prise en charge de l'ulcère de jambe à prédominance veineuse hors pansement. 2006.
- 39 HAS. Les pansements : Indications et utilisations recommandées. 2010.
- 40 HAS.Dispositifs médicaux d'aide à la prévention et d'aide au traitement des escarres (avis de projet de nomenclature & cahier des charges techniques) - CNEDIMTS du 22 décembre 2009.
- 41 HAS Evaluation des traitements de plaies par pression négative. 2010.
- 42 HAS Traitement des plaies par pression négative (TPN) des utilisations spécifiques et limitées. 2011.
- 43 Vowden P, Apelqvist J, Moffatt C. plaies difficiles à cicatriser: une approche globale. *EWMA*. 2008.
- 44 PERSE, SFGG, SOFMER, SFFPC : Synthèse des recommandations pour la prise en charge des patients à risque et/ou porteurs d'escarres, *Revue L'Escarre*, mars 2012, 57 : 4-5.
- 45 Meaume S, Couilliet D, Vin F. Prognostic factors for venous ulcer healing in a non-selected population of ambulatory patients. *J Wound Care*. 2005;14(1):31-34.
- 46 Perrin M. Pour le comité international de la révision de la CEAP / phlébologie, 2005; 58, 49-5
- 47 Ha Van G, Heurtier A, Greau F, Menou P, Grimaldi A. [How does one manage the off loading of a chronic diabetic foot ulcer?]. *Diabetes Metab*. sept 1999;25(3):264 9

- 48 Margolis DJ, Kantor J, Berlin JA. Healing of diabetic neuropathic foot ulcers receiving standard treatment. A meta-analysis. *Diabetes Care*. 1999 May;22(5):692-5
- 49 Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. *JAMA*. 2005 Jan 12;293(2):217-28. Review
- 50 Trial.C, Morquin.D, Téot.L. Diagnosis and treatment of chronic wound infections. *Soins*. 2013 Jun;(776):11-5.
- 51 Levy, E. and P. Levy, [Management of venous leg ulcer by French physicians, diversity and related costs: a prospective medicoeconomic observational study]. *J Mal Vasc*, 2001. 26(1): p. 39-44.
- 52 Kulkarni, S.R., et al., The Ulcerated Leg Severity Assessment score for prediction of venous leg ulcer healing. *Br J Surg*, 2007.
- 53 National Institute for Health and Clinical Excellence; Guidelines for the measurement of ankle brachial pressure index using doppler ultrasound. 2010.
- 54 Clegg A, Kring D, Plemmons J, Richbourg L. North Carolina wound nurses examine heel pressure ulcers. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2009;36(6):635-639.
- 55 Nam SC, Han SH, Lim SH, et al. Factors affecting the validity of ankle-brachial index in the diagnosis of peripheral arterial obstructive disease. *Angiology*. 2010;61(4):392-396
- 56 Trial C. Mauvais usages et complications du TPN : Constat et propositions. *Soins*. 2014
- 57 Augay V et coll. : Etude des supports d'aide à la prévention et au traitement des escarres et des pansements JPC 2012, 86 : 20 -24.
- 58 Colin D, Rochet JM, et coll. : Quel support et/ou quel accessoire choisir pour un patient à risque et/ou porteur d'escarre(s) ? - *Revue L'Escarre* mars 2013, 57 : 12-20.
- 59 Meaume S., Marty M. Pressure ulcer prevention and healing using alternating pressure mattress at home : the PARESTRY project. *J Wound Care* 2015; 24:8, 359-365.
- 60 Rames O, Sebo S, Pécault R, Agamaliyev E, Tuppin P, Rodde Dunet M, et al. Plaies chroniques en France : Prévalence, caractéristiques et évolution. Améliorer l'organisation de la prise en charge en sortie d'hospitalisation. *JPC*. 2014;92(14):12-8.