

CAHIER DES CHARGES DES EXPÉRIMENTATIONS RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE PAR TÉLÉ-SURVEILLANCE DES **PATIENTS INSUFFISANTS CARDIAQUES CHRONIQUES** MISES EN ŒUVRE SUR LE FONDEMENT DE L'ARTICLE 54 DE LA LOI N°2017-1836 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018

SOMMAIRE

1. Objectifs et périmètre des expérimentations

- 1.1. Objectifs
- 1.2. Périmètre
 - 1.2.1. Pathologie concernée
 - 1.2.2. Pratique médicale concernée
 - 1.2.3. Patients concernés
 - 1.2.4. Lieux de prise en charge

2. Missions et engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge

- 2.1. Inclusion et télésurveillance médicale
- 2.2. Accompagnement thérapeutique
- 2.3. Solution technique et organisationnelle minimale à mettre en œuvre
- 2.4. Conditions générales à respecter pour la mise en œuvre des actes de télésurveillance
 - 2.4.1. Protection et droits des patients
 - 2.4.2. Obligation de conventionnement entre professionnels
 - 2.4.3. Assurance en responsabilité civile
 - 2.4.4. Prérequis en termes de systèmes d'information

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

- 3.1. Tarifs
 - 3.1.1. Rémunération du professionnel de santé effectuant la télésurveillance
 - 3.1.2. Rémunération du professionnel de santé assurant l'accompagnement thérapeutique du patient
 - 3.1.3. Rémunération du fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées
- 3.2. Modalités de paiement des actes réalisés
- 3.3. Pilotage et accompagnement des professionnels de santé
 - 3.3.1. Pilotage national
 - 3.3.2. Pilotage régional
 - 3.3.3. Accompagnement par l'ASIP Santé

4. Evaluation des expérimentations

- 4.1. Objectifs de l'évaluation
 - 4.1.1. Objectifs
- 4.2. Données, recueil et prérequis
 - 4.2.1. Données descriptives
 - 4.2.2. Enquête de satisfaction
 - 4.2.3. Données issues de l'analyse des bases de données médico-administratives
- 4.3. Protocole d'évaluation
 - 4.3.1. Format des données à recueillir
 - 4.3.2. Complétude des données

5. Annexe : Rémunération des acteurs

Le présent cahier des charges concerne la prise en charge par télésurveillance médicale des patients insuffisants cardiaques chroniques.

Il a pour objet de :

- présenter le contexte des expérimentations en télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 36 de la LFSS pour 2018 ;
- définir les modalités de financement retenues dans le cadre de ces expérimentations ;
- préciser les modalités de pilotage retenues ;
- définir les engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge ;

Préciser les modalités d'évaluation des expérimentations validée par la Haute Autorité de santé (HAS)

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

1. Objectifs et périmètre des expérimentations

1.1. Objectifs

La télémédecine constitue un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins. Elle constitue en outre un facteur d'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'assurance maladie. A ce titre, la télémédecine constitue une nouvelle forme d'organisation de la pratique médicale au service du parcours de soins du patient.

Afin d'en faciliter le déploiement au bénéfice de patients pris en charge en médecine de ville, en établissement de santé et en structure médico-sociale, l'article 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018 permet la réalisation d'expérimentations pour une durée de 4 ans.

L'objectif principal des expérimentations est de fixer une tarification préfiguratrice des actes de télémédecine permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale.

Les informations pratiques relatives à la mise en place de ce cahier des charges sont consultables sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé.

Le champ de ce cahier des charges est limité à l'insuffisance cardiaque chronique. La France compte environ 800 000 personnes souffrant d'**insuffisance cardiaque chronique** dont 148 000 sont hospitalisées chaque année, ce qui génère 1 750 000 journées d'hospitalisations. Il est estimé que de nombreuses hospitalisations pourraient être prévenues par une prise en charge adaptée car 50 % des patients présentent des signes cliniques annonciateurs d'une progression de leur maladie dans les 5 jours précédant leur passage aux urgences (9). A cet égard, la télémédecine présente un rôle majeur pour prévenir les cas de décompensation cardiaque par la mise en place de mesures appropriées par les professionnels de soins en charge du patient.

S'agissant de la télésurveillance, les expérimentations qui sont conduites doivent permettre de :

- fixer des tarifs préfigurateurs ;
- cibler les patients à risque d'hospitalisations récurrentes ou les patients à risque de complications à moyen et long termes ;
- parvenir à un état de stabilité de la maladie, voire d'amélioration, grâce à une surveillance adaptée et personnalisée ;
- améliorer la qualité des soins et leur efficacité ;
- améliorer la qualité de vie des patients.

1.2. Périmètre

1.2.1. Pathologie concernée

Le présent cahier des charges couvre la prise en charge des patients insuffisants cardiaques chroniques, quels que soient le type et l'étiologie de la maladie.

L'insuffisance cardiaque chronique est une pathologie fréquente et grave dans laquelle le cœur n'arrive pas à fournir un débit de sang par minute suffisant pour permettre au patient d'effectuer tous les actes qu'il souhaite. Cette maladie bénéficie d'une prise en charge au titre des affections de longue durée (ALD 5). Elle est considérée comme chronique si elle n'est pas résolutive dans un délai de 30 jours après son diagnostic. Les thérapeutiques employées dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique se sont particulièrement diversifiées, avec le recours à plus de sept classes thérapeutiques différentes.

L'insuffisance cardiaque chronique peut être de deux grandes typologies :

- insuffisance cardiaque chronique **systolique**, définie par une fraction d'éjection ventriculaire gauche < 45 % ;
- insuffisance cardiaque à **fraction systolique conservée**, définie par une fraction d'éjection ventriculaire gauche ≥ 45 %.

1.2.2. Pratique médicale concernée

Le périmètre du présent cahier des charges porte exclusivement sur la pratique de la **télésurveillance médicale** (dite « télésurveillance » dans le présent document).

La télésurveillance a pour objet de permettre à un professionnel de santé médical incluant ou suivant un patient d'interpréter à distance des données nécessaires au suivi médical du patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à sa prise en charge.

La télésurveillance est plus précisément définie comme le suivi d'indicateurs cliniques ou biocliniques à distance avec identification d'alertes pouvant nécessiter une intervention médicale.

L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé (10).

Ce cahier des charges porte sur la télésurveillance du patient qu'il soit porteur ou non de dispositif de type stimulateur ou défibrillateur cardiaque.

1.2.3. Patients concernés

Les patients éligibles à un projet de télésurveillance sont ceux présentant un moyen ou haut risque de ré-hospitalisation liée à une nouvelle poussée d'insuffisance cardiaque chronique, selon les critères médicaux décrits ci-après.

Le projet de télésurveillance ne doit cependant aucunement reposer sur des dispositifs à finalité rythmologique (l'évaluation de la télésurveillance de ces dispositifs n'étant pas incluse dans le périmètre du présent cahier des charges).

- sont **éligibles à un projet de télésurveillance** les patients actuellement en classe NYHA 2 ou plus avec un taux de peptides natriurétiques élevé (BNP > 100 pg/ml ou NT pro BNP > 1 000 pg/ml).

Les patients non éligibles à un projet de télésurveillance sont ceux présentant l'une des situations suivantes :

- impossibilité physique ou psychique d'utiliser tous les composants du projet de télésurveillance selon le jugement du médecin désirant inclure le patient dans le projet de télésurveillance ;
- dialyse chronique ;
- insuffisance hépatique sévère ;
- toute pathologie associée existante au jour de l'inclusion, impliquant, selon le médecin incluant le patient une espérance de vie < 12 mois en dehors de l'insuffisance cardiaque chronique ;
- compliance ou adhésion thérapeutique habituelle faible estimée selon le médecin incluant le patient ;
- refus du patient d'avoir un accompagnement thérapeutique ;
- absence de lieu de séjour fixe.

1.2.4. Lieux de prise en charge

Les actes de télésurveillance entrant dans le périmètre du présent cahier des charges doivent être au bénéfice d'un patient **en ALD** se situant **en structure médico-sociale, en établissement de santé ou à son domicile.**

2. Missions et engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge

2.1. Inclusion et télésurveillance médicale

La prestation de télésurveillance comprend **obligatoirement**, sur prescription médicale, l'association d'une télésurveillance médicale, de la fourniture d'une solution technique et d'une prestation d'accompagnement thérapeutique conformes aux exigences décrites dans le présent cahier des charges. Toute prestation incomplète ne donnera pas lieu à rémunération. Lorsque le médecin télésurveillant est le médecin prescripteur, la prescription de la télésurveillance médicale n'est pas nécessaire.

La télésurveillance nécessite un travail collaboratif entre le médecin effectuant la télésurveillance et le médecin traitant, et plus largement avec l'ensemble de l'équipe médicale, paramédicale et médico-sociale prenant en charge le patient. Elle renforce le binôme médecin traitant et médecin spécialiste.

Les médecins exerçant selon l'un des modes suivants peuvent être impliqués dans un projet de télésurveillance dans le cadre du présent cahier des charges :

- médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaires ;
- médecin généraliste disposant d'un diplôme universitaire d'insuffisance cardiaque ;
- médecin traitant ;
- médecin spécialiste en médecine gériatrique.

Ils sont susceptibles d'exercer un rôle de médecin incluant et/ou effectuant la télésurveillance. La télésurveillance ne peut être effectuée que par un seul médecin.

Le tableau ci-après décrit les rôles de chaque médecin selon leur mode d'exercice :

Mode d'exercice / Rôle	Médecin incluant	Médecin effectuant la télésurveillance
Médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou médecin généraliste disposant d'un diplôme universitaire d'insuffisance cardiaque	X	X
Médecin traitant n'étant pas dans le cas précédent	X	
Médecin spécialiste en médecine gériatrique	X	

Les patients ayant donné leur consentement éclairé (se référer au chapitre 2.4.1 du présent cahier des charges) présentant tous les critères d'inclusion et aucun critère d'exclusion peuvent être inclus dans un projet de télésurveillance.

Un codage de l'acte de télésurveillance est effectué par le médecin réalisant la télésurveillance. Il permet d'identifier dans le SNIIRAM les patients inclus et présentant une insuffisance cardiaque chronique.

Six mois après l'inclusion du patient dans un projet de télésurveillance, le médecin ayant inclus le patient ou le médecin effectuant la télésurveillance doit obligatoirement vérifier que le patient présente toujours les critères

d'inclusion et aucun critère d'exclusion, et si tel est le cas, procéder à une nouvelle prescription de télésurveillance. Lorsque le médecin télésurveillant est le médecin prescripteur, la prescription de la télésurveillance médicale n'est pas nécessaire.

Le forfait de télésurveillance médicale comprend le suivi des données de façon hebdomadaire au minimum ainsi que le traitement des alertes (appel éventuel du patient le cas échéant, éventuelle réorientation de celui-ci, ajustement du traitement, convocation du patient...).

2.2. Accompagnement thérapeutique

L'accompagnement thérapeutique du patient et de ses proches est un élément complémentaire et non substitutif de l'éducation thérapeutique. Il a pour objectifs de permettre au patient :

- de s'impliquer en tant qu'acteur dans son parcours de soins ;
- de mieux connaître sa pathologie et les composantes de sa prise en charge ;
- d'adopter les réactions appropriées à mettre en œuvre en lien avec son projet de télésurveillance.

Cet accompagnement tout au long du projet de télésurveillance est indispensable pour permettre au patient de s'impliquer dans sa surveillance et d'adhérer ainsi à son plan de soin. Il nécessite l'accord préalable du patient. Le patient qui refuse cet accompagnement ne peut être inclus dans le projet de télésurveillance.

Il est complémentaire et ne se substitue pas à la formation du patient à l'utilisation du dispositif de télésurveillance.

Chaque séance d'accompagnement thérapeutique peut se réaliser sous forme présenteielle ou à distance, quel que soit le moyen utilisé (téléphone, E-learning, enseignement assisté à distance). **Un nombre minimal de 3 séances dans les 6 mois suivant l'inclusion du patient dans le projet de télésurveillance doivent être réalisées.**

Une séance se structure de la manière suivante :

- réalisation ou mise à jour du diagnostic éducatif ;
- formation du patient portant sur les éléments clés énoncés dans les recommandations de la Société Française de Cardiologie (11) ;
- proposition d'objectifs de progression simples, atteignables, individualisés et pertinents, tenant compte de ceux fixés lors des séances précédentes.

L'accompagnement thérapeutique doit être réalisé par un professionnel de santé qui doit attester :

- pour les médecins : d'une formation minimale de 40 heures, conformément au décret du 2 août 2010 (12) ou d'un DU d'éducation thérapeutique ou de la validation d'un programme DPC portant sur l'éducation thérapeutique ;
- pour les autres professionnels de santé :
 - d'une formation minimale de 40 heures, conformément au décret du 2 août 2010 (13) ou d'un DU d'éducation thérapeutique ou de la validation d'un programme DPC portant sur l'éducation thérapeutique ;
 - et d'un programme DPC portant sur la ou les pathologies concernées.

Le diagnostic éducatif ainsi que la synthèse de chaque séance d'accompagnement thérapeutique doivent être renseignés dans le dossier du patient, sauf en cas de refus de celui-ci.

2.3. Solution technique et organisationnelle minimale à mettre en œuvre

La solution éligible dans le cadre du présent cahier des charges doit *a minima* associer :

- **un système de recueil et de mesure quotidienne du poids** du patient (avec transmission au médecin effectuant la télésurveillance. ;

Dans le cas où cette solution répond à la définition d'un dispositif médical, il doit être marqué CE au titre de la réglementation européenne relative aux dispositifs médicaux.

- **un algorithme**, par définition validé par le médecin effectuant la télésurveillance, permettant de générer des alertes en cas de décompensation cardiaque débutante nécessitant possiblement un ajustement de traitement. Cet algorithme peut être :
 - soit totalement automatisé, c'est-à-dire n'impliquant aucun filtre humain en charge de la vérification de la cohérence de l'alerte. Dans ce cas, le médecin effectuant la télésurveillance reçoit l'ensemble des alertes sans prétraitement préalable ;
 - soit être contrôlé par un IDE quel que soit son mode d'exercice, chargé de contacter le patient afin de s'assurer de la cohérence de l'alerte.

Dans le cas où cet algorithme répond à la définition d'un dispositif médical (14), il doit être marqué CE au titre de la réglementation européenne relative aux dispositifs médicaux.

Le fournisseur de la solution technique doit répondre aux exigences du présent cahier des charges.

Une fois le patient inclus dans le projet de télésurveillance, le matériel de télésurveillance est mis en place au domicile du patient et activé par le fournisseur de la solution technique.

Le fournisseur est responsable :

- de sa mise en place ;
- de sa maintenance en parfait état de fonctionnement ;
- de sa récupération en fin de télésurveillance et de l'élimination des déchets éventuels. Le patient est formé à son fonctionnement.

Les données et les rapports de télésurveillance sont transmis :

- au médecin effectuant la télésurveillance ;
- et pour information :
 - au patient avec son accord lors de son inclusion dans le dispositif ;
 - au médecin incluant et au médecin traitant s'ils le souhaitent, et avec l'accord du patient lors de son inclusion dans le projet de télésurveillance.

2.4. Conditions générales à respecter pour la mise en œuvre des actes de télésurveillance

2.4.1. Protection et droits des patients

Les dispositions relatives aux conditions de mises en œuvre des actes de télé-médecine définies dans le code de la santé publique s'appliquent.

Les actes de télé-médecine sont réalisés avec le **consentement** libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du même code.

Le patient choisit le médecin et la technique de télésurveillance. Il peut s'opposer à la réalisation de la télésurveillance.

Les services de référence utilisés sont le dossier médical partagé (DMP) pour l'archivage et le partage des comptes-rendus produits par le médecin réalisant la télésurveillance et une messagerie sécurisée intégrée à l'espace de confiance MS Santé (Messagerie sécurisée de santé (MSSanté)) pour leur échange. Ces services permettent une transmission sécurisée au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient et impliqués dans sa prise en charge que ce soit à travers l'alimentation du DMP (également accessible au patient) ou l'échange entre professionnels de santé via l'usage d'une messagerie sécurisée. En l'absence de DMP et de messagerie sécurisée, l'envoi papier reste possible. Les outils mis à disposition par les fournisseurs de solutions techniques pour le partage de données de santé doivent respecter la réglementation en vigueur.

Le professionnel médical conserve les différentes données conformément aux dispositions réglementairement prévues.

La télésurveillance permet la mise en place de protocoles de coopération tels que définis à l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009. Ce dernier permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention entre professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, auprès des patients.

2.4.2. Obligation de déclaration d'activité et de conformité

Les professionnels de santé ou établissement de santé ou les structures dans lesquelles les professionnels de santé exercent et les fournisseurs de solutions techniques remplissent une déclaration type d'activité de télé-médecine qui précise les missions respectives de chacun. Cette déclaration est à adresser à l'ARS de leur lieu d'exercice ainsi qu'au conseil départemental de l'ordre des médecins pour les médecins. Les ARS transmettent par tout moyen des fichiers consolidés listant les professionnels engagés aux caisses primaires d'assurance maladie dont ils dépendent.

Le fournisseur de solution technique adresse à la DGOS une attestation de marquage CE s'il s'agit d'un dispositif médical et une attestation sur l'honneur de respecter les dispositions du présent cahier des charges et la réglementation en vigueur encadrant la télé-médecine.

Le professionnel de santé doit avoir été formé à l'utilisation du matériel et des solutions de télésurveillance.

Les déclarations effectuées en application du cahier des charges antérieur, publié le 15 décembre 2016, demeurent conformes.

En synthèse :

- les professionnels de santé et les fournisseurs de solutions techniques adressent une déclaration type d'activité à l'ARS et au CDOM pour les professionnels médicaux ;
- le fournisseur de solution technique adresse à la DGOS une attestation de marquage CE s'il s'agit d'un dispositif médical et une attestation sur l'honneur de respecter les dispositions du présent cahier des charges.

2.4.3. Assurance en responsabilité civile

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

2.4.4. Prérequis en termes de systèmes d'information

Les acteurs impliqués dans la réalisation de l'acte de télémédecine doivent s'assurer que les moyens techniques utilisés apportent une sécurité suffisante pour respecter les règles de droit commun qui régissent :

- l'échange et le partage de données de santé à caractère personnel entre professionnels de santé participant à l'acte de télésurveillance ;
- la formalisation de la réalisation de l'acte de télésurveillance dans le dossier du patient et la conservation de ces informations ;
- la traçabilité des actions de chaque intervenant à l'acte de télésurveillance pour toutes les étapes de sa réalisation.

Ils fournissent des fonctionnalités permettant de garantir :

- l'identification du patient ;
- L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte par des moyens d'authentification forts : carte de professionnel de santé ou tout autre dispositif équivalent conforme au référentiel d'authentification des acteurs de santé de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) ;
- la restriction des droits d'accès (art. R. 6316-3) aux seules données médicales nécessaires à la réalisation de l'acte pour le patient pris en charge.

Les activités de télésurveillance sont réalisées sur la base de remontées de données produites et/ou analysées par des solutions et logiciels. Ceux répondant à la définition de dispositifs médicaux doivent être marqués CE à ce titre et répondre aux exigences réglementaires qui s'imposent à ces produits.

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

3.1. Tarifs

Le versement des tarifs ci-après est conditionné au respect de l'ensemble des dispositions du présent cahier des charges. Des contrôles pourront être effectués *a posteriori* pour vérifier que les acteurs bénéficiant de ces tarifs respectent bien l'intégralité de ces dispositions. Les rémunérations des acteurs sont synthétisées dans l'Annexe « 5. Rémunération des acteurs ».

3.1.1. Rémunération du professionnel de santé effectuant la télésurveillance

Les actes de télésurveillance réalisés sont rémunérés sous forme forfaitaire à hauteur de **110 euros par patient et par semestre** :

- au médecin effectuant la télésurveillance ou sa structure employeur ;
- ou, le cas échéant, à un ou une IDE agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 et dûment autorisé par le directeur général de l'ARS de la région au sein de laquelle il ou elle exerce.

Le paiement de ce forfait ne fait pas échec au paiement de toute consultation physique qui s'avérerait nécessaire dans le cadre du suivi du patient, y compris à l'issue des alertes générées par le système de télésurveillance.

Ce versement est effectué de façon semestrielle par année glissante. Si, à l'issue de la période de 6 mois, le patient présente toujours les critères d'inclusion et aucun critère d'exclusion, une nouvelle prescription de télésurveillance par le médecin ayant inclus le patient ou par celui effectuant la télésurveillance est nécessaire pour permettre le versement de la rémunération pour un nouveau semestre.

Au-delà du versement forfaitaire initial, **une prime de performance pourra être versée à l'année N+1 aux professionnels de santé ayant effectué la télésurveillance de patients présentant la pathologie concernée quelle que soit la solution choisie (ou à leur structure employeur)**. Le versement de cette prime (voir annexe) est conditionné au dépassement d'un objectif collectif, calculé sur l'ensemble des patients inclus dans un dispositif de télésurveillance sur la période concernée, quelle que soit la solution industrielle de télésurveillance.

Cet objectif correspond à une réduction de 20 % des hospitalisations pour insuffisance cardiaque définies selon le diagnostic principal en CIM 10 (I501 I509) hors télémédecine sur douze mois par rapport à l'année N-1.

La performance par rapport à cet objectif est calculée à partir des hospitalisations et coûts de santé observés.

Cette prime de performance est plafonnée à 110 euros par patient et par an pour chaque professionnel de santé ou structure employeur ayant effectué la télésurveillance de patients présentant la pathologie concernée.

3.1.2. Rémunération du professionnel de santé assurant l'accompagnement thérapeutique du patient

Le professionnel de santé assurant l'accompagnement thérapeutique du patient bénéficiant d'un suivi par télésurveillance ou sa structure employeur est rémunéré sous forme forfaitaire à hauteur de 60 euros par patient et par semestre.

Ce versement est effectué de façon semestrielle par année glissante. Selon le même principe mentionné au chapitre 3.1.1, une nouvelle prescription est nécessaire dans l'éventualité où le patient est maintenu sous télésurveillance au-delà de 6 mois.

Selon le même principe mentionné au chapitre 3.1.1, une prime de performance pourra être versée **à l'année N+1 aux professionnels de santé ayant effectué l'accompagnement thérapeutique de l'ensemble des patients**

présentant la pathologie concernée quelle que soit la solution choisie (ou à leur structure employeur). Le versement de cette prime suit les mêmes critères que décrit en 3.1.1.

Cette prime de performance est plafonnée à 60 € par patient et par an pour chaque professionnel de santé ou structure employeur ayant réalisé l'accompagnement thérapeutique.

3.1.3. Rémunération du fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées

La solution technique de télésurveillance est mise à la disposition du patient par le fournisseur sous la forme d'une location. **Cette location a une durée minimale de 6 mois, reconductible si le patient présente toujours les critères d'inclusion et aucun critère d'exclusion.**

Au titre de cette mise à disposition et des services rendus par sa solution, le fournisseur est rémunéré sous forme forfaitaire à hauteur de 300 euros par patient et par semestre.

Ce versement est effectué de façon semestrielle par année glissante. Si la prescription initiale est reconduite, le médecin ayant inclus le patient ou celui effectuant la télésurveillance doit produire une nouvelle prescription de télésurveillance pour un prolongement de 6 mois.

Au-delà du versement forfaitaire initial, **une prime pourra être versée à l'année N+1 aux fournisseurs de la solution de télésurveillance et des prestations associées considérés individuellement.** Le versement de cette prime (voir annexe) est conditionné au dépassement d'un objectif **calculé sur le groupe de patients bénéficiant d'une même solution.** La prime versée à chaque fournisseur est ainsi différenciée selon la performance des solutions techniques, contrairement à la prime versée aux professionnels de santé qui est uniquement liée à la performance globale sur la totalité des patients inclus dans l'expérimentation.

Cet objectif correspond à une réduction de 20 % des hospitalisations pour insuffisance cardiaque définies selon le diagnostic principal en CIM 10 (I501 I509) hors télémédecine sur douze mois par rapport à l'année N-1.

La performance par rapport à cet objectif est calculée à partir des hospitalisations et coûts de santé observés.

Cette prime de performance est plafonnée à 300 euros par patient et par an pour chaque fournisseur de la solution de télésurveillance.

3.2. Modalités de paiement

Les actes de télésurveillance sont payés par les caisses locales d'assurance maladie de façon semestrielle par année glissante (à l'exception des primes de performance en cas de dépassement de l'objectif versées par année calendaire) selon les modalités en vigueur pour la facturation des actes et consultations externes :

- les professionnels ou établissements requis s'identifient selon les modalités habituelles (au moyen d'une CPS ou CPE) ;
- les patients sont identifiés selon les modalités habituelles (au moyen de leur NIR) ;
- l'acte est identifié au moyen de l'un des codes spécifiques créés par l'assurance maladie.

Les fournisseurs de solutions techniques sont payés par les caisses locales d'assurance maladie de façon semestrielle par année glissante (à l'exception des primes de performance en cas de dépassement de l'objectif versées par année calendaire).

Ces sommes sont imputées par les organismes payeurs sur le compte 4457261 dédié au suivi des crédits fléchés de ces expérimentations.

Le médecin incluant le patient au cours de sa consultation n'est pas rémunéré dans le cadre du projet de télésurveillance.

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

4. Evaluation des expérimentations

4.1. Objectifs de l'évaluation

4.1.1. Objectifs

L'article 54 de la LFSS 2018 dispose qu'« au terme de ces expérimentations, une évaluation médico-économique, sociale, qualitative et quantitative est réalisée ou validée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le Gouvernement avant le 30 juin 2021 ».

La mise en œuvre d'une évaluation scientifique et indépendante des expérimentations de télésurveillance constitue donc un élément fondamental d'aide à la décision des pouvoirs publics en vue d'une généralisation du déploiement de la télésurveillance dans le cadre de la pathologie concernée.

Le nombre de projets, la variété des régions et la diversité des acteurs impliqués rendent l'évaluation complexe. En outre, l'activité de télésurveillance se différencie des autres interventions en santé par son caractère multiforme, sa composante organisationnelle largement dépendante du contexte et de la problématique médicale à laquelle elle répond, qui conditionnent l'évaluation.

Face à cette complexité, l'évaluation vise à apporter des connaissances sur l'impact des expérimentations en termes de satisfaction des patients, d'organisation et de coûts liés au recours aux soins, suivant le cadre d'évaluation publié par la HAS en juillet 2013.

L'enjeu de l'évaluation est ainsi de porter un jugement global sur l'impact notamment économique des expérimentations et sur les modes d'organisations des soins qui en résulteraient.

Un protocole d'évaluation en précisera les modalités de mise en œuvre.

4.2. Données, recueil et prérequis

L'objectif de cette évaluation est de déterminer si le déploiement de la télémédecine est de nature à modifier l'organisation de la prise en charge des patients, leur satisfaction ainsi que le recours aux soins. Elle nécessite de mobiliser les différentes bases de données disponibles et de mettre en place des enquêtes *ad hoc* (enquêtes de satisfaction).

Les fournisseurs de solution technique s'engagent à mettre en œuvre un recueil traçable du consentement des patients à la réutilisation des données collectées à des fins d'évaluation et de recherche dans le cadre de l'article 54.

Trois types de données doivent être recueillis de façon simultanée :

- les données descriptives :
 - sur l'offre de soins ;
 - relatives aux projets de télémédecine faisant l'objet d'une évaluation ;
- Les données issues d'une enquête qualitative permettant d'évaluer notamment la satisfaction des patients pris en charge dans le cadre des projets de télémédecine ;
- Les données issues de l'analyse des bases de données médico-administratives de l'assurance maladie obligatoire.

5. Annexe

Rémunération des acteurs

Insuffisance Cardiaque Chronique			Médecin effectuant la télésurveillance	Professionnel de santé en charge de l'accompagnement thérapeutique	Fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées
	Evolution des indicateurs	Type de rémunération			
	Cas 1	Rémunération forfaitaire fixe : versée Année N par la CNAM	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	300€/semestre /patient
Quelle évolution des hospitalisations toutes causes (HTC) sur un an et des coûts totaux de santé (CTS) hors télémedecine entre les Années N-1 et N ?	Cas 2	Rémunération forfaitaire fixe : versée en Année N par la CNAM	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	300€/semestre /patient
		Prime variable : versée en Année N+1 par la CNAM	$15\% \times [(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]$ Divisé par le nombre de médecins effectuant la télésurveillance et le nombre de patients télésurveillés	$5\% \times [(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]$ Divisé par le nombre de professionnels de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique et le nombre de patients télésurveillés	$30\% \times [(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]$ Divisé par le nombre de patients appareillés par ce fournisseur
	> 20% de réduction des hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque rapport à l'année N-1				

Prime plafonnée à :

110 euros/an/patient pour le médecin effectuant la télésurveillance.

60 euros/an/patient pour le PS en charge de l'accompagnement thérapeutique.

300 euros/an/patient pour le fournisseur de solution.

Cas 1 : Rémunération forfaitaire (année 1).

Cas 2 : Rémunération forfaitaire et prime variable (année 2 et suivantes).

En cas de dépassement des objectifs de performance, les montants de prime alloués aux différents acteurs correspondent à la répartition suivante :

- 15 % pour les médecins effectuant la télésurveillance ;
- 5 % pour le professionnel de santé ayant effectué l'accompagnement thérapeutique dans ce cadre ;
- 30 % pour le fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées afin de favoriser l'innovation technique.