

LETTRE-RÉSEAU

LR-DDGOS-73/2018

Document consultable dans Médi@m

Date :

28/12/2018

Domaine(s) :

dossier client prof. de santé

Nouveau	<input type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input checked="" type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

Modalités de mise en œuvre des organisations collectives coordonnées territoriales proposant une solution de téléconsultation.

Liens :

Cir-21/2018

Plan de classement :

P04

Emetteur(s) :

DDGOS

Pièces jointes : 6

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> Cnam
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input checked="" type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux	<input type="checkbox"/> Chef de service	

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :

La présente lettre réseau vient en complément de la circulaire Cnam CIR-21-2018, présentant les modalités de mise en œuvre des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Elle a pour objet de présenter les modalités d'identification, de recensement et de validation, le cas échéant, des organisations collectives coordonnées territoriales mises en place pour répondre aux besoins de soins des patients notamment par un recours aux téléconsultations.

Validée par le Comité National de Pilotage (CNP) le 21 décembre 2018.

Visa CNP 2018-118

Mots clés :

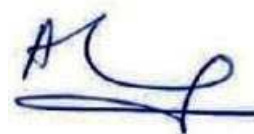
Médecins ; Teleconsultation ; Organisations territoriales ; Avenant 6 ; Convention médicale

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Pierre PEIX

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Annelore COURY

LETTRE-RESEAU : LR/DDGOS/73/2018

Date : 28/12/2018

Objet : Modalités de mise en œuvre des organisations collectives coordonnées territoriales proposant une solution de téléconsultation.

Affaire suivie par :

Affaire suivie par : telemedecine.cnam@assurance-maladie.fr

L'avenant 6 à la convention médicale de 2016 a inscrit dans le droit commun la tarification et le remboursement des actes de téléconsultation.

Ainsi, depuis le 15 septembre 2018, les actes de téléconsultation sont remboursés par l'Assurance maladie, sous réserve de répondre à un certain nombre de grands principes qui en conditionnent la prise en charge :

- la téléconsultation doit s'inscrire dans le respect du parcours de soins coordonné avec orientation préalable du médecin traitant (sauf dans des cas particuliers où la téléconsultation doit participer à une réponse coordonnée portée par une organisation territoriale),
- les patients doivent être connus des médecins réalisant des actes de téléconsultations afin de pouvoir disposer des informations nécessaires à un suivi de qualité ; ce suivi implique également une alternance nécessaire de consultations en présentiel et de téléconsultations (nécessaire consultation en présentiel au cours des 12 derniers mois précédant chaque téléconsultation),
- l'opportunité du recours à la télémédecine doit relever d'une appréciation au cas par cas par le médecin traitant et le médecin téléconsultant, qui jugent seuls de la pertinence d'une prise en charge médicale à distance plutôt qu'en présentiel.

Les partenaires conventionnels ont souhaité que la téléconsultation s'inscrive dans un cadre assurant une prise en charge de qualité et respectueuse des principes d'organisation de notre système de soins.

Pour autant, dans les cas d'urgence ou lorsque le patient ne dispose pas d'un médecin traitant ou que ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient, une réponse par téléconsultation doit pouvoir également être apportée.

Cette réponse doit être de proximité et s'appuyer sur des organisations coordonnées, mises en place par les médecins sur un territoire. Le recours à ces organisations est précisé aux articles 28.6.1.2 de la convention médicale (dans sa rédaction issue de l'avenant 6).

Un suivi des facturations des actes de téléconsultations a été mis en place par la Cnam. Au regard des données et des éventuelles atypies ou anomalies constatées dans le cadre des contrôles mis en place (notamment du fait d'un non-respect des principes conventionnels rappelés supra, garants d'une prise en charge de qualité), des actions seront menées, pouvant, le cas échéant, conduire à des refus de prises en charge a posteriori des actes de téléconsultation facturés.

A cet égard, il est souligné que les porteurs de projets sont tenus en toute hypothèse de respecter non seulement les obligations législatives et réglementaires afférentes aux organisations sur lesquelles ils entendent s'appuyer pour pratiquer la télé médecine, mais encore les objectifs et les modalités définis dans l'accord conventionnel et explicitées dans la présente instruction,

A propos des porteurs de projet qui choisissent de créer un centre de santé, il est rappelé que, préalablement à l'ouverture de tout centre de santé, le gestionnaire doit adresser à l'ARS un engagement de conformité à la réglementation accompagné du projet de santé et du règlement de fonctionnement. Si l'engagement (accompagné du projet de santé et du règlement intérieur) est conforme à la réglementation, l'ARS n'est pas fondée, à ce stade, à retarder la délivrance du récépissé et l'attribution du numéro Finess qui conditionnent l'ouverture du centre. Cependant, comme indiqué dans le guide relatif au centres de santé du 27 juin 2018 « il va de soi que si l'ARS relève, à la lecture du projet de santé, des éléments manquants, des incohérences ou des approximations sources d'interrogations ou de doutes, il lui est recommandé d'essayer de résoudre ces questions en lien avec le centre de santé, préalablement à l'ouverture du centre ». Si le centre refuse tout échange, l'ARS ne pourra intervenir qu'après ouverture du centre de santé pour organiser un contrôle, le cas échéant, en relation avec la caisse locale. Si des manquements sont constatés (manquements compromettant la qualité ou la sécurité des soins, aux obligations législatives ou réglementaires, ou en cas d'abus ou de fraude commis à l'égard des organismes de sécurité sociale ou des assurés sociaux), l'ARS pourra engager la procédure de suspension totale ou partielle d'activité ou de fermeture du centre de santé, prévue à l'article L. 6323-1-12 CSP.

Dans l'hypothèse où vous auriez un doute sur la conformité d'une structure facturant des téléconsultations vous êtes invités à vous rapprocher de l'ARS pour examiner la situation ensemble.

Il est fait observer, enfin, qu'une structure qui prétendrait pratiquer exclusivement des actes de la télé médecine ne pourrait revendiquer le statut de centre de santé que sous réserve de respecter certaines obligations, et notamment :

- proposer un lieu physique d'accueil : un centre de santé ne peut être un centre seulement « virtuel ».
- offrir des conditions d'accueil avec et sans rendez-vous : un centre de santé ne peut donc se limiter à la pratique exclusive de soins non programmés (cf. [annexe 1](#)).

La présente instruction vise à préciser aux caisses, les modalités d'identification, de recensement et de validation (le cas échéant) des organisations collectives mises en place au sein des territoires pour répondre aux besoins de soins des patients notamment par un recours aux téléconsultations.

Elle complète la circulaire télé médecine (CIR/Cnam-21-2018) publiée le 14 novembre 2018.

1. Le cadre des situations dérogatoires au parcours de soins coordonné et à la connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant

1.1 Les principes : respect du parcours de soins et connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant

L'Assurance maladie, comme les syndicats représentant les médecins libéraux, ont souhaité inscrire les actes de téléconsultations au sein du parcours de soins coordonné, ce qui implique le respect deux grands principes :

- une orientation initiale du patient par le médecin traitant (quand la téléconsultation n'est pas réalisée par ce dernier), vers le médecin téléconsultant qui peut-être de toutes spécialités médicales et de tous secteurs d'exercice,
- et la connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant.

C'est le respect de ces principes qui conditionne le droit au remboursement de l'acte de téléconsultation, indépendamment de la solution technologique qui est utilisée pour l'organiser.

Il est en effet important que le développement de la télémédecine ne vienne pas remettre en question l'organisation actuelle de notre système de soins, ni rompre avec les exigences de qualité et de suivi des patients dans la durée, mais au contraire vienne la conforter.

1.2 Les exceptions au respect du parcours de soins et à l'orientation préalable du patient

1.2.1 Les exceptions habituelles au respect du parcours de soins

Les exceptions au respect du parcours de soins applicables à la consultation, s'appliquent à l'identique à la téléconsultation.

Ainsi, pour une téléconsultation, le cadre du parcours de soins n'est pas applicable pour :

- les spécialistes en accès direct (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie),
- les patients âgés de moins de 16 ans,
- la situation d'urgence, c'est-à-dire, « la situation non prévue plus de 8 heures auparavant et qui concerne une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin » (cf. article R. 160-6 du code de la sécurité sociale).

En revanche, dans ces situations et à l'exception de la situation d'urgence, le principe de connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant reste applicable.

Par ailleurs, à titre dérogatoire et pour répondre aux besoins de soins des patients résidant en EHPAD et en établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapés, souvent éloignés de leur domicile initial, il peut être dérogé aux deux principes que sont l'orientation par le médecin traitant et la connaissance préalable du patient.

1.2.2 Les exceptions au respect du parcours de soins et à la connaissance préalable du patient liées au recours aux téléconsultations en réponse à des difficultés d'accès aux soins

En sus des exceptions habituelles au parcours de soins, l'avenant 6 à la convention médicale a posé des exceptions spécifiques au parcours de soins liés au recours aux téléconsultations pour tenir compte des difficultés d'accès aux soins notamment sur certains territoires.

- L'orientation initiale par le médecin traitant ne s'applique pas si le patient ne dispose pas d'un médecin traitant ou que ce dernier n'est pas disponible dans un délai¹ compatible avec son état de santé : une téléconsultation peut alors lui être proposée dans le cadre d'une organisation coordonnée territoriale.

¹ Délai non défini conventionnellement car variable selon les pathologies

- De la même manière, le principe selon lequel, pour pouvoir bénéficier d'une téléconsultation remboursée, le patient doit être connu du médecin téléconsultant, impliquant de facto au moins une consultation physique (cabinet, domicile patient ou établissement de santé) au cours des 12 mois précédant la téléconsultation, ne s'applique pas si :
 - o le patient ne dispose pas d'un médecin traitant,
 - o le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient,
 - o en situation d'urgence (cf. article R. 160-6 du code de la sécurité sociale).

Dans ces trois dernières situations, une téléconsultation peut être proposée au patient (cf. point 2.1) dans le cadre d'une organisation coordonnée territoriale.

S'agissant des conditions de prise en charge applicables dans le cadre de ces organisations, les caisses doivent suivre les instructions diffusées en février 2017 (cf. lettre-réseau LR-DC 1/2017), relatives aux actions de prévention et de suivi des patients rencontrant des difficultés d'accès au médecin traitant.

A noter : un tableau récapitulatif des conditions de prise en charge de la téléconsultation est disponible en **annexe 2**.

2. Les organisations proposant une réponse coordonnée aux besoins de soins des patients

2.1 Le recours aux organisations

Le recours à une organisation coordonnée territoriale (MSP, CDS, CPTS, ESP ou autre forme d'organisation faisant l'objet d'une validation devant les instances paritaires conventionnelles) est prévu dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2 de la convention médicale.

Ainsi :

- lorsque le patient n'a pas de médecin traitant et qu'il a besoin d'avoir accès à un médecin, il peut se rapprocher d'une organisation territoriale coordonnée mise en place par les médecins du territoire pour répondre aux besoins de soins notamment via des téléconsultations ;
- si le patient a un médecin traitant mais que ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec son état de santé, le médecin traitant peut lui-même orienter son patient vers ces organisations territoriales coordonnées, permettant de répondre à ses besoins de soins notamment via des téléconsultations.

2.2 Objectifs des organisations

Les organisations mises en place pour apporter une réponse aux besoins des patients ne disposent pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est disponible dans les délais compatibles avec l'état de santé, doivent permettre aux patients :

- d'être pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins,
- d'accéder à un médecin, par le biais notamment de téléconsultations, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins ou de l'indisponibilité de ces derniers,
- d'être en mesure dans un second temps de permettre aux patients de désigner un médecin traitant pour leur suivi au long cours et réintégrer ainsi le cadre du parcours de soins.

2.3 Typologie des organisations proposant une réponse coordonnée aux besoins de soins des patients

2.3.1 Les formes d'exercice proposant naturellement une réponse coordonnée aux besoins de soins des patients d'un territoire rencontrant des difficultés d'accès aux soins

Il s'agit des :

- Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) – *définition donnée à l'article L. 6323-3 du Code de la Santé publique* (structure disposant d'un numéro FINESS),
- Centres de Santé (CDS) – *définition donnée à l'article L. 6323-1 du Code de la Santé publique* (structure disposant d'un numéro FINESS),
- Equipes de Soins Primaires (ESP) - *définition donnée à l'article L. 1411-11-1 Code de la Santé publique* (souvent sous forme associative),
- Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) – *définition donnée à l'article L 1434-12 du Code de la Santé publique* (souvent sous forme associative).

Les MSP, CDS, ESP, CPTS sont en effet des formes d'exercice coordonné mises en place sur un territoire donné, ayant défini un projet de santé répondant aux besoins du territoire (projet la plupart du temps déposé auprès de l'Agence Régionale de Santé) et s'appuyant sur des professionnels de santé installés sur ledit territoire.

2.3.2 les organisations territoriales de soins (autres que MSP, CDS, ESP, CPTS) devant nécessairement faire l'objet d'une validation par les instances paritaires conventionnelles

➤ Modalités de fonctionnement

Les organisations collectives coordonnées territoriale (d'une autre forme que les MSP, CDS, ESP, CPTS) doivent faire appel à des médecins volontaires d'un territoire donné.

Il peut s'agir de :

- médecins libéraux conventionnés (toutes spécialités et tous secteurs d'exercice), quel que soit leur mode d'exercice (exercice isolé, en groupe, en maison de santé pluriprofessionnelle...),
- médecins salariés de centres de santé,
- médecins exerçant en établissements de santé, quel que soit leur statut.

L'organisation territoriale peut également inclure d'autres professionnels de santé (exemple : infirmier, pharmacien ou médecin, assistant les patients dans le cadre de téléconsultations).

Le territoire d'une organisation territoriale, n'a volontairement pas été défini car il peut avoir une taille plus ou moins importante selon le type d'organisations mis en place par les professionnels implantés dans un territoire donné, pour répondre aux besoins des patients. L'idée est de ne pas enfermer la notion de « territoire » dans un cadre trop strict. Ce dernier peut ainsi être de dimension infra départementale, départementale, ou régionale. La dimension du territoire a un impact dans le processus de référencement par l'assurance maladie de l'organisation (cf. point 3.1).

Sont exclues de ce dispositif, les plateformes de téléconsultations commerciales qui proposent des téléconsultations, fondées sur des prises en charge ponctuelles par des médecins ne connaissant pas les patients) sans notion de suivi global et d'orientation dans le système de soins. En effet, les organisations territoriales qui proposent des solutions de télémédecine doivent être en mesure, à terme de permettre aux patients de désigner un médecin traitant pour leur suivi au long cours (avec alternance possible de consultations physiques et de téléconsultations) et réintégrer ainsi le parcours de soins.

➤ Validation en instances paritaires conventionnelles médecins

Conformément aux termes de l'avenant 6, les organisations territoriales doivent faire l'objet d'une validation devant les instances paritaires conventionnelles médecins locales ou régionales (en fonction), afin de vérifier qu'elles répondent bien aux objectifs définis au point 1.1 de la présente instruction.

La compétence de l'instance paritaire médecin est fonction de la taille du territoire que recouvre l'organisation territoriale :

- CPL, si son champ d'intervention est départemental
- CPR, si son champ d'intervention est régional
- CPR, si son champ d'intervention se situe sur 2 départements
- CPR désignée après concertation, si son champ d'intervention se situe sur plusieurs régions.

En tout état de cause :

- le champ d'intervention d'une organisation territoriale n'est jamais de dimension nationale,
- il convient de ne pas apprécier trop strictement le champ de compétence des instances paritaires, afin de tenir compte de situations locales particulières pouvant justifier des dérogations de compétence.

3. Recensement des organisations collectives territoriales proposant une réponse aux besoins de soins et attribution d'un numéro d'identification

Afin de pouvoir être facilement identifiables par les patients, les professionnels de santé et les institutions (CPAM/CGSS, ARS,...) d'un même territoire, un recensement national des organisations collectives territoriales proposant une réponse aux besoins de soins des patients (dans le cadre du cadre dérogatoire défini dans l'avenant 6 à la convention médicale pour le recours aux téléconsultations) est mise en place par l'Assurance Maladie.

Les actions à mettre en place dans les caisses pour parvenir à recenser l'ensemble des organisations de leur territoire, varient selon leur typologie (cf. point 2.3).

Deux processus de recensement sont ainsi instaurés.

3.1. Processus de recensement des MSP, CDS, ESP et CPTS

1. Il est demandé aux caisses de se rapprocher des MSP, CDS, ESP, CPTS implantées sur leur territoire, en lien avec les DCGDR, interlocuteurs de l'ARS, afin de leur demander si elles souhaitent être enregistrées comme offrant une solution de télémédecine et répondent aux objectifs conventionnels définis par l'avenant 6 (cf. point 2.2).

Les modalités de prise de contact sont laissées à la discrétion des caisses et peuvent se faire sous différentes formes (courriel, contact téléphonique, courrier...).

Ces entités peuvent décrire dans ce cadre leurs modes d'organisation propres.

2. S'il est répondu positivement, la caisse enregistre la MSP, le CDS, l'ESP ou la CPTS dans le référentiel national, ce qui a pour effet de délivrer automatiquement un numéro d'identification à l'organisation. Ce numéro est destiné au seul usage interne de la caisse et n'a pas besoin d'être communiqué à l'organisation.
3. La caisse remplit le dossier (cf. **annexe 3**) des éléments d'informations apportées par la MSP, CDS, ESP et CPTS.

A noter :

- si une MSP, CDS, ESP, CPTS indique qu'elle ne peut pas répondre tout de suite à l'ensemble des objectifs conventionnels et notamment la réintégration du patient dans le parcours de soins, il convient d'avoir une approche souple. L'objectif est d'apporter une réponse rapide aux besoins de soins des patients du territoire et de ne pas freiner les initiatives existantes.
- dès lors qu'une organisation collective associe, par exemple, une MSP ou un CDS, et des médecins libéraux conventionnés et d'autres professionnels de santé, tel que les infirmiers, celle-ci ne fait pas l'objet d'un passage en commission paritaire médecins et suit le processus de recensement décrit supra.

3.2. Processus de recensement des autres organisations territoriales (hors MSP, CDS, ESP et CPTS)

1. Les organisations coordonnées territoriales souhaitant offrir une solution de télémédecine répondent aux objectifs conventionnels définis par l'avenant 6, doivent elles même se rapprocher de la caisse sur le territoire de laquelle elles sont implantées.
Une information sur ce circuit est diffusée via le site Ameli.fr (cf. point 3.4 de la présente instruction).
2. La caisse remet à l'organisation territoriale le dossier type à remplir visé à l'annexe 3. Il est en effet important de s'assurer que dans le cadre de ces formes d'organisations, le mode d'organisation mis en place réponde bien au cadre défini par les partenaires conventionnels pour la réponse aux besoins de soins notamment via des téléconsultations. Ces organisations doivent se développer en cohérence avec notre organisation des soins et non pas en parallèle ou en substitution.
3. Lorsque les items du dossier sont remplis, l'organisation territoriale le retourne à la caisse pour analyse. Cette analyse est réalisée en lien avec le DCGDR qui pourra le cas échéant, en fonction du territoire d'intervention de l'organisation, prévoir la tenue d'une CPR. Dans la mesure où ce type d'organisation fait obligatoirement l'objet d'une validation en commission paritaire conventionnelle médecins, le dossier doit être adressé au secrétariat de l'instance conventionnelle dédiée (cf. point 2.3.2 de la présente instruction).
4. Le Secrétariat de l'instance dispose d'un délai de 5 semaines, à compter de la réception du dossier pour analyser ce dernier et réaliser une synthèse du dossier qui sera présenté aux membres de la commission.

La caisse concernée et la DCGDR sont invitées à se rapprocher de l'ARS pour échanger avec elle sur le projet d'organisation collective coordonnée territoriale déposé. Une telle concertation est en effet de nature à faciliter une approche régionale coordonnée de ce type de projet.

A noter que le dossier à analyser peut avoir une dimension plus large que le simple descriptif de l'organisation territoriale mise en place pour faciliter l'accès aux soins notamment par le recours à la téléconsultation (difficultés accès médecin traitant ou autre). Il convient de limiter l'analyse dans ce cadre au schéma de l'organisation territoriale mise en place en veillant à vérifier sa conformité aux objectifs définis dans l'avenant 6.

5. Les membres de la CPL/CPR se prononcent sur la validation de cette organisation :
 - ✓ lors d'une réunion physique de l'instance, dès lors qu'une CPL/CPR se tient dans le mois suivant la réception du dossier complet.

- ✓ ou, à défaut, par voie dématérialisée. Dès lors qu'ils sont saisis par le Secrétariat de l'instance, les membres de la Commission disposent de 15 jours ouvrables pour voter et transmettre ce vote au Secrétariat de la Commission.

Les modalités de vote suivent celles définies à l'annexe 23 de la convention médicale (cf. **annexe 4** ; règlement intérieur type des instances de la convention médicale de 2016).

Le vote et la décision rendus par la commission devront être tracés par écrit et transmis aux membres des instances conventionnelles.

A noter :

- Une audition du porteur de projet est possible en séance – ce qui suppose que la caisse en ait préalablement informé l'organisation territoriale, au moment de la remise du dossier.
- Afin de favoriser l'accès aux soins, les membres de la commission peuvent décider de valider une organisation territoriale, même si elle ne répond pas à l'ensemble des objectifs définis dans l'avenant 6. Dans ce cadre, la commission peut décider de donner un avis favorable avec « clause de revoyure » (délai à définir entre le porteur de projet et les membres de l'instance) pour compléter l'offre de téléconsultation et réintégrer les patients à terme dans le parcours de soins coordonné.

3.3. Création d'un référentiel national des organisations territoriales

Un référentiel national, alimenté par les caisses au fil de l'eau avec les coordonnées des MSP/CDS/ESP/CPTS et autres organisations territoriales, est créé.

Un tel référencement permet :

- de dresser une liste exhaustive et complète des organisations offrant une solution de télémédecine,
- de mettre à disposition cette liste aux patients, professionnels de santé, autres acteurs,
- de disposer d'une base de données nationale permettant à l'Assurance maladie de procéder à des contrôles du respect du cadre de prise en charge des actes de téléconsultation.

En pratique, chaque organisation répondant aux conditions définies conventionnellement, qu'elle ait ou non fait l'objet d'une validation par les instances paritaires conventionnelles médecins, sera enregistrée (avec numéro d'identification destiné au seul usage interne).

C'est la caisse dans le ressort de laquelle est géographiquement implantée l'organisation territoriale qui attribue ce numéro d'identification.

Les caisses doivent remplir le Fichier mis à disposition en annexe 5 pour alimenter le référentiel d'identification des organisations au fur et à mesure des numéros attribués.

Un Manuel utilisateur est disponible **en annexe 6**.

Ce fichier est directement accessible sur SharePoint, à l'adresse suivante :

<https://107501a.collaboratif.cnamts.fr/DPROF-Projets-Transverses/Documents%20partages/Forms/AllItems.aspx>

L'accès au SharePoint s'effectue de manière sécurisée. Chaque utilisateur doit en effet recevoir une habilitation de la Cnam afin de pouvoir y accéder. En ce but, il est demandé à chaque caisse de remonter les coordonnées (nom/prénom/email) du correspondant désigné sur la BAL suivante : telemedecine.cnam@assurance-maladie.fr

NB : Ce remplissage doit également intervenir à la suite de toute modification intervenue (ex : retrait de numéro d'identification en cas de constat de non-respect du cadre conventionnel par l'organisation territoriale, fin d'activité de l'organisation territoriale...).

3.4. Communication de la liste des organisations territoriales disponibles sur le territoire

Les organisations enregistrées par l'assurance maladie doivent être facilement identifiables par les patients et les professionnels de santé d'un territoire.

L'information donnée doit permettre a minima de connaître : le point d'entrée (numéro de téléphone, etc.), le territoire d'intervention de l'organisation territoriale.

Ces informations doivent être disponibles :

- *auprès de l'assurance maladie* :
 - o publication par les caisses de la liste des organisations de leur territoire sur Ameli.fr dans leur espace dédié (contact, territoire d'intervention, etc.)
 - o affichage par les caisses de la liste des organisations territoriales locales dans leurs espaces d'accueil avec mise à disposition d'une cartographie illustrant le territoire d'intervention de l'organisation, pour faciliter l'orientation des patients,
 - o prise de contact avec les patients identifiés par les caisses comme n'ayant pas de médecin traitant déclaré pour les informer de cette possibilité de recours à ces organisations territoriales en cas de difficulté d'accès à un médecin traitant.
 - o information communiquée aux patients via les missions conciliation et les plateformes pfidass.

- *auprès de la MSA* :
 - o publication par les caisses de la liste des organisations de leur territoire sur MSA.fr dans leur espace dédié (contact, territoire d'intervention, etc.)
 - o affichage par les caisses de la liste des organisations territoriales locales dans leurs espaces d'accueil avec mise à disposition d'une cartographie illustrant le territoire d'intervention de l'organisation, pour faciliter l'orientation des patients,
 - o prise de contact avec les patients identifiés par les caisses comme n'ayant pas de médecin traitant déclaré pour les informer de cette possibilité de recours à ces organisations territoriales en cas de difficulté d'accès à un médecin traitant.

- *auprès du Ministère des Solidarités et de la Santé*,
 - o pour mise à disposition de la liste des organisations territoriales sur solidarites-sante.gouv.fr

- *auprès des ARS*
 - o information par les DCGDR, de la mise à disposition de la liste des organisations territoriales, par chacune des caisses de la région, sur Ameli.fr,
 - o transmission de la liste des organisations enregistrées afin que l'ARS puisse mettre cette liste sur son site internet,
 - o mise à disposition d'une cartographie illustrant le territoire d'intervention de l'organisation, pour faciliter l'orientation des patients.

- *auprès des professionnels de santé* :
 - o information de l'ensemble des médecins, toutes spécialités médicales sur cette liste des organisations territoriales du territoire,
 - o information également des MSP, CDS, ESP, CPTS déjà identifiés localement.
 - o information des CPL, CPR médecins et des URPS

- *auprès des Conseils Départementaux et Régionaux de l'Ordre des Médecins*
 - o mise à disposition de la liste des organisations territoriales.

L'information auprès des professionnels de santé peut être réalisée, par exemple, par publication d'article dans des e-news, envoi d'un message d'information sur les BAL personnelles ou professionnelles collectées des PS, ou envoi d'un courrier papier.

3.5. Suivi des organisations territoriales identifiées par l'Assurance Maladie

Les caisses et DCGDR sont invitées à suivre les organisations ayant fait l'objet d'un référencement, et peuvent à ce titre vérifier si, l'organisation territoriale respecte dans son mode d'organisation les principes conventionnels encadrant la téléconsultation.

A défaut et après échange avec les représentants de l'organisation territoriale concernée, le numéro d'identification pourra être retiré. L'ARS et le DCGDR seront tenus informés des procédures menées par les CPAM/CGSS.

De même, lorsque l'organisation territoriale met fin à sa mission ou cesse son activité, le retrait du numéro d'identification doit être effectué le jour où la caisse prend connaissance de ce changement de situation. La date de fin doit être renseignée dans le référentiel.

La liste et les cartographies sont alors actualisées et rediffusées.

La présente lettre-réseau fera l'objet de compléments en tant que de besoin.