

RECUEIL DES ACTES  
ADMINISTRATIFS  
N°R76-2025-050

PUBLIÉ LE 8 MARS 2025

# Sommaire

## Agence Régionale de Santé Occitanie / Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie

R76-2025-02-27-00006 - ARRÊTÉ ARS OCCITANIE 2025 - 1435 portant fixation de l'annuité relative aux dotations dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier au titre de l'année 2025 du Centre Hospitalier LuneL (3 pages) Page 6

### ARS OCCITANIE /

R76-2025-03-03-00005 - Arrêté ARS Occitanie n°2025-1440 fixant la régulation temporaire de l'accès aux urgences du CHIC Castres Mazamet (1 page) Page 10

R76-2025-03-04-00005 - Arrêté ARS Occitanie n°2025-1443 fixant la régulation temporaire de l'accès aux urgences du Centre Hospitalier de CASTELSARRASIN MOISSAC (1 page) Page 12

R76-2025-03-04-00006 - Arrêté ARS Occitanie n°2025-1444 fixant la régulation temporaire de l'accès aux urgences du Centre Hospitalier de CH de RODEZ (1 page) Page 14

R76-2025-03-05-00006 - Arrêté ARS Occitanie n°2025-1445 fixant la régulation temporaire de l'accès aux urgences du Centre Hospitalier de GOURDON (1 page) Page 16

### ARS OCCITANIE / DIRECTION

R76-2025-03-05-00003 - Arrêté n° 2025-1423 Relatif à l'ouverture d'une période transitoire de l'innovation DOMOPLAIES « dispositif régional d'expertise, d'appui et de coordination pour optimiser l'orientation et faciliter la prise en charge de proximité, sur leur lieu de vie, des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes. » (33 pages) Page 18

### ARS OCCITANIE / DPR

R76-2025-02-27-00004 - ARRETE ARS-OC n° 2025-1424 Portant modification de la licence d'une officine de pharmacie à GRANDRIEU (Lozère) (1 page) Page 52

R76-2025-03-03-00003 - ARRÊTÉ ARS-OC n° 2025-1436 Portant autorisation de transfert intra-communal d'une officine de pharmacie à NÎMES (Gard) (3 pages) Page 54

R76-2025-03-04-00004 - ARRÊTÉ ARS-OC n° 2025-1442 Portant autorisation de transfert d'une officine de pharmacie à SAINT-LAURENT-DE-LA-SALANQUE (Pyrénées-Orientales) (3 pages) Page 58

### ARS OCCITANIE / DUQUALE

R76-2025-02-20-00005 - ARRETE ARS /2025- 995 modificatif relatif à la composition du Comité de Protection des Personnes du Sud-Méditerranée IV situé à Montpellier (5 pages) Page 62

ARS OCCITANIE

R76-2025-03-05-00003

Arrêté n° 2025-1423

Relatif à l'ouverture d'une période transitoire de  
l'innovation DOMOPLAIES

« dispositif régional d'expertise, d'appui et de  
coordination pour optimiser l'orientation et  
faciliter la prise en charge de proximité, sur leur  
lieu de vie, des patients atteints de plaies  
chroniques et/ou complexes.»

## Arrêté n° 2025-1423

Relatif à l'ouverture d'une période transitoire de l'innovation **DOMOPLAIES**  
*« dispositif régional d'expertise, d'appui et de coordination pour optimiser l'orientation et faciliter la prise en charge de proximité, sur leur lieu de vie, des patients atteints de plaies chroniques et/ou complexes. »*

### Le Directeur Général de l'ARS Occitanie

**Vu** le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-31-1;

**Vu** le décret en date du 20 avril 2022, portant nomination de M. Didier JAFFRE en qualité de Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Occitanie;

**Vu** l'arrêté du 17 janvier 2024, déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2024 ;

**Vu** la délibération du conseil d'administration de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie réuni le 16 décembre 2024 portant fixation du budget initial 2025 de l'agence (budget principal et budget annexe) ;

**Vu** la décision ARS Occitanie n°2023-3696 du 26 juillet 2023 publié au RAA Occitanie du 1er août 2023, portant délégation de signature du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Occitanie et la décision modificative n°2024-7603 du 18 décembre 2024 publiée au RAA Occitanie du 18 décembre 2024 ;

**Vu** les avis favorables du comité technique de l'innovation en santé en date du 20 janvier 2025 et du conseil stratégique de l'innovation en santé en date du 17 février 2025, sur l'opportunité de généraliser l'expérimentation « **DOMOPLAIES** »;

**Vu** l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 25 février 2025, sur l'ouverture d'une période transitoire, suite à l'expérimentation « **DOMOPLAIES** » ;

**Vu** le cahier des charges de l'innovation « **DOMOPLAIES** »;

**Arrête :**

#### Article 1

L'innovation « **DOMOPLAIES** » est autorisée à compter du 1<sup>er</sup> février 2025, dans les conditions précisées par le cahier des charges annexé.

### **Article 2**

La période transitoire est établie pour une durée de 12 mois, assortie d'une période de prolongation possible de 3 mois, renouvelable une fois, pour une durée totale de 18 mois. Elle débute le 1<sup>er</sup> février 2025 et se termine le 31 janvier 2026, avec prolongation possible jusqu'au 31 juillet 2026.

### **Article 3**

Le Directeur des projets de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié 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 de Montpellier dans le délai de deux mois, à compter de sa publication au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région Occitanie. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via la plateforme télé recours citoyen accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

**Montpellier**, le 05/03/2025

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

  
Didier JAFFRE

## INNOVATION EN SANTÉ - CAHIER DES CHARGES



### INTITULE DE L'INNOVATION EN SANTE : 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. »*

**NOM DU PORTEUR : CICAT OCCITANIE**

**PERSONNE CONTACT : TEOT Luc, [l.teot@cicat-occitanie.org](mailto:l.teot@cicat-occitanie.org), 06 95 33 50 07 , 06 47 07 79 36, 09 70 40 20 60**

**CHAMP TERRITORIAL :**

	Cocher la case
Local	
Régional	<b>X</b>
National	

**DATE DES VERSIONS :**

V0.7 : 17/02/2025

Version Finale du 26/02/2025

## Table des matières

<b>I. OBJET ET FINALITE DE L'INNOVATION EN PERIODE TRANSITOIRE .....</b>	<b>3</b>
I.1 LES ENJEUX .....	3
I.2 DEFINITION DES PLAIES PRISES EN CHARGE .....	3
I.3 CRITERES D'INCLUSION ET MOTIFS DE SORTIE DU DISPOSITIF .....	4
I.4 L'INNOVATION EN SYNTHESE .....	4
I.5 DESCRIPTION DETAILLEE DE L'INNOVATION FAISANT L'OBJET DE LA PERIODE TRANSITOIRE	<b>Erreur !</b>
<b>Signet non défini.</b>	
I.6 POPULATION CONCERNEE .....	15
<b>II. IMPACTS ATTENDUS DE L'INNOVATION .....</b>	<b>16</b>
<b>III. PRESENTATION DU PORTEUR de l'INNOVATION et DES PARTENAIRES (groupe d'ACTEURS) ..</b>	<b>18</b>
<b>IV. RESULTATS DE l'EXPERIMENTATION et AVIS DU COMITE TECHNIQUE (CTIS) ET DU CONSEIL STRATEGIQUE EN INNOVATION EN SANTE (CSIS) ET PREPARATION DU PASSAGE EN DROIT COMMUN .....</b>	<b>20</b>
IV.1 – Principaux résultats de l'expérimentation .....	20
IV2- Avis et recommandations sur la suite à donner sur l'innovation du CTIS et CSIS .....	22
<b>V. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DE LA PERIODE TRANSITOIRE.....</b>	<b>24</b>
V.1 Terrain de maintien en conditions opérationnelles.....	24
V. 2 Durée de la période transitoire.....	24
V.3 Pilotage, gouvernance et suivi de la période transitoire .....	24
<b>VI. FINANCEMENT DE L'INNOVATION EN SANTE .....</b>	<b>24</b>
VI.1 DESCRIPTION DU FORFAIT .....	24
VI.2 PRINCIPES DE REPARTITION DU FORFAIT ET DE REMUNERATION DES INTERVENANTS .....	26
VI.3 FISS PREVISIONNEL PERIODE TRANSITOIRE .....	28
VI.4 ESTIMATION DU BESOIN EN CREDITS D'INGENIERIE (CI) .....	29
VI.5 BESOIN TOTAL DE FINANCEMENT.....	30
<b>VII. DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA PERIODE TRANSITOIRE .....</b>	<b>30</b>
<b>VIII. LIENS D'INTERET .....</b>	<b>31</b>

## 1 - OBJET ET FINALITE DE L'INNOVATION EN PERIODE TRANSITOIRE

### 1.1 - LES ENJEUX DE L'INNOVATION

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, polyopathologiques.

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.

**Plaies et cicatrisation est une discipline où l'expertise est rare et qui est répartie sur des médecins issus de spécialités médicales différentes** : médecine générale, gériatrie, diabétologie, chirurgie, médecine vasculaire, dermatologie, ... et sur des infirmier.es agissant dans le cadre d'un protocole de coopération. **Les acquis de ces experts sont validés par l'obtention d'un DU / DIU P&C et/ou une VAE** permettant ainsi d'augmenter la capacité d'expertise et de prise en charge.

Cette diversité de professionnels experts nécessite d'améliorer et d'harmoniser leurs pratiques dans un objectif de qualité, de sécurité et de pertinence des actes.

Au lancement de l'expérimentation DOMOPLAIES, il existait des réseaux territoriaux de santé, des MAIA, des CPTS, et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) étaient annoncés. Depuis, en Occitanie 13 DAC ont été créés au 01/07/2022 et sont eux-mêmes en phase de montée en charge et de maturation.

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. Il s'agit ici d'appui à la coordination du parcours de soins, la complexité du parcours étant lié à la multiplicité des acteurs et des spécialités impliquées dans la prise en charge des plaies et cicatrisation et non à la complexité de la situation du patient. Cette coordination permet de faciliter le diagnostic de la plaie, d'éviter pour ces patients un passage aux urgences et d'accélérer le processus cicatriciel en apportant une réponse rapide, spécialisée et personnalisée aux professionnels de premier recours.

### 1.2 - DEFINITION DES PLAIES PRISES EN CHARGE

(source : Arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi 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](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 – CRITERES 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 :

<b>Critères de sortie du dispositif DOMOPLAIES</b>
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 – L'INNOVATION EN SYNTHÈSE**

Dans un domaine où l'expertise est rare et répartie sur plusieurs spécialités médicales, l'objet de l'innovation proposée par le dispositif régional ville-hôpital CICAT Occitanie selon le cahier des charges (Arrêté n°2019-2390 du 5 juillet 2019), est 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 télémédecine sur le lieu de vie des patients,
- l'amélioration et l'harmonisation 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 télémédecine dans l'évaluation et le suivi à distance des plaies chroniques et/ou complexes » du collectif e-Santé Plaies (SFFPC-CATEL), juin 2019

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 DOMOPLAIES grâce aux **professionnels experts en plaies : médecins et infirmières déléguées** (article 66 loi OTSS), libéraux ou salariés.

**Un protocole de coopération** est **déjà opérationnel** (*validé HAS, autorisé ARS en 2014*). La mise en œuvre de ce protocole permet aux **IDE déléguées (libérales ou salariées)**, 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 56,4 % des actes** de télémédecine. Comme prévu par le protocole, leur proposition de plan de soins fait l'objet d'une **validation systématique par le médecin expert délégué**.

**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 assistées** de diagnostic et de suivi, sont réalisées **quel que soit le lieu de vie du patient** : domicile (57 %), EHPAD (30 %), SSR (6 %), Cliniques (3 %), CH (2 %), autres (cabinet infirmier, cabinet médical, ...) pour un total de 2 %, 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 de CICAT Occitanie de prendre en charge à distance les patients sur leur lieu de vie, sans les déplacer systématiquement pour une consultation présenteielle de diagnostic et/ou de suivi.
- **Pendant la téléconsultation, l'infirmière de 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> recours, ce qui n'est pas possible dans une consultation présenteielle classique et en téléexpertise.

Annexe 2 : CICAT Occitanie – DOMOPLAIES : processus avis expert



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 de compléter les connaissances des acteurs de premiers recours au travers des cas cliniques de leurs patients.

- 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 – DESCRIPTION DETAILLÉE DE L'INNOVATION FAISANT L'OBJET DE LA PERIODE TRANSITOIRE

### 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 66 Loi OTSS (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 nécessitant une coordination spécialisée en plaies et ne pouvant donc être pris en charge par un autre dispositif d’appui à la coordination ou d’exercice coordonnée (DAC, CPTS, MSP, ESP, ...).

La répartition de la mission de coordination entre l’IDE « case manager » spécialisé en plaies 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 les soins, l’organisation des hospitalisations (chirurgie, détersion, greffe, ...)
- d’échanger et de transmettre les éléments du parcours patient (PPS, résultats d’examen, ...) 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 télé médecine (accès à l’avis d’experts en télé médecine en mobilité)**

Ce service vise à :

- apporter l’avis d’expert en télé médecine, 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 télé médecine, 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 assistée (94,9 % des actes) avec guidance de l’infirmière de 1<sup>er</sup> recours pour exploration de la plaie**
  - téléassistance (0,1 %) pour une guidance à certains gestes techniques (détersion, ...),
  - téléconsultation audio sans vidéo transmission (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<sup>er</sup> recours.*
- **Un principe d’examen basé sur des échanges visuels par téléconsultation accompagnée :**

La téléconsultation assistée 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> recours (essentiellement des médecins traitants). Cet échange entre expert et soignant de 1<sup>er</sup> 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 et d'harmonisation des pratiques 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
<b>DISPOSITIF DOMOPLAIES</b>	DOMOPLAIES apporte, en télémédecine 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 <sup>er</sup> 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 <sup>er</sup> recours (domicile ou EHPAD).  Dans le cas où un professionnel de coordination (IDE ou médecin) possède une expertise en plaies et 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 et 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	<p>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 &gt; 30 min/j);</p> <p>Action DOMOPLAIES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- 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</li> </ul> <p>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</p>	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.	<p>-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, ...).</p> <p>-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.</p>

### 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 » spécialisée en plaies 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<sup>er</sup> 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 télémedecine, la création de l'identifiant d'accès (authentification, sécurité d'accès) des professionnels IDE de 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> niveau des professionnels IDE de 1<sup>er</sup> 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. Ces médecins voient pour validation tous les dossiers et plan de soins des infirmiers experts agissant dans le cadre d'un protocole de coopération (art 66 loi OTSS).

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 2024) :

- Environ **100 appels entrants/jour** soit 2000 appels par mois. La durée d'un appel est en moyenne de 8 à 10 mn.
- **13 % des demandes de prise en charge aboutissent à une action d'orientation et/ou de conseil, sans pour autant que les patients concernés soient inclus dans le dispositif DOMOPLAIES. Dans ce cas, aucun forfait n'est facturé.**
- Nombre de **mails** (sécurisés et non sécurisés) **reçus et émis /jour est d'environ 150** : une moyenne de 3000 mails par mois, soit 36000 mails sur l'année. 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 CICAT et DOMOPLAIES et ses modalités de fonctionnement, pour l'envoi ou la réception de compléments de dossiers de patients (DLU, résultats d'examens ou de bilan, compte-rendu d'hospitalisation, etc.).
  - Ce mode de communication est aussi le lien direct avec les experts, les personnels soignants (médecins traitants et IDEL de 1<sup>er</sup> 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 délégués dans le cadre d'un protocole de coopération élaboré par 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 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** de CICAT-Occitanie ayant suivi une formation, sont délégués dans le cadre de l'article 66 de la loi OTSS par le biais d'un **protocole de coopération validé par l'HAS et autorisé le 09/07/2014 par l'ARS Languedoc-Roussillon/Occitanie** « *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 télémédecine* ». (➔ 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**.

En 2024, CICAT Occitanie mobilisait **55 experts (30 experts en sept. 2020, date début des inclusions) sur l'ensemble du territoire régional**. Ils sont répartis ainsi :

- **24 médecins** (libéraux ou salariés), **31 IDEs** validés article 66 Loi OTSS (23 libéraux, 6 salariés en structures et 3 salariés de CICAT Occitanie),
- **23 experts** en ex-Languedoc-Roussillon et **32** en ex-Midi-Pyrénées.

### **Activité télésanté des experts**

Ces experts réalisent des téléconsultations. Si c'est nécessaire, selon le type de plaies ou pour respecter l'intimité des patients selon la localisation de la plaie ou en cas de refus de la télémédecine, des visites en présentiel sont organisées. Ces situations restent exceptionnelles.

- **593 téléconsultations/par mois**, en moyenne.
- **56,4 %** de ces téléconsultations **sont réalisées par des IDE experts** art 66 Loi OTSS

### **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 (protocole de coopération art. 66 Loi OTSS) du dispositif DOMOPLAIES auprès du patient en présence de l'équipe soignante de 1<sup>er</sup> 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 de CICAT Occitanie, en principe une IDE déléguée (article 66 loi OTSS)**, 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.

#### **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.

Le **médecin traitant demeure 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 de DOMOPLAIES, ou après validation médicale lorsque l'expert qui a fait la proposition de plan de soins est une IDE déléguée article 66 Loi OTSS.

L'organisation de la prise en charge se fait dans les mêmes conditions que celles décrites dans le cahier des charges de l'expérimentation.

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

- du diagnostic et du traitement,
- de l'adressage par l'expert de DOMOPLAIES 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**.

Sur la période évaluée de l'expérimentation (septembre 2020 à mai 2024), **l'activité de coordination est la suivante :**

- **52% des dossiers clôturés (4 420 séquences de soins) ont bénéficié d'un service de coordination experte en plaie**
- **50,3% des dossiers ont au moins une action de coordination experte IDE** (supérieur à l'estimation du modèle fixé à 30%)
- **19,3% des dossiers ont au moins une action de coordination experte médecin** (proche de l'estimation du modèle à 20%)
- **Pour les dossiers coordonnés, 6,7 actions sont enregistrées en moyenne**. Elles sont réparties comme suit :

	Volume moyen / dossier	Volume médian / dossier
Action de coordination experte IDE	4,8	3
Action de coordination experte médecins	2	1

#### **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 œdèmes 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.**

- 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.

**La mission d'appui à la coordination est organisée au niveau régional par CICAT Occitanie. En 2025, elle est réalisée** par 5 coordonnateurs (médecins experts et/ou des IDEs « case managers » spécialisés en plaies) répartis ainsi : 3 salariées du centre d'orientation de CICAT, 2 libéraux et 1 salarié en structures sanitaire.

**Cet appui à la coordination, lorsqu'il est nécessaire, est distribué aux coordonnateurs en fonction du territoire du patient**, une fois la bonne stratégie définie par un expert du dispositif régional qui 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*).

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

Cette innovation s'appuie sur **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 télémédecine 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 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 (tablette, 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 dispositif DOMOPLAIES assure la même qualité de prise en charge qu'en présentiel**

Une étude médico-économique randomisée et contrôlée, a été réalisée par CICAT LR avec le CHU de Montpellier. (→Cf. « étude randomisée DOMOPLAIES ». Téot L, Geri C, Lano J, Cabrol M, Linet C, Mercier G. *Complex Wound Healing Outcomes for Outpatients Receiving Care via Telemedicine, Home Health, or Wound Clinic: A Randomized Controlled Trial. Int Journal Low Extrem Wounds. 2020 Jun;19(2):197-204. doi: 10.1177/1534734619894485. Epub 2019 Dec 18. PMID: 31852312*)

➤ 184 patients (220 inclus) ont été suivis par des experts en plaies, soit par téléconsultation, soit par prise en charge présentielle dans le cadre de DOMOPLAIES ou en dehors de DOMOPLAIES. 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 dispositif DOMOPLAIES et 64,78% en présentiel hors DOMOPLAIES, soit des différences non statistiquement significatives.

- **Une IDE télémédecine assure :**
  - l'assistance technique de niveau 1 sur les outils de télémédecine (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 télémédecine,
  - une contribution aux actions de formation à l'outil télémédecine,
  - la gestion des aspects techniques et fonctionnels du développement et du déploiement de l'application Télémédecine,
  - une participation à l'élaboration de procédures et à l'évolution du logiciel métier.

#### **E. La mission d'amélioration et d'harmonisation des pratiques professionnelles**

**Les acteurs de la cicatrisation doivent maintenir régulièrement les connaissances nécessaires pour pouvoir répondre aux exigences d'une prise en charge spécialisée de qualité.**

Cette mission d'amélioration et d'harmonisation des pratiques consiste à :

- diffuser les bonnes pratiques, au fil des téléconsultations assistées, 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'examen, traitements locaux).
- Animer le réseau régional d'experts et harmoniser les pratiques :
  - 4 journées annuelles, réunissant les experts, 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.

## 1.6 - POPULATION CONCERNÉE PAR L'INNOVATION

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, lymphoœdème, 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, polyopathologiques 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 l'innovation 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 de CICAT Occitanie.

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, 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 de CICAT Occitanie** (→ 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	

Afin de fluidifier le retour au domicile, le dispositif DOMOPLAIES s'attache à 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 2013 à 2018 (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, cliniques, cabinets médicaux ou infirmiers .... 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 : infirmiers libéraux, équipe soignante EPHAD, SSIAD, HAD.

## 2 – IMPACTS ATTENDUS DE L'INNOVATION

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

### 1. Une amélioration des organisations :

- par une **couverture régionale** grâce à l'adhésion large des professionnels de santé
- par un recours au réseau d'experts de CICAT Occitanie par d'autres acteurs de la coordination (CPTS, MSP, DAC, autres dispositifs 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 spécialisée en plaie 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 télémédecine (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 porteur CICAT Occitanie** établit 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'efficacité du système de santé 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** : les téléconsultations sont organisées avec les professionnels experts qui disposent des compétences optimales (nutrition, douleur, positionnement, ...) à la prise en charge du patient.

## 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 de 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.

## PRESENTATION DU PORTEUR DE L'INNOVATION ET DES PARTENAIRES (GROUPE ARS)

### Le porteur de l'innovation est CICAT Occitanie

Cicat-Occitanie est une association dont le Président est le Dr Luc TEOT.

L'expérimentation a permis de fédérer autour de DOMOPLAIES l'ensemble des Centres Hospitaliers Universitaires de Montpellier et de Toulouse, les centres hospitaliers de Narbonne, Mende, Figeac, Foix, Castres, Cahors, Auch, Saint-Girons, Saint-Gaudens, Lourdes-Tarbes et les établissements privés compétents : Clinique Pasteur de Toulouse, Clinique du Parc à Montpellier, SMR LA CLAUZE en Aveyron, Clinique des Pyrénées à Toulouse, ....

Cette association Loi 1901 créée en 1999, en ex-Languedoc-Roussillon, travaille depuis près de 25 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, CICAT Languedoc-Roussillon 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 en télémedecine, grâce à Domoplaies, **s'est, depuis novembre 2017 sous le nom de Cicat-Occitanie, pérennisée et étendue à l'ensemble de la région.**

CICAT Occitanie a **vocation à être intégratif** 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 de CICAT Occitanie.

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'innovation** article 51 LFSS 2018.

### L'équipe du Dispositif DOMOPLAIES (au 01/01/2025) :

Activité	Libellé	% ou ETP	Missions
Coordination médicale et IDE	Médecins coordonnateurs (5 médecins)	0,77 ETP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination médicale clinique,</li> <li>- Coordination médicale administrative,</li> <li>- Soutien à la coordination IDE,</li> <li>- Supervision et encadrement de l'activité clinique IDE article 51 HPST,</li> <li>- Astreinte médicale,</li> <li>- Participation au développement du dispositif DOMOPLAIES,</li> <li>- Participation aux actions de formation et de communication.</li> </ul>
	IDE de coordination	1,4 ETP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordination parcours patients,</li> <li>- Management IDE Experts,</li> <li>- Participation au développement de DOMOPLAIES.</li> </ul>
Orientation et coordination infirmier(e)	IDE « Case manager spécialisée en plaies »	0,8 ETP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gradation et orientation des appels entrants,</li> <li>- Suivi des PPS,</li> <li>- supervision du secrétariat médical,</li> <li>- Expertise en plaies et cicatrisation (réalise des téléconsultations en cas d'absence imprévue).</li> </ul>

Secrétariat médical	Secrétaire médical	4.8 ETP 4 salariés + 1 apprentie à 80%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueil téléphonique et orientation des appels,</li> <li>- Recueil des informations pour élaboration du dossier patient,</li> <li>- Organisation des téléconsultations et prises de rendez-vous,</li> <li>- Gestion des contacts soignants,</li> <li>- Gestion des mails et fax,</li> <li>- Assistance et liaison avec les intervenants des téléconsultations,</li> <li>- Transfert du dossier pour une action de coordination par IDE,</li> <li>- Appels sortant pour suivi des dossiers patients,</li> <li>- Remplir fiches demandes identifiants pour inscription des nouveaux professionnels de santé non connus de la plateforme de télémédecine (sécurité, traçabilité, authentification) en vue de la téléconsultation.</li> </ul>
Support technique 1er niveau acte de Télémédecine	IDE télémédecine	0,9 ETP 90%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion des aspects techniques et fonctionnels du développement et du déploiement de l'application Télémédecine</li> <li>- Assistance technique de niveau 1 sur les outils de télémédecine (hors soins) : aide les IDE de 1er recours ou de structures situées à côté du patient pendant la téléconsultation à l'utilisation des outils télémédecine,</li> <li>- Participation à l'élaboration de procédures et à l'évolution du logiciel métier,</li> <li>- Participation aux actions de formation à l'outil télémédecine,</li> <li>- Participation au développement de DOMOPLAIES.</li> <li>- Gestion protocole de coopération</li> </ul>
Administratif et comptabilité	Assistante administrative et comptable	0,4 ETP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion Comptable/sociale /fournisseurs,</li> <li>- Gestion des formalités administratives et juridiques,</li> <li>- Elaboration et suivi des budgets,</li> <li>- Organisation des réunions.</li> </ul>
	Temps Administratif IDEC	0,22 ETP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervision clinique documents administratifs,</li> <li>- Réunions partenariales : DAC, CPTS, ...</li> <li>- Valorisation de l'activité Domoplaies : présentations congrès,...</li> </ul>

**Les partenaires principaux à ce jour sont :**

- les médecins traitants au centre du dispositif,
- le CHU de Montpellier,
- le CHU de Toulouse,
- les CH de la Région (Narbonne, Mende, Figeac, Foix, Castres, Cahors, Auch, Saint-Girons, Saint-Gaudens, Lourdes-Tarbes),
- Cliniques : Clinique Pasteur de Toulouse, Clinique du Parc à Montpellier, SMR LA CLAUZE en Aveyron, Clinique des Pyrénées à Toulouse
- les centres de SSR, le Centre Ster Lamalou,
- les EHPAD (plus de 300 établissements sont conventionnés avec CICAT Occitanie),
- les URPS médecins, infirmiers, pharmaciens, Kinésithérapeutes,
- Guichet CPTS Occitanie
- les DAC.



## 4– RESULTATS DE L'EXPERIMENTATION et L'AVIS DU COMITE TECHNIQUE (CTIS) ET DU CONSEIL STRATEGIQUE EN INNOVATION EN SANTE (CSIS) ET PREPARATION DU PASSAGE EN DROIT COMMUN

### **4.1 - Principaux résultats d'évaluation :**

#### Faisabilité :

Le projet Domoplaies a montré sa capacité à être mis en œuvre de manière opérationnelle dans l'ensemble de la région Occitanie, atteignant en février 2024 96,8 % de son objectif d'inclusion sur la période concernée avec 8 957 patients inclus sur une période de 42 mois de fonctionnement (soit 81,4% des 11 000 inclusions prévues sur l'ensemble de la durée de l'expérimentation).

La gouvernance du projet a permis à Domoplaies de se positionner comme un acteur de confiance et reconnu dans le domaine des plaies et cicatrisation. Les porteurs de projet ont su mobiliser efficacement un large réseau de partenaires, intégrant notamment l'ARS, le GRADeS d'Occitanie, le GRADeS de Normandie, des établissements de santé et des UPRS, pour garantir le succès de l'expérimentation et sa reconnaissance.

Le dispositif a mis en place une stratégie progressive de mobilisation d'un réseau d'experts répartis sur l'ensemble du territoire de la région Occitanie, pour maintenir un équilibre entre le niveau de demande et l'offre de services proposés aux requérants. En garantissant la neutralité de la structure animatrice et la pluralité des intervenants (libéraux et hospitaliers), ils ont encouragé et obtenu une large adhésion des professionnels médicaux experts. Ce positionnement en tant qu'organisme de « soutien et de conseil » auprès des professionnels de premier recours a renforcé sa capacité à atteindre sa cible d'inclusion, inspirant confiance aux requérants potentiels. Le porteur, Cicat Occitanie, est également parvenu à maintenir un haut niveau de compétence au sein de son réseau d'experts, notamment en imposant un cadre de formation strict et en assurant une animation collective continue.

La mise en œuvre d'une stratégie de communication ciblée a permis une adoption progressive et régulière, notamment dans les zones initialement moins desservies comme l'ex-Midi-Pyrénées. Le processus d'inclusion pleinement opérationnel, a permis de traiter plus de 10 200 demandes sur une période de quatre ans.

Le suivi des patients a démontré son efficacité. En moyenne, un cas est pris en charge au travers de 2,4 téléconsultations sur une période moyenne de 103 jours. Les téléconsultations se déroulent de manière fluide, et sont particulièrement appréciées par les requérants et les experts, notamment grâce à l'intervention de l'infirmier d'appui qui veille au bon déroulement technique des consultations à distance.

Les enquêtes et entretiens auprès de l'ensemble des acteurs impliqués (patients, professionnels requérants et professionnels experts) font ressortir un haut niveau de satisfaction : les délais de prise en charge des patients sont réduits par rapport à ceux pour des consultations spécialisées en présentiel, le dispositif facilite l'accès aux soins pour les patients en réduisant non seulement le besoin de déplacements fréquents, mais en assurant également une continuité des soins, et le dispositif est perçu comme offrant une prise en charge optimale sans nécessiter d'orienter le patient vers une consultation spécialisée à l'hôpital. Les requérants apprécient l'accès rapide à l'expertise à distance, ce qui sécurise les prises en charge complexes et renforce leur confiance et leurs compétences dans ces situations.

#### Efficience :

Afin de mesurer l'efficacité du dispositif, 3 272 cas de l'expérimentation Domoplaies ont été appariés à 3 272 témoins souffrant de plaies chroniques issus des régions Auvergne Rhône-Alpes, Bourgogne Franche Comté et Grand-Est identifiés dans le Système national des données de santé (SNDS). Durant le premier épisode de plaie pendant la période d'étude (par construction méthodologique, l'épisode pouvait avoir commencé avant l'inclusion et pouvait durer depuis plusieurs semaines voire mois), les cas de l'expérimentation Domoplaies avaient moins fréquemment recours aux hospitalisations que les témoins. En effet, 53,8% des cas observés étaient hospitalisés au moins une fois dans le secteur médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) contre 60,9% des témoins et 8,0% des cas étaient hospitalisés au moins une fois en soins médicaux et de réadaptation (SMR) contre 12,4% des témoins. Les cas observés présentaient moins fréquemment d'hospitalisations avec une entrée par les urgences (25,2% contre 38,2% pour les témoins) et de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (17,5% contre 21,1% pour les témoins). Cependant, les cas présentaient plus fréquemment des hospitalisations en MCO causées par une plaie que les témoins : 25,2% vs 20,2%, la durée médiane d'hospitalisation était quant à elle plus faible pour les cas : 2 jours vs 6 jours.

Le taux d'amputation majeure était significativement différent au cours du premier épisode de plaie identifié entre les cas et les témoins (3,3% et 2,3% respectivement). Cependant, cette différence n'était pas retrouvée par type de plaie. Cette différence de taux d'amputation pourrait être une conséquence d'une typologie de plaie plus grave chez les patients inclus dans Domoplaies que chez les témoins issus du SNDS. La demande de recours à Domoplaies pourrait avoir lieu après un échec de prise en charge de première intention et cette prise en charge peut arriver trop tardivement dans la plaie chronique. Le manque d'information sur la gravité de la plaie à l'inclusion dans le SNDS constitue une limite à cette étude. Toutefois, si l'amputation devait avoir lieu, elle intervenait de manière plus précoce avec 102 jours en médiane chez les cas observés contre 208 jours pour les témoins. Le même résultat était observé pour les amputations mineures. La survenue de récurrence était plus fréquente chez les témoins (40% vs 24% chez les cas observés) et un taux de deuxième épisode de plaie deux fois plus important pour les témoins (40% vs 19%).

En termes de dépenses de santé, le montant total des dépenses remboursées lors du premier épisode de plaie était inférieur : 21 617,8 € en moyenne pour les cas observés (8 561,9 € en médiane) contre 32 621,8 € pour les cas témoins (14 245 € en médiane). Le montant moyen total remboursé pour les hospitalisations en MCO et SMR était significativement diminué (à hauteur de 34%) par rapport aux témoins issus du SNDS. Le montant du forfait s'élevant à 386 € par épisode, abondé de 15 € si la personne réside en EHPAD, il est largement couvert par la différence de dépenses entre cas et témoins.

Cette très nette différence entre les ressources mobilisées dans le cadre de l'expérimentation, soit 386 €, et les impacts mesurés sur le système de santé (une diminution de 11 000 € en moyenne ou 5 700 € en médiane) a incité à aller identifier les facteurs explicatifs.

Il est ainsi à noter que la durée du premier épisode de plaie était en moyenne significativement plus courte, à hauteur de 144 jours en médiane pour les cas observés contre 223 jours pour les cas témoins. Cette durée plus courte pourrait introduire un biais dans l'interprétation des résultats car une baisse des dépenses ou de recours aux hospitalisations pourrait être liée à une durée d'observations plus courte que pour les cas témoins. Une analyse de sensibilité a été menée afin d'étudier cet éventuel biais par une analyse appliquée uniquement à des personnes ayant terminé leur premier épisode de plaie. La durée médiane du premier épisode restait plus courte pour les cas observés avec 124 jours contre 184 jours pour les cas témoins. Les cas ayant terminé le premier épisode présentaient moins de récurrence que les témoins ayant terminé le premier épisode (23,2% et 36,1% respectivement), la durée moyenne de récurrence était toujours plus courte chez les cas que chez les témoins. Le montant total remboursé était toujours significativement plus faible pour les cas : 18 069,2 € en moyenne (7631,2€ en médiane) contre 22 419,7€ pour les témoins (10 751,7€). Les résultats de l'analyse de sensibilité permettent de conforter les résultats présentés précédemment sur les premiers épisodes de plaie (terminés ou non). A six mois suivant le premier épisode de plaie, 10% de dépenses en moins étaient constatées chez les cas observés et 11% à 12 mois. Les impacts des niveaux de mortalité resteraient à analyser plus finement.

D'autres facteurs d'explication plus difficiles à contrôler ont également émergé au cours des discussions entre experts et évaluateurs :

- Le bras témoin est composé de patients inclus en septembre 2020. Le Covid a donc pu aggraver la situation d'une partie de ces patients en raison d'une absence de prise en charge rapide. L'impact différencié de cette crise sur le bras témoin par rapport au bras expérimental n'est pas documenté ;
- L'appariement avec les données du SNDS a conduit à exclure un grand nombre de patients pris en charge par Domoplaies et résidant en EHPAD (soit 2 650 patients). Ces patients présentent un profil sévère, puisque parmi ces patients, 54,1 % des patients décédaient.

Ces facteurs ne remettent pas en cause l'impact très positif de l'évaluation quantitative, mais certains points pourraient être approfondis

#### Reproductibilité :

L'expérimentation a atteint ses objectifs et présente un fort potentiel de généralisation à d'autres contextes et territoires. Les enseignements de l'évaluation permettent de souligner les enjeux suivants :

- La gouvernance à mettre en place pour soutenir le déploiement de l'expérimentation avec le rôle que pourrait prendre le niveau national (partage d'expériences, diffusion de guides, centralisation de l'administratif et du juridique ...) dans ce déploiement tout en conservant un ancrage régional ;

- Le cadre stratégique (grandes lignes directrices promues par le niveau national) et opérationnel (déclinaison du cadre selon les régions et leurs caractéristiques) pour guider le déploiement tout en laissant de la latitude aux territoires pour s'organiser en fonction de leur situation existante. Domoplaies montre le besoin de s'adapter et de s'inscrire dans les réalités territoriales pour favoriser le déploiement régional ;
- Le juste compromis entre la nécessaire structuration des parcours et le besoin de modularité pour mieux s'adapter aux besoins des patients ;
- La prise en compte au juste niveau du besoin d'accompagnement de la transformation des pratiques et organisations souvent sous-estimée dans les projets mais que Domoplaies a su intégrer dans son projet en appréhendant avec justesse cette dimension ;
- La mise en place d'un système d'information adapté, clé de voûte pour soutenir la montée en charge. Tenant compte de l'expérience de Domoplaies et au regard des orientations des pouvoirs publics en matière de numérique en santé, l'enjeu est de guider et d'orienter les futurs porteurs de projet dans leur choix ;
- La définition d'un modèle économique qui capitalise sur le modèle Domoplaies (structuration, dimension intéressement...) tout en l'ajustant pour mieux tenir compte des évolutions de masse salariale dans un contexte de tensions sur les ressources humaines et proposer un dimensionnement des équipes de coordination gradué et adapté à la réalité des modalités de constitution des équipes de coordination expertes en plaie.

#### **4.2 – Avis et recommandations :**

##### **Avis et recommandations du Comité technique de l'Innovation en Santé sur la suite à donner sur le projet d'expérimentation**

Les résultats de l'évaluation finale de l'expérimentation Domoplaies montrent que la mise en œuvre du dispositif a répondu aux besoins spécifiques des patients atteints de plaies chroniques et complexes, tout en atteignant les objectifs fixés dans le cadre de l'article 51. Le modèle a démontré son efficacité opérationnelle, son efficacité économique, et sa capacité à s'adapter à des contextes variés pour améliorer l'accès aux soins, la qualité des prises en charge, et la satisfaction des patients et des professionnels.

La prise en charge proposée se distingue par son approche coordonnée, qui intègre l'expertise en plaies et cicatrisation, des outils numériques performants, et une forte implication des professionnels de santé de premier recours. Ce modèle a permis de réduire significativement les hospitalisations évitables, d'accélérer les délais de cicatrisation, et de limiter les récives.

La mise en œuvre du dispositif en Occitanie a démontré une forte adhésion des acteurs locaux et une satisfaction élevée des patients et professionnels avec plusieurs enjeux identifiés lors de l'évaluation :

- Assurer une adaptation du modèle aux spécificités territoriales et particularités locales, notamment dans les zones à faible densité médicale, mobilisant à la fois les secteurs hospitalier et libéral ;
- Envisager un périmètre de fonctionnement adapté pour permettre l'atteinte d'un seuil de taille critique et la préservation d'un maillage équilibré des expertises ;
- Assurer le maintien d'un niveau de compétence suffisant et homogène des professionnels impliqués en prévoyant un dispositif de formation et d'accompagnement continu des équipes ;
- Mener une réflexion sur la modularité de la prise en charge, notamment pour prendre en compte les limites techniques ou organisationnelles inhérentes à certains territoires (difficulté d'accès au réseau, difficulté de disponibilité dans un délai raisonnable, etc.) ;
- Analyser la pertinence et adapter les modalités de financement en réévaluant les montants forfaitaires et le modèle ;
- Prendre en compte l'importance pour les acteurs de disposer d'un système d'information adapté et efficace afin de soutenir efficacement une montée en charge à l'échelle nationale.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à la généralisation de l'expérimentation « Domoplaies » avec les recommandations énoncées ci-dessus.

Dans cette perspective, le comité technique attire l'attention sur les probables évolutions du métier d'infirmier dans le cadre de l'aboutissement de la réforme afférente, notamment en ce qui concerne le sujet des plaies complexes. Ces perspectives soulignent l'intérêt d'un dispositif comme Domoplaies mais amènent à réfléchir à la bonne articulation du modèle testé avec les évolutions en cours et le nouveau cadre qui en découlerait. Les besoins d'articulation entre l'encadrement des activités de télésanté (notamment les seuils maximums conventionnels) et le modèle Domoplaies devront également être pris en compte.

### **Avis et recommandation du conseil stratégique de l'innovation en santé pour la suite à donner à l'expérimentation**

Le conseil stratégique confirme l'avis émis par le comité technique et les points d'attention concernant l'articulation du modèle testé avec les évolutions en cours et le nouveau cadre qui en découlerait.

Le conseil stratégique souligne que des organisations prenant en charge les plaies chroniques et complexes existent actuellement dans plusieurs régions. La transposition dans le droit commun du modèle Domoplaies soulève ainsi la nécessité d'apporter des ajustements pour intégrer le modèle dans les dynamiques et spécificités de chaque territoire afin de tenir compte de la densité médicale et de l'accès au numérique.

Par ailleurs, du fait de la rareté des experts en plaies et cicatrisation, le conseil souligne que la limite du taux d'actes de téléconsultations assistées pourrait constituer une perte de chance pour les patients. A ce titre, il apparaît nécessaire d'ajuster l'encadrement des seuils pour permettre la mise en œuvre du modèle.

Concernant l'expertise en plaies et cicatrisation, la montée en charge du dispositif nécessite la mise en œuvre d'une amélioration continue des pratiques des experts en plaies pour garantir une qualité homogène des soins.

En ce qui concerne le déploiement du dispositif, le conseil préconise également :

- D'assurer son articulation avec les filières de soins existantes et en articulation avec les Dispositifs d'Appui à la Coordination ;
- La mise en œuvre d'une stratégie de communication ciblée auprès des acteurs de premiers recours pour faciliter l'inclusion auprès des acteurs de premier recours ;
- De préciser les méthodes d'identification des professionnels experts en plaies complexes.
- De prendre en compte la nécessité de disposer de solutions numériques adaptés à la coordination des acteurs.

Au total, 4 avis favorables sont émis sur les 5 avis exprimés (voir annexe). Les conclusions du comité technique sont par ailleurs suivies par tous les autres membres du conseil stratégique de l'innovation en santé. Celui-ci émet en conséquence un avis favorable à la généralisation de l'expérimentation Domoplaies avec les recommandations précisées ci-dessus.

## 5-MODALITE DE MISE EN ŒUVRE DE LA PERIODE TRANSITOIRE

### 5.1 - TERRAIN DE MAINTIEN EN CONDITIONS OPERATIONNELLES

L'innovation en santé est mise en œuvre sur la région Occitanie. Toute personne porteuse d'une plaie chronique et/ou complexe est éligible au programme, quel que soit son lieu de résidence sur le territoire régional, selon les modalités d'inclusion et de sorties définies aux paragraphes 1.3 et 1.4

### 5.2 - DUREE DE LA PERIODE TRANSITOIRE :

La durée de la période transitoire est de 12 mois à compter du 01/02/2025.

Cette période transitoire pourra être prolongée d'une durée de 3 mois renouvelable 1 fois pour atteindre au maximum 18 mois de période transitoire.

### 5.3 - PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA PERIODE TRANSITOIRE

L'association CICAT Occitanie étant le seul porteur de cette innovation en santé, les interactions avec les différentes parties prenantes, partenaires professionnelles, équipes ARS, ministérielles, Cnam et du dispositif Article 51 sont coordonnées par l'association CICAT Occitanie. CICAT Occitanie assure le pilotage de la mise en œuvre de l'innovation en santé, sa gouvernance et son suivi.

## 6-FINANCEMENT DE L'INNOVATION

### 6.1 – DESCRIPTION DU FORFAIT

Le modèle de financement est basé, au titre du FISS, sur **deux forfaits moyens rémunérant le dispositif selon que le patient réside ou non en EHPAD** :

- **Forfait de base ou forfait patient hors EHPAD = 386 €**
- **Forfait patient en EHPAD = 401 €, soit forfait de base + 15 €/patient en EHPAD**

Les forfaits ne font pas, à ce stade de différenciation de la situation et du chemin clinique du patient, du type et du nombre d'actes de télémedecine, des visites présentiellees réalisées de façon exceptionnelles, et du type de plaies.

**Le forfait de base de 386 € rémunère :**

- L'activité du centre d'appel et d'orientation régional et la coordination clinique (IDE coordinatrice spécialisée en plaies, secrétaires),
- Les actes de téléconsultation (longue pour la 1<sup>ère</sup> téléconsultation d'inclusion) ; réalisés par les médecins et les IDE experts de CICAT Occitanie qui apportent leur expertise au domicile du patient grâce à des téléconsultations (95 %) et des téléconsultations audio sans vidéotransmission avec transfert d'images (5%). 54 % des actes sont réalisés par des IDE experts délégués.
- les coûts de coordination clinique régionale ou de proximité, réalisée par les médecins experts de DOMOPLAIES (hospitalier ou libéral) ou IDE spécialisées plaies (libérales ou salariées) agissant dans le cadre d'un protocole de coopération article 66 Loi OTSS,
- les activités d'amélioration et d'harmonisation des pratiques des médecins et IDE experts : RMM, réunion trimestrielle du réseau d'experts
- le système d'information et de télémedecine permettant de coordonner les acteurs, de réaliser en télémedecine 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 » : e. Ces coûts sont actuellement facturés par le GIP Normand'e-Santé à CICAT Occitanie,
- Les coûts de fonctionnement de CICAT Occitanie : locaux, assurance, gestion et système d'information interne, communication, déplacements, ...
- Les coûts de gestion liés au suivi et à la répartition du forfait : système d'information et ressources humaines.

### La participation de l'IDE (salarié) d'un EHPAD pour accompagner un patient situé en EHPAD

Cette participation 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.

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 multiplient 10 € (tarif code acte TLS de l'avenant n°6 de la convention des IDEL), soit 30 €/2 = 15 €.

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

FORFAIT COÛT MOYEN PAR SERVICE pour une séquence de soins				
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 définie au § 6.1.1.1  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 § 6.1.1.2
CENTRE d'ORIENTATION (Centre d'appels) ET DE SUIVI PPS -suivi de la mise en œuvre de 100 % des PPS	55 €	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 par CICAT Occitanie
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 par CICAT Occitanie
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
SYSTEME 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
SYSTEME D'INFORMATION POUR LA GESTION ET LE SUIVI DE LA REPARTITION DU FORFAIT	8 €	CICAT OCCITANIE	CICAT OCCITANIE	PRESTATAIRES
<b>TOTAL</b>	<b>386 €</b>			
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

### **Modalité de facturation des forfaits sur la plateforme CNAM PF A51**

Qui facture/déclare sur la plateforme PF 51?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CICAT OCCITANIE</li> </ul>
Evènement déclencheur de la facturation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la réalisation effective de la téléconsultation d'inclusion</li> </ul>
Paiement forfait de base (hors EHPAD) par PF A51	<ul style="list-style-type: none"> <li>• à CICAT OCCITANIE qui répartit ensuite le forfait</li> </ul>
Paiement forfait avec patient en EHPAD par PF A51	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 386 € (forfait de base) à CICAT OCCITANIE qui répartit ensuite le forfait</li> <li>• 15 € à l'EHPAD après déclaration de CICAT Occitanie</li> </ul>

## **6.2 - PRINCIPES DE REPARTITION DU FORFAIT ET DE REMUNERATION DES INTERVENANTS**

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

Activité	Part du forfait à répartir sur les experts selon leur activité
<b>Expertise en téléconsultation</b> <i>(en moyenne 1 TLC inclusion et 2 TLC suivi)</i>	<b>138 € / patient</b>
<b>Coordination médicale pour l'appui au parcours de soins plaies</b>	<b>27 € / patient</b>
<b>Coordination infirmière pour l'appui au parcours de soins plaies</b>	<b>13 € / patient</b>

### **6.2.1 - 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.

#### **6.2.1.1- Principe de rémunération à l'acte des experts**

Type d'acte	Tarif de base médecin expert	Taux de rémunération des IDE experts délégués selon le protocole de coopération autorisé par l'ARS en juillet 2014 (art.66 loi OTSS)	Taux de rémunération des médecins experts délégués pour la validations des actes délégués aux IDE selon le protocole de coopération autorisé par l'ARS en juillet 2014 (art.66 loi OTSS)
<b>Téléconsultation d'inclusion (1heure)</b>	<b>60 €</b>	Ne peut être inférieur à 60 % de 60 €	Ne peut être supérieur à 40 % de 60 €
<b>Téléconsultation de suivi (30 mn)</b>	<b>30 €</b>	Ne peut être inférieur à 60 % de 30 €	Ne peut être supérieur à 40 % de 30 €

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<sup>ème</sup> téléconsultation. Une ré-analyse, entre plusieurs experts du dispositif DOMOPLAIES, de la situation du patient sera réalisée.

### **6.2.1.2 - Complément de rémunération à l'intéressement**

#### **Principe de rémunération à l'intéressement**

Dans le cadre de l'innovation « Domoplaies », une prime d'intéressement est prévue sur la ligne financière « Télémédecine actes dérogatoires médecins et IDE HPST experts ».

Le forfait de base de 386 € comprend une part correspondant à la rémunération des téléconsultations réalisées par les experts par patient. Le montant de cette part est de 138€ et il se décompose ainsi :

- 120 € permettant de financer 3 téléconsultations par patient selon le barème mentionné supra (§ 6.1.1.1),
- 18 € d'intéressement.

Cette prime n'est reversée que s'il existe un excédent sur cette ligne financière : c'est-à-dire si la moyenne des téléconsultations des patients pris en charge dans le cadre de Domoplaies est inférieure ou égale à 3 téléconsultations.

#### **Règle de répartition de l'intéressement**

- 35% de l'intéressement revient à l'association Cicat-Occitanie pour des investissements futurs,
- 30% de l'intéressement revient aux salariés de Cicat-Occitanie, en poste au moment du versement de la prime. Les montants non versés reviennent à la structure Cicat-Occitanie en sus des 35% relatifs à l'investissement. Le montant perçu par salarié est proportionnel au coût qu'il représente dans le coût total des ressources humaines de l'association.
- 35% de l'intéressement revient aux experts de Cicat-Occitanie, actifs au moment du versement de la prime. Les montants non versés reviennent à la structure Cicat-Occitanie en sus des 35% relatifs à l'investissement. Ces 35% sont répartis ainsi :
  - 50% pour la participation à l'activité de téléconsultation et de validation des IDE délégués par rapport à l'activité totale de téléconsultation et de validation ;
    - les IDE perçoivent 70% des 50% pour leur participation à l'activité de téléconsultation,
    - les médecins validateurs perçoivent 30% des 50%, au prorata de leur activité de validation.
  - 20% pour la participation aux activités de coordination du parcours patient, par rapport à l'activité totale de coordination.
  - 15% pour la participation aux RMM, par rapport à la participation totale aux RMM.
  - 15% pour la participation aux journées des référents, par rapport à la participation totale aux Journées des référents.

#### **Règle de versement de l'intéressement**

Le calcul de l'intéressement est réalisé sur les dossiers clôturés en année N avec un versement prévu en année N+1. Les salariés de CICAT Occitanie et les professionnels de santé experts libéraux ou salariés agissant dans le cadre de DOMOPLAIES sont informés par courrier du versement et du montant de leur prime, au second semestre de l'année n+1

### **6.2.2- Répartition du forfait Coordination pour l'appui au parcours de soins plaies**

Sur la base des 12 années d'expérience de CICAT Occitanie (Est région) qui ont précédé l'expérimentation, le montant de la rémunération de la coordination des patients dans le cadre de l'expérimentation article 51 avait été fixé ainsi :

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



En cours d'expérimentation article 51, la répartition du forfait de coordination a été revue sans que cela ne modifie le montant du forfait de 386 € par séquence de soins.

Cette répartition est maintenue dans le cadre de la mise en œuvre de l'innovation :

- Coordination médicale :
  - o Rémunérée 50€/h pour un médecin coordonnateur expert en plaies et cicatrisation
  - o Astreinte (1/2 journée – 1 seul médecin/astreinte) : Rémunérée 30€/demi-journée pour un médecin coordonnateur expert en plaies
- Coordination IDE :
  - o Rémunérée 35€/h pour une infirmière coordinatrice experte en plaies et cicatrisation

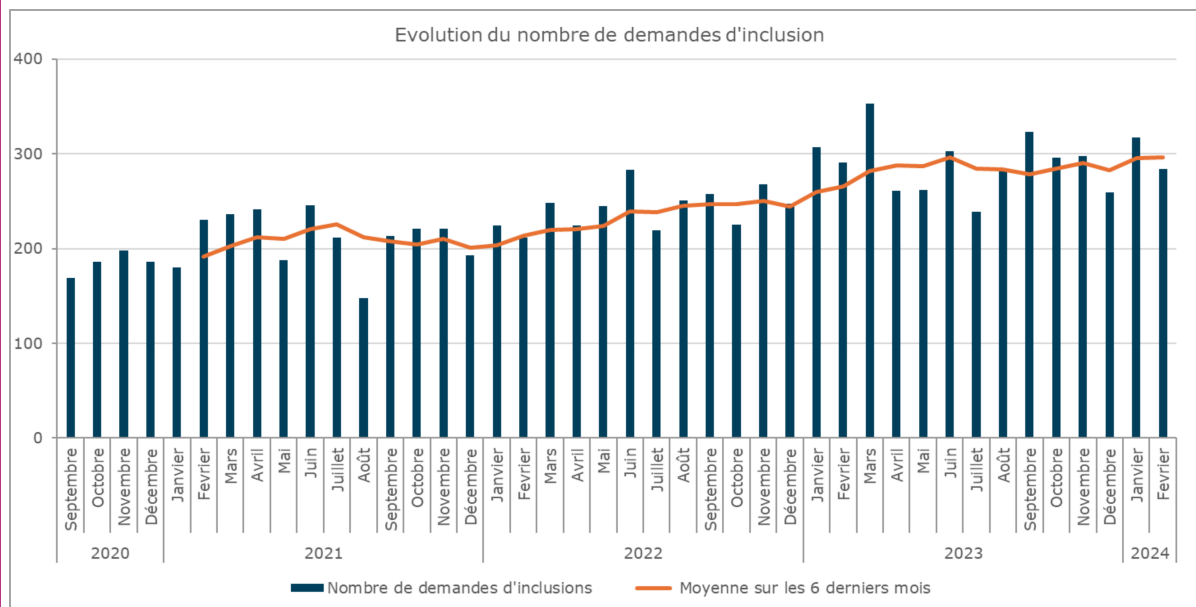
L'analyse du modèle économique, présenté dans le rapport final, permet de comparer les hypothèses du modèle avec la réalité du temps consommé par dossier :

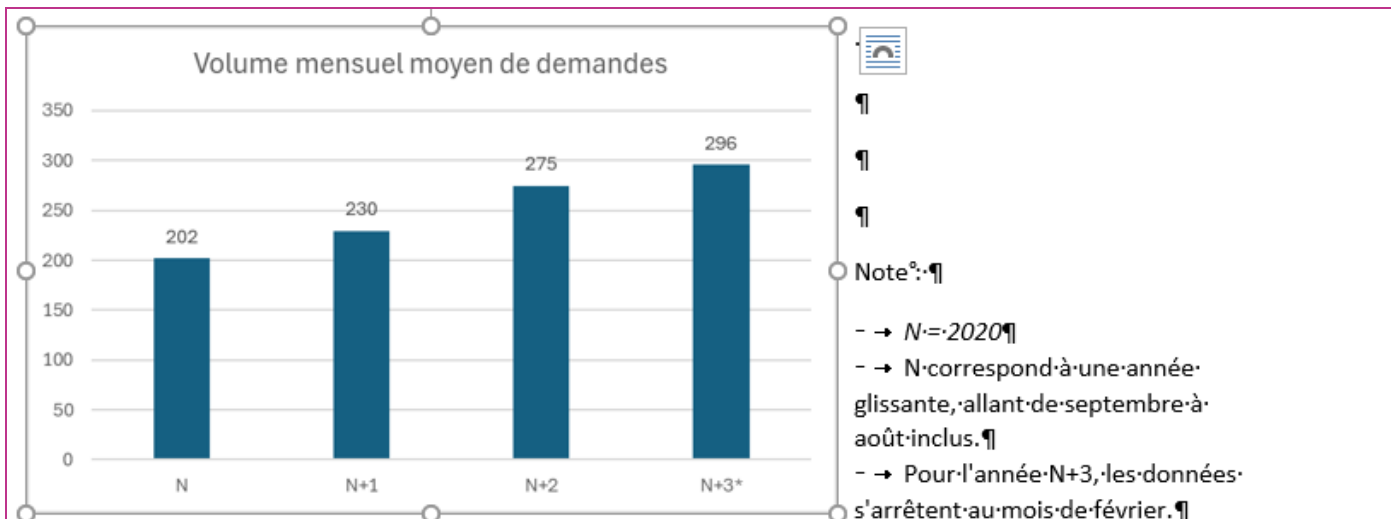
	Médecin		IDE	
	Estimation	Réel	Estimation	Constat
Part des dossiers coordonnés	20%	19%	30%	50%
Temps par dossier	2h	0,63h	2h	1,37h

### 6.3 – FISS PREVISIONNEL PERIODE TRANSITOIRE

Le rapport final fait état de la dynamique des demandes d'inclusion reçues par le dispositif DOMOPLAIES.

Les données ont été analysées sur la période du 1<sup>er</sup> septembre 2020 au 29 Février 2024. Sur cette période de 42 mois, Domoplaies a enregistré **10 247 demandes**. La demande augmente continuellement depuis le lancement du dispositif dans son format Article 51 :





Sur la base des données du rapport final, pour la période transitoire, il est prévu une inclusion de 270 patients/mois en moyenne ;

Pour une période transitoire de 12 mois, les inclusions seraient de 3 240 patients.

Si cette période transitoire devait être prolongée de 3 mois, le nombre de patients supplémentaires inclus serait de 810 patients par période de 3 mois.

Projection budget FISS								
Période de réalisation de l'innovation DOMOPLAIES	Mois	Patients inclus	Nombre Patients (70% hors EHPAD)	FISS patients_hors_EHPAD	Nombre Patients en Ehpads (30%)	FISS patients_EHPAD	FISS TOTAL	
12 mois	févr-25	1	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	mars-25	2	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	avr-25	3	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	mai-25	4	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	juin-25	5	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	juil-25	6	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	août-25	7	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	sept-25	8	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	oct-25	9	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	nov-25	10	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	déc-25	11	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	janv-26	12	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
sous-total 1		<b>3240</b>	<b>2268</b>	<b>875 448,00 €</b>	<b>972</b>	<b>389 772,00 €</b>	<b>1 265 220,00 €</b>	
prolongation 3 mois	févr-26	13	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	mars-26	14	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	avr-26	15	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
sous-total 2		<b>810</b>	<b>567</b>	<b>218 862,00 €</b>	<b>243</b>	<b>97 443,00 €</b>	<b>316 305,00 €</b>	
nouvelle prolongation 3 mois	mai-26	16	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	juin-26	17	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
	juil-26	18	270	189	72 954,00 €	81	32 481,00 €	105 435,00 €
sous-total 3		<b>810</b>	<b>567</b>	<b>218 862,00 €</b>	<b>243</b>	<b>97 443,00 €</b>	<b>316 305,00 €</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>4860</b>	<b>3402</b>	<b>1 313 172,00 €</b>	<b>1458</b>	<b>584 658,00 €</b>	<b>1 897 830,00 €</b>	

#### 6.4 – FIR : ESTIMATION CREDITS D'INGENIERIE PERIODE TRANSITOIRE

Le besoin de financement au titre du FIR concerne des frais d'ingénierie de l'innovation DOMOPLAIES pour son maintien en condition opérationnelle par le médecin directeur et le chef de projet et pour leur participation aux travaux de préparation de la généralisation.

Pour une phase transitoire de 12 mois, les crédits d'ingénierie s'élèvent à 190 000 € et à 285 000 € pour une période maximale de 18 mois.

## 6.5 – BESOIN TOTAL DE FINANCEMENT (FISS et FIR)

Le besoin de financement de l'innovation en santé « DOMOPLAIES » pour une période transitoire de 12 mois est de 1 455 2205 € sur 12 mois et de 363 805 € par période de 3 mois supplémentaires.

### Synthèse et répartition du financement (FIR+FISS) sur 12 mois , 15 mois et 18 mois

Période du SAS	12 mois	prolongation 3 mois	Total (12 mois + 3 mois)	Total (12 mois + 6 mois)
Nb de patients	3240	810	4050	4860
Prestations dérogatoires (FISS) pour forfait pondéré de soins + suivi par patient par an	1 265 220 €	316 305 €	1 581 225 €	1 897 830 €
Crédits d'ingénierie (FIR)	190 000 €	47 500 €	237 500 €	285 000 €
<b>Total Expérimentation (FISS+FIR)</b>	<b>1 455 220 €</b>	<b>363 805 €</b>	<b>1 819 025 €</b>	<b>2 182 830 €</b>

## 7 DEROGATIONS NECESSAIRES POUR L'INNOVATION

L'innovation répond aux catégories suivantes :

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	Cocher
a) <b>Financement forfaitaire</b> total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité	X
b) <b>Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins</b>	X
c) <b>Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins</b> , 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) <b>Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné</b>	X

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

<p>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</p>		
<p>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</p>		

## 8 - LIEN INTERETS

*L'Association CICAT Occitanie déclare avoir des liens d'intérêt dans le cadre de participations financières pour l'organisation :*

- *de réunions d'information pour développer l'expérimentation DOMOPLAIES ;*
- *Hors DOMOPLAIES d'actions de communications (webinaires, colloques, ...) sur la thématique des plaies et cicatrisation.*