



télémédecine




DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

RAPPORT AU PARLEMENT SUR LES EXPÉRIMENTATIONS EN TÉLÉMÉDECINE

RAPPORT AU PARLEMENT

EXPÉRIMENTATIONS RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE PAR TÉLÉMÉDECINE PREVUES PAR L'ARTICLE 36 DE LA LOI N° 2013-1203 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2014

L'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a pour objet de permettre la mise en œuvre d'expérimentations de télémédecine au bénéfice de patients pris en charge en ville, en structures médico-sociales, ou en établissements de santé dans le cadre des actes et consultations externes, et de proposer des modes de financement préfigurateurs pour les actes réalisés dans le cadre de ces expérimentations.

Ce même article définit que la Haute Autorité de santé est chargée de réaliser ou de valider une évaluation de ces expérimentations, en vue d'une généralisation du déploiement de la télémédecine. Il y est précisé que cette évaluation fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé.

C'est dans ce cadre que la Direction générale de l'offre de soins a établi le présent rapport sur les expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine.

INTRODUCTION

La télémédecine regroupe plusieurs pratiques médicales ayant en commun de s'accomplir à distance en mobilisant les technologies de l'information et de la communication .

Elle ouvre des opportunités pour les patients en termes d'accès aux soins, et pour les professionnels de santé dont le travail collectif est encouragé.

Permettant d'éviter une partie des hospitalisations et des transports de personnes prises en charge, la télémédecine ne se rajoute pas simplement aux activités de santé existantes mais induit des évolutions organisationnelles au bénéfice du patient, notamment par la réduction des transports.

Compte tenu des évolutions organisationnelles et tarifaires induites par l'émergence de la télémédecine, l'idée d'un accompagnement par la puissance publique s'est rapidement imposée. Un cadre légal et réglementaire a tout d'abord été fixé par la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 , et par son décret d'application du 19 octobre 2010 . Le programme ETAPES (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé), prévu par l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, a permis, initialement dans neuf régions pilotes, de faire naître des démarches expérimentales permettant d'encourager les initiatives innovantes, tout en préfigurant ce que pourrait représenter une organisation de la télémédecine à l'échelle nationale. Bien que les initiatives existant actuellement en faveur de la télémédecine s'étendent au-delà de ce seul programme, il ouvre donc la voie à de nouvelles opportunités pour les territoires.

Le cadre expérimental ainsi posé bénéficie à tous les patients pris en charge au sein de structures médico-sociales, ainsi qu'à ceux qui souffrent d'une affection de longue durée dès lors qu'ils sont pris en charge en ville ou dans le cadre des actes et consultations externes mis en place à l'hôpital.

L'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 prévoit qu'un rapport, validé par la Haute autorité de santé (HAS), est transmis au Parlement au terme des expérimentations. Le présent texte vise donc à rendre compte de l'avancement de la télémédecine dans ce cadre et des progrès rendus possibles par les dispositifs mis en place. Il fait suite au rapport de la HAS publié en septembre 2016.

I - 2017 : ANNÉE DE LA SIMPLIFICATION ET DU DÉPLOIEMENT DES EXPÉRIMENTATIONS

Afin de permettre un accompagnement optimal des projets, le cadre des expérimentations a progressivement évolué afin de correspondre aux besoins des professionnels, des établissements et des patients. Depuis son lancement en 2014, le programme a donc connu des modifications ayant permis d'en préciser la portée, les moyens et les procédures.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 a constitué un tournant en prévoyant les ajouts suivants (article 91) :

- ▶ Un déploiement permettant la généralisation à venir
 - La prolongation des expérimentations pour une année supplémentaire, dans l'objectif de disposer d'un nombre suffisant de données et du temps nécessaire à leur exploitation.
 - La généralisation d'ETAPES à la totalité du territoire national, en lieu et place du périmètre géographique précédent qui était circonscrit à neuf régions pilotes.
 - La possibilité pour les établissements de santé de participer aux expérimentations, dans le cadre des actes et consultations externes.

Le périmètre des professionnels et des patients éligibles aux expérimentations a ainsi été étendu. Cette logique d'élargissement ouvre la voie à une future entrée dans le droit commun, puisque les acteurs de l'offre de soins sont d'ores et déjà en mesure de prendre part aux expérimentations, quels que soient leur lieu d'implantation ou leur structure d'exercice.

- ▶ Une simplification du cadre expérimental
 - Le mécanisme de conventionnement prévu jusqu'ici pour les professionnels de santé impliqués est supprimé. Il est remplacé par une simple déclaration aux ARS, allégeant ainsi la procédure administrative d'entrée dans les expérimentations.
 - Le financement des surcoûts supportés par les structures requérantes lors de la mise en place des activités de télémédecine est permis via la création du forfait dit « structure ».

LE FORFAIT STRUCTURE

Précisé par l'arrêté du 10 juillet 2017, il bénéficie aux établissements de santé et médico-sociaux, aux centres de santé et aux maisons de santé pluriprofessionnelles, qui organisent l'accès à des téléconsultations. Il est alloué sur la base de critères organisationnels, notamment relatifs aux actes réalisés ou aux transports évités.

Son montant est de 28 000 euros, et son allocation vise non seulement à couvrir les surcoûts mais également à permettre de rationaliser l'organisation des soins dans son ensemble.

Le forfait structure vise tout particulièrement le secteur médico-social, l'arrêté de juillet prévoyant qu'il bénéficie pour moitié - dans la mesure du possible - aux établissements en faisant partie.



Ces évolutions visent à faciliter la mobilisation des acteurs dans ce domaine encore émergent. Cela est notamment vrai pour les établissements accueillant des patients bénéficiant de téléconsultations, pour qui l'absence de financement dédié était un obstacle à l'entrée dans les expérimentations.

Les actes prévus par ETAPES, liquidés par les caisses d'affiliation des assurés sociaux, ainsi que le forfait structure sont financés par le Fonds d'intervention régional (FIR), mobilisé par les Agences régionales de santé (ARS), au moyen de crédits ne pouvant être utilisés pour le financement d'autres activités.

II - LE DÉVELOPPEMENT PROGRESSIF D'UN CADRE D'APPLICATION POUR LES PROFESSIONNELS

Afin de donner une cohérence d'ensemble aux démarches novatrices réalisées dans le périmètre d'ETAPES, divers cahiers des charges ont été rédigés en lien avec les sociétés savantes, et publiés par arrêtés.

Ils dotent les programmes de modalités de mise en œuvre précises en décrivant :

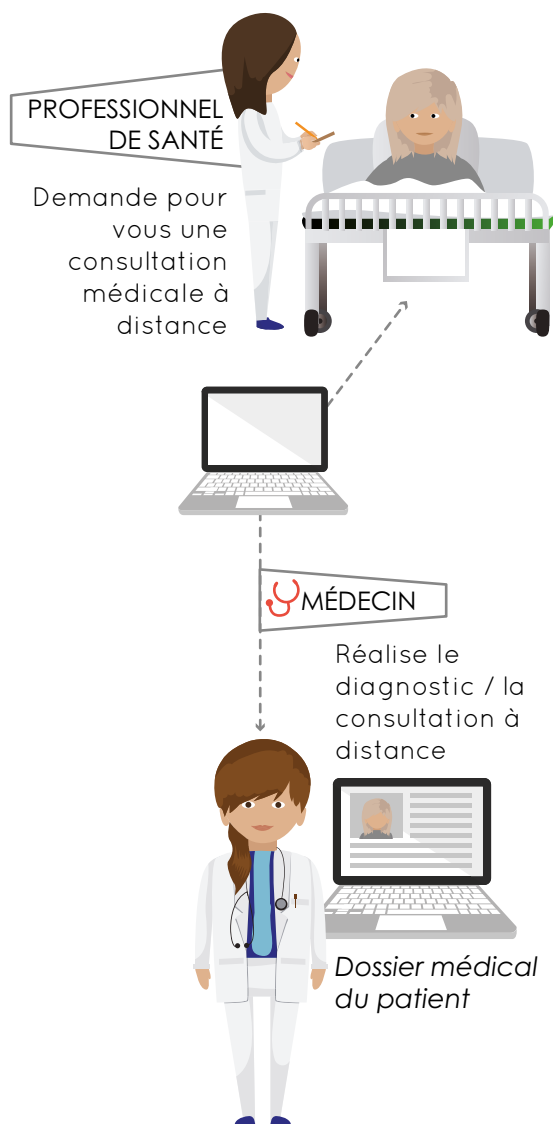
- ▶ les missions et les engagements des acteurs impliqués ;
- ▶ les critères d'évaluation, parmi lesquels figurent la satisfaction des patients et l'impact médico-économique du programme.

Les cahiers des charges déterminent ainsi des modèles de rémunération, en vue d'une entrée dans le droit commun des actes de télémedecine. Ils répondent donc aux besoins de santé immédiatement exprimés en plus de rendre possible une évaluation de qualité.

La téléconsultation et la téléexpertise :

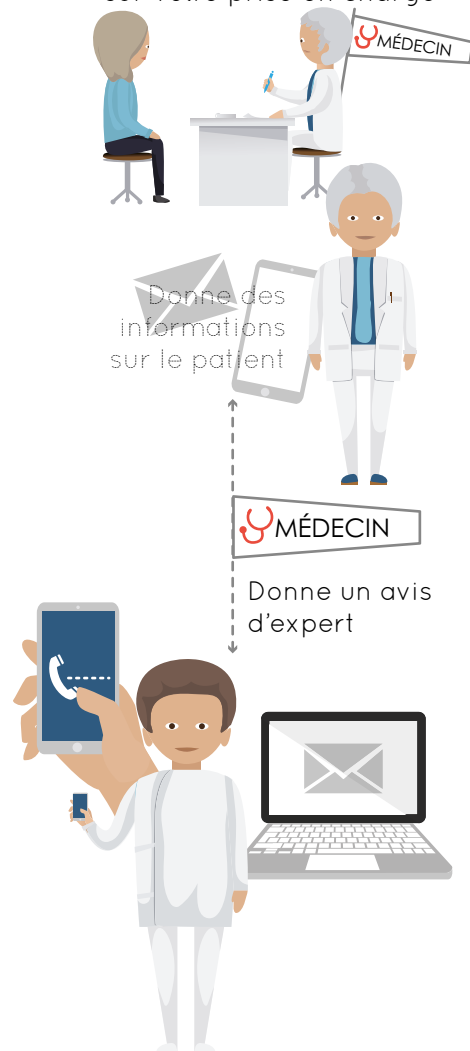
Ces actes, majoritaires dans la mise en œuvre de la télémédecine, nécessitent un encadrement cohérent et lisible. C'est pourquoi le cahier des charges publié par l'arrêté du 28 avril 2016 recouvre la totalité des pathologies dont la prise en charge peut se réaliser par téléconsultation ou téléexpertise.

Téléconsultation



Téléexpertise

Vous consultez un médecin qui a besoin d'un avis spécialisé sur votre prise en charge



La télésurveillance :

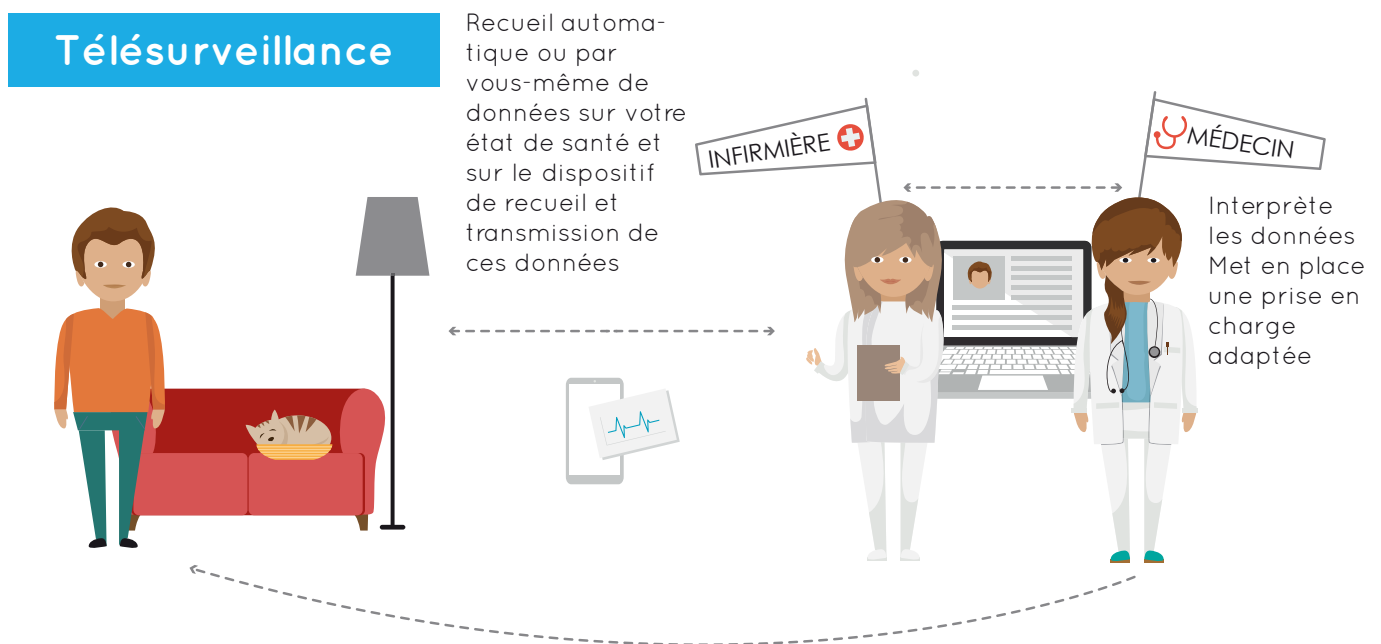
Elle concerne des pathologies dont les traitements peuvent avoir des incidences sur les modalités de prise en charge à distance, et représente donc des cas multiples aux exigences médicales particulières.

La télésurveillance fait ainsi l'objet de plusieurs cahiers des charges, dont les publications successives visent prioritairement des populations susceptibles de tirer un bénéfice maximal des innovations.

Trois cahiers des charges ont ainsi été publiés par un arrêté en date du 6 décembre 2016 . Ils concernent la télésurveillance de trois pathologies :

- ▶ l'insuffisance cardiaque chronique,
- ▶ l'insuffisance respiratoire chronique,
- ▶ l'insuffisance rénale chronique.

La télésurveillance du diabète (de type 1 et de type 2) est quant à elle l'objet d'un cahier des charges publié par l'arrêté du 25 avril 2017 .



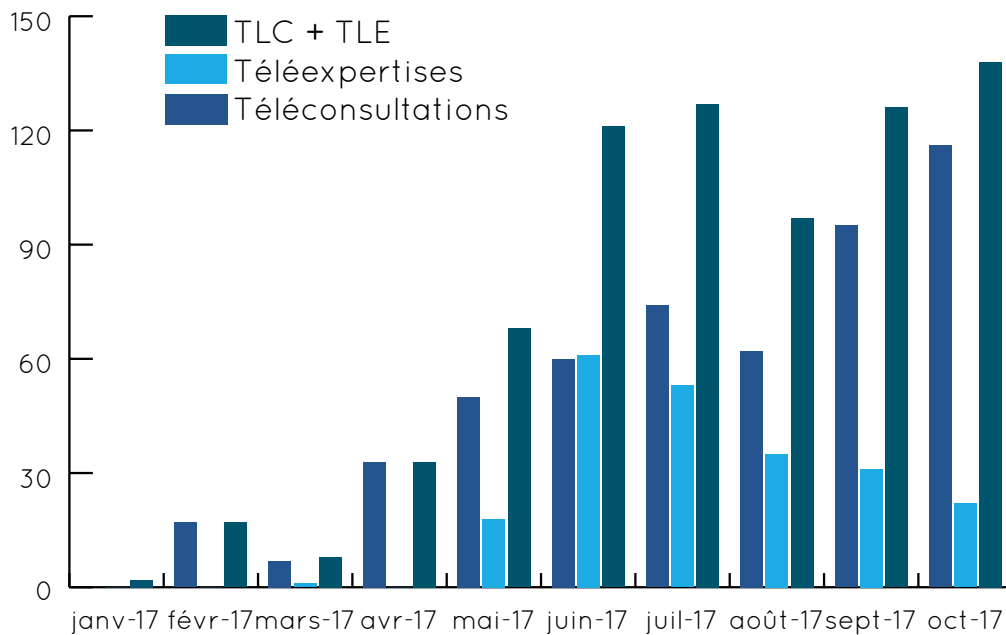
Un nouveau cahier des charges a été publié le 22 novembre 2017. Il concerne la télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique.

III - DES PROFESSIONNELS MOBILISÉS POUR LA RÉUSSITE DE LA TÉLÉMÉDECINE

Les actes facturés auprès des différents régimes de l'assurance maladie sont au nombre de 578 téléconsultations et téléexpertises, comme détaillé dans le tableau ci-dessous.

	Téléconsultations	Téléexpertises	TLC + TLE
Jan-17	2	0	2
Fev-17	17	0	17
Mar-17	7	1	8
Avr-17	33	0	33
Mai-17	50	18	68
Jui-17	60	61	121
Jul-17	74	53	127
Août-17	62	35	97
Sep-17	95	31	126
Oct-17	116	22	138
Total	382	196	578

(Source : CNAMTS. Les chiffres pour septembre 2017 ne concernent que le régime général).



Par ailleurs, un cadre d'autorisation pour le traitement des données de santé est sur le point d'être fixé pour les actes de télésurveillance.

Un déploiement par les acteurs locaux de la télémédecine

Le déploiement des expérimentations en télémédecine repose sur la mobilisation de l'ensemble des parties prenantes, que sont les ARS, les professionnels de santé, les établissements, les caisses locales d'assurance maladie, les éditeurs de logiciels, les structures régionales en e-santé, et les industriels des technologies médicales.

ETAPES favorise la prise en charge des personnes âgées dans les territoires fragiles

La région Normandie présente l'une des densités médicales les plus faibles de France métropolitaine. Face à ces difficultés de démographie et aux problématiques d'accès à certains spécialistes dans les territoires, l'utilisation de la télémédecine peut être une réponse adéquate pour des patients fragiles ou isolés.

Depuis 2013, le CHU de Rouen développe ainsi une activité en télémédecine par la réalisation de téléconsultations et téléexpertises en dermatologie auprès d'une vingtaine d'EHPAD et quelques établissements de santé de Seine-Maritime et de l'Eure. Le service de dermatologie du CHU utilise la télémédecine pour consulter à distance des patients, visualiser des photos de lésions ou pour assister un professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte (pansement par exemple).

Ainsi, en 2016, 376 actes ont été réalisés : 303 téléconsultations et 73 téléexpertises, dont 86% des actes concernaient des EHPAD. Outre l'amélioration de la prise en charge liée notamment au raccourcissement des délais pour bénéficier d'une consultation, ces actes ont aussi permis d'éviter des dépenses de transports allongés ou assis et des passages aux urgences pour les personnes âgées. Les actes prodigués sont éligibles au programme d'Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours de santé (ETAPES) et aux modalités de facturation prévues.

Afin de conforter l'offre régionale de télémédecine, l'ARS de Normandie a lancé un appel à projets en 2017 pour poursuivre le développement de l'offre de télémédecine au profit des résidents d'EHPAD. Dans ce cadre, le CHU de Rouen et son GHT « Rouen Cœur de Seine » ont proposé de conforter leur action en dermatologie mais aussi dans d'autres spécialités (gériatrie, ORL, anesthésie, soins palliatifs par exemple). Le GHT bénéficie également de la présence du CHS du Rouvray qui assure environ 350 téléconsultations / an en psychiatrie depuis une dizaine d'années au profit également de patients hébergés en EHPAD.

ARS Normandie



ETAPES permet le renforcement du lien ville-hôpital

Le projet de télémédecine porté par le Centre Hospitalier Loire Vendée Océan se développe sur un territoire ayant une faible densité médicale, que ce soit en généralistes ou en spécialistes. Il a été retenu et soutenu par l'ARS dans le cadre de l'appel à projet annuel portant sur la télémédecine.

Après avoir dépassé le problème d'un déploiement d'outils sans le fil conducteur d'un projet médical partagé par la communauté professionnelle, le projet a repris en 2014 une dynamique permettant à ce jour d'inclure une maison de santé pluriprofessionnelle, deux cabinets de spécialistes privés (dermatologues et ophtalmologues), quinze professionnels du centre hospitalier (gériatrie, diabétologue, psychiatre, dermatologue, diététicien, consultations mémoire, algologue, pharmacie). Il est déployé sur quinze EHPAD et deux ex-hôpitaux locaux (île d'Yeu, île de Noirmoutier).

Les professionnels saluent les progrès en matière de délai de consultation, de décloisonnement entre les acteurs, de formation permanente pour les soignants en EHPAD, et de confort pour les patients et résidents d'EHPAD. Pour autant, les modalités de l'expérimentation et de la facturation sont toujours perçues comme complexes par les acteurs et constituent un frein à leur entrée dans le cadre d'ETAPES.

Les actes s'effectuent à partir de deux socles technologiques : une boucle santé haut débit et la plateforme régionale de télémédecine Qimed. Le centre hospitalier Loire Vendée Océan a été un facilitateur et un soutien à l'ensemble des démarches qu'elles soient administratives ou relatives à la facturation pour les professionnels. Huit professionnels sont inscrits et émettent des actes vers les caisses. Tous les professionnels ne sont pas inscrits du fait du périmètre de leur activité ou des personnes prise en charge n'entrant pas dans le cadre de l'expérimentation.

ARS Pays-de-la-Loire



Image d'illustration



La télésurveillance des prothèses cardiaques en Nouvelle-Aquitaine s'inscrit dans les évolutions d'ETAPES

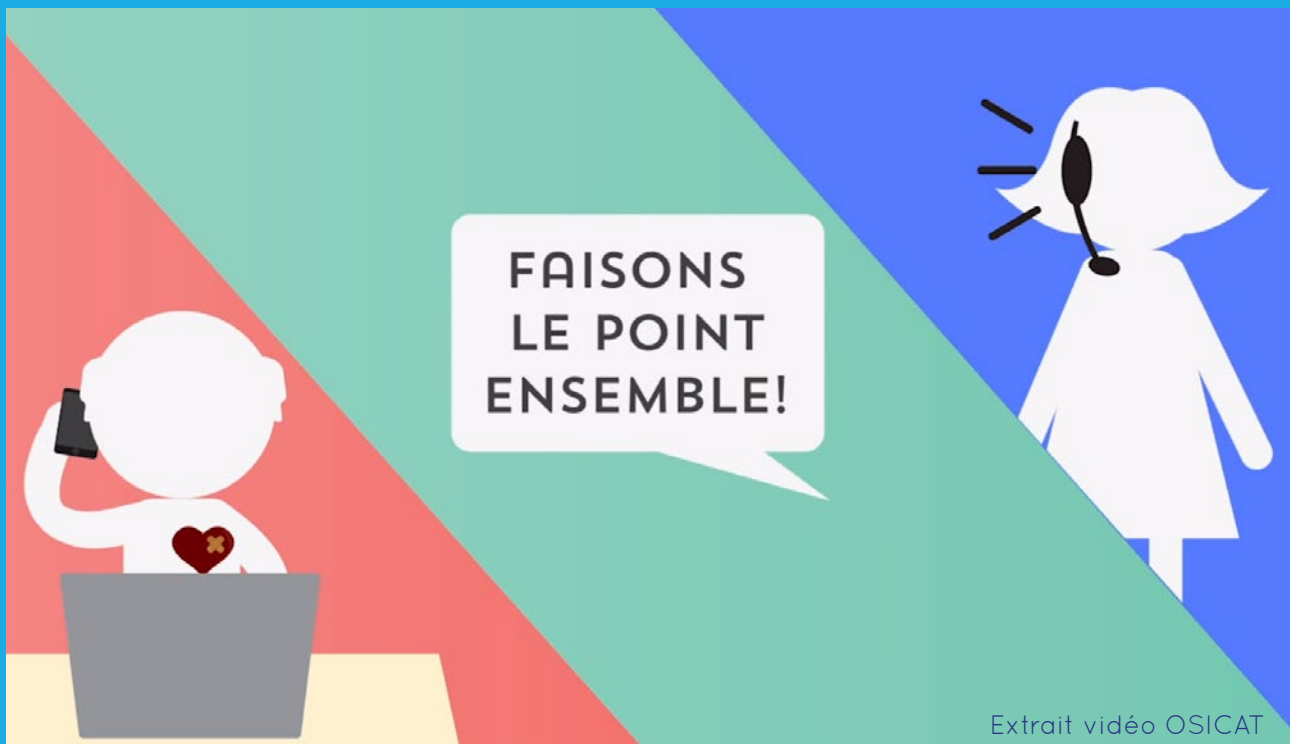
L'expérimentation « dispositifs médicaux implantés communicants » (DMIC) a été lancée en juillet 2012 en ex-Aquitaine.

L'objectif est la télésurveillance des dispositifs médicaux implantables cardiaques (pacemakers, défibrillateurs) des patients implantés au CHU de Bordeaux ou dans des centres périphériques souhaitant déléguer cette télésurveillance. A fin août 2017, plus de 3000 patients de 19 centres sont ainsi « télésuivis ».

Concrètement, une cellule de coordination basée au CHU, et composée actuellement d'un cardiologue et de 5 attachés de recherche clinique, analyse les alertes 5 jours sur 7 aux heures ouvrées. Quotidiennement, ils se connectent sur le site de chacun des 5 industriels pour consulter les alertes et déclencher les actions nécessaires selon des protocoles définis. Cette mutualisation permet un meilleur traitement des alertes de part une bonne maîtrise des protocoles et des spécificités des DMIC des 5 industriels.

Cette cellule est cofinancée par le CHU de Bordeaux et l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Le futur cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique permettra, pour les patients répondants aux critères d'éligibilité, d'appliquer la tarification préfiguratrice et de faciliter le déploiement de cette télésurveillance sur toute la Nouvelle-Aquitaine.

ARS Nouvelle Aquitaine



ETAPES facilite le travail en équipe pluri-professionnelle

Le CHU de Toulouse est à l'origine du plus grand essai thérapeutique français en Télésurveillance des patients insuffisants cardiaques : le projet Osicat avec 495 patients suivi en télésurveillance et 495 patients suivant un traitement standard. Nous nous proposons de le poursuivre dans ETAPES pour en tester la faisabilité réelle en pratique.

Ce projet comporte la télésurveillance journalière du poids et des symptômes, les alarmes étant transmises par un logiciel et analysées par des infirmiers(es) spécialisées au sein d'une centrale qui assurent de plus, après formation, l'accompagnement thérapeutique. Pour certaines alarmes, le cardiologue ayant prescrit la Télésurveillance est alerté grâce au logiciel. Il intervient, directement ou par l'intermédiaire du médecin généraliste, auprès du patient pour modifier son traitement, le plus souvent en adaptant la dose de diurétiques.

L'Intérêt du patient est double : éviter les décompensations grevées d'une lourde mortalité et bénéficier d'un suivi éducatif personnalisé, centré sur les problèmes décelés par la télésurveillance.

Les personnes impliquées sont une centaine de médecins généralistes et cardiologues libéraux, une équipe hospitalière du CHU de 4 cardiologues spécialisés en insuffisance cardiaque, et de 6 infirmières en centrale.

ETAPES améliore les relations entre les professionnels de santé qui travaillent en équipe pluridisciplinaire, permettant de suivre le patient sur son lieu de vie et de diffuser une éducation ou accompagnement thérapeutique dont l'efficacité a été largement démontrée. ETAPES est donc la phase intermédiaire indispensable entre l'essai thérapeutique et la diffusion de cette nouvelle pratique médicale dans le monde réel.

Pr Michel Galinier (CHU de Toulouse)

En Occitanie, les protocoles de coopération prévus par la loi HPST permettent de contribuer au développement de la télémédecine

Sur le territoire de l'ex-région Languedoc-Roussillon et depuis octobre 2013, près de 4500 patients ont été pris en charge par CICAT-LR, réseau de coordination ville-hôpital et d'appui aux bonnes pratiques dans le domaine des plaies chroniques et/ou complexes. Cela a donné lieu à une activité de plus de 14000 actes de télémédecine dans le cadre du projet Domoplaies.

58% des actes ont été réalisés par des Infirmier(e)s libéraux experts travaillant dans le cadre d'un protocole de coopération, et 42% par des médecins experts. L'activité est réalisée principalement à domicile (54%), et en mobilité grâce à des téléconsultations sécurisées via tablettes ou smartphones. Les actes en structure concernent majoritairement des EHPAD (32%), Cliniques (3%) et HAD (3%).

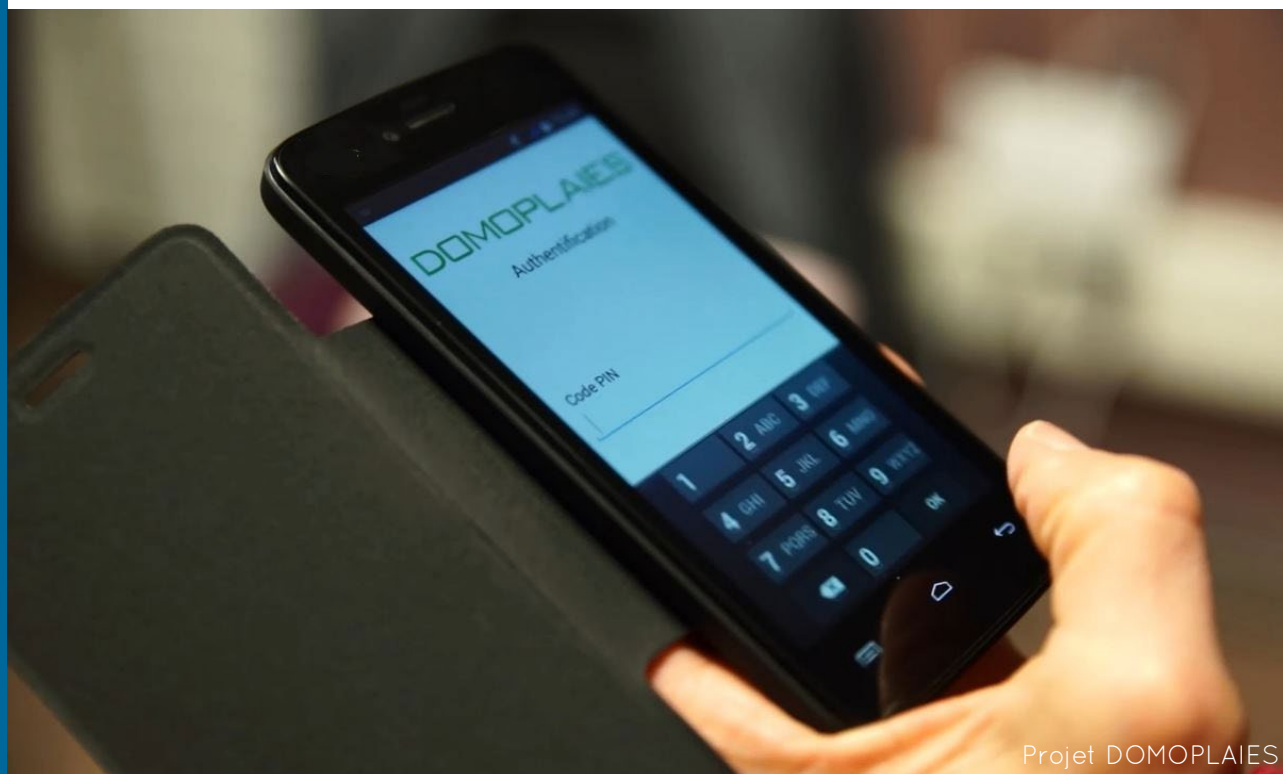
Ces actes ont porté sur des escarres, des ulcères de jambe, des plaies du pied diabétique, ou des plaies cancéreuses.

Un call center, qui centralise les appels de toute la région, permet de vérifier les conditions cliniques d'inclusion (la plaie est-elle bien chronique et/ou complexe ?) et d'organiser les rendez-vous. Les demandes émanent de médecins requérants non experts en plaies et cicatrisation et sont réparties sur des experts, 7 médecins et 11 infirmières libérales déléguées, agissant soit en télé-consultations (96%) soit en télé-expertises (4%).

La mise en place d'un protocole de coopération, ainsi qu'une organisation en réseau d'appui, tous deux associés à la télémédecine en situation de mobilité, ont permis de multiplier la capacité d'expertise et de l'étendre à l'ensemble des territoires, améliorant ainsi l'accès aux soins, la qualité de la prise en charge et la qualité de vie des patients.

Le partage de la rémunération des actes dans le cadre d'un protocole de coopération ou d'une activité de télémédecine (article L. 4113-5 du code de la santé publique) et l'expérimentation ETAPES, qui prévoit la rémunération des actes de télémédecine pour les professionnels article 51, sont une opportunité pour consolider et développer les coopérations interprofessionnelles.

Dr Luc Téot - Président du réseau CICAT-LR et Directeur du projet DOMOPLAIES



Projet DOMOPLAIES

Des freins restent à lever sur le plan organisationnel

La pratique de la télémedecine dans le cadre de DOMOPLAIES permet aux professionnels de santé experts de répondre à des équipes de soins de premiers recours quand celles-ci sont en difficulté sur la prise en charge des plaies chroniques et/ou complexes de leurs patients. Les médecins requis du réseau ville-hôpital « Cicat Languedoc-Roussillon » ont débuté la facturation des actes de télémedecine, qui était attendue depuis longtemps, selon les conditions du cahier des charges de l'expérimentation « ETAPES ». A titre d'exemple, j'ai débuté ce mode de facturation depuis quelques mois. Sur 240 actes de télémedecine réalisés, 138 concernaient des téléconsultations pour des patients éligibles à ETAPES.

En l'absence de la carte Sesam Vitale des patients, 33 téléconsultations n'ont pu être facturées compte tenu des difficultés à collecter les informations administratives. Pour celles qui ont pu être recueillies, les téléconsultations ont donné lieu à l'émission de 105 feuilles de soins électroniques en mode Sesam Vitale dégradé vers les différentes caisses d'affiliation des patients (sur la base de la lettre-clé « TLC », au sens de la nomenclature de l'assurance maladie). Au 25 septembre 2017, 90 paiements sont complets et 15 refusés. Les motifs de refus sont multiples : erreur de saisie (fax avec données administratives mal lisibles), non identification par certaines caisses du logiciel de télétransmission utilisé, non connaissance de la nouvelle nomenclature ou du montant de l'acte par les caisses.

La reconnaissance des actes de télémedecine dans le respect du cadre réglementaire peut s'intégrer et faciliter le parcours du patient porteur de plaie. Cependant, la procédure de facturation actuelle reste lourde pour le médecin requis, ainsi que pour les médecins requérants faisant appel à ce mode d'expertise. Il est difficile pour les deux médecins de s'assurer que le patient s'inscrit bien dans la procédure « ETAPES ». Il est par ailleurs impossible pour les caisses de repérer les patients qui sont bien éligibles au remboursement hormis ceux dont l'ALD prévoit la prise en charge des soins de plaies. Une solution simple de facturation doit être apportée rapidement pour alléger la tâche administrative des professionnels de santé.

Dr Julie Lano - Médecin libéral à Aigues-Mortes



Image d'illustration

Un déploiement pris en compte dans les systèmes d'information de l'assurance- maladie.

La création de lettres-clés (ou « codes actes ») est un préalable indispensable à l'ouverture de tout remboursement par l'assurance maladie. Il s'agit de signes qui regroupent un même type d'actes médicaux, ce qui permet aux caisses de les rattacher à un tarif précis.

Des lettres-clés correspondant aux différents actes de télémédecine ont donc été produites par la CNAMTS :

- ▶ Deux en septembre 2016 : TLE et TLC
- ▶ Trois en août 2016 : TSM, TSA et TSF

Ce procédé nécessite un délai fixé à trois mois par les différents cahiers des charges.

Des évolutions conduites par des instances ad hoc

Afin que les acteurs compétents puissent s'accorder sur les choix stratégiques à adopter, il est convenu qu'ils se réunissent régulièrement au sein d'instances prévues à cet effet. Deux comités ont été mis en place, dont le rôle est exclusivement centré sur l'encadrement de la télémédecine :

- ▶ Le « comité national télémédecine », qui participe à la définition des orientations choisies au plan national.
 - Il se compose de quatre fédérations (FHF, FEHAP, FHP, Fédération des Spécialités médicales), deux ARS référentes (Ile de France, Normandie), deux instances ordinaires (Conseil national de l'ordre des médecins, Ordre national des infirmiers), une association (France asso santé), un syndicat (l'Union nationale des professionnels de santé), la société française de télémédecine, le conseil national professionnel de cardiologie, sept directions d'administration central et institutions (le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, la Direction générale de l'offre de soins, la Direction de la Sécurité sociale, la Direction générale de la cohésion sociale, la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Haute autorité de santé), ainsi que d'une agence (ASIP santé).
 - Il se réunit une à deux fois par an.
- ▶ Le « comité national des ARS », qui regroupe des représentants de toutes les ARS, afin qu'ils puissent restituer les questions se posant sur les territoires.
 - Il se compose de l'ensemble des ARS ainsi que de quatre directions et institutions (Direction générale de l'offre de soins, Direction de la Sécurité sociale, Direction générale de la cohésion sociale, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés).
 - Il se réunit trois à quatre fois par an.



- ▶ Un groupe de travail du comité stratégique de filière sur la santé, qui permet d'entreprendre des réflexions sur le sujet avec les représentants de l'industrie des technologies médicales.
 - Il se compose de trois directions d'administration centrale et institutions (DGOS, DSS, HAS) ainsi que de groupes industriels et d'un syndicat les représentant (le SNITEM).

Les échanges au sein de ces instances ont permis, au fur et à mesure de l'avancement des expérimentations, de faire évoluer le cadre d'application des expérimentations en télémédecine.

IV - DES OBSTACLES TECHNIQUES PROGRESSIVEMENT LEVÉS

Les expérimentations ont été l'occasion de mettre en place un système de facturation adapté aux besoins de la télémédecine, et d'identifier des attentes nouvelles relatives aux technologies employées.

LA FACTURATION DES ACTES

Un circuit de facturation opérationnel et harmonisé auprès des caisses d'assurance maladie compétentes est indispensable.

- ▶ Pour les téléconsultations et téléexpertises celui-ci est fonctionnel et permet, en plus d'un remboursement effectif et sûr, de mettre en évidence la hausse des actes côtés au plan national.
- ▶ Les télésurveillances représentent là aussi un cas particulier :
 - elles s'inscrivent dans la durée et ne sont donc pas réductibles à un acte ponctuel,
 - elles entraînent l'intervention d'un acteur supplémentaire : le fournisseur de la solution technique.

Elles comportent donc une complexité particulière, qui justifie qu'elles fassent l'objet de leur propre circuit de facturation. Celui-ci est en cours de finalisation au niveau national.

LES DÉFIS TECHNOLOGIQUES RESTANT À RELEVER

► Le cadre d'interopérabilité :

L'absence d'unité de lieu, voire d'unité de temps impose, lors de la réalisation des actes de télémédecine, des échanges de données médicales et de facturation qui plaident pour la définition d'un cadre d'interopérabilité.

Des standards de transmission de données entre médecins requérants et médecins requis sont ainsi à définir afin de faciliter les échanges dans le contexte hospitalier et en ville. La DGOS entend mobiliser l'ASIP-Santé pour mener ce travail.

► Le paiement à distance :

Si la mise en place de solutions permettant le paiement à distance ne trouve pas d'utilité dans le cadre de ces expérimentations compte tenu du paiement intégral par l'assurance maladie obligatoire, celles-ci sont nécessaires s'agissant d'un déploiement dans un cadre de droit commun.



V - 2018 : PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DANS LE DROIT COMMUN

Durant ses quatre années d'application, le cadre expérimental posé par ETAPES a mis en perspective l'intérêt que le développement de la télémédecine peut représenter pour les patients et les professionnels de santé, ainsi que les évolutions organisationnelles qu'il soulève. L'adaptation progressive de ce dispositif aux enjeux médicaux et administratifs permet aujourd'hui d'envisager son dépassement. De larges pans de la télémédecine sont donc en mesure de quitter le domaine expérimental afin d'être nouvellement valorisés dans un cadre de droit commun.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 abroge donc l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014. Il prévoit dans le même temps les changements suivants :

L'AVENIR DE LA TÉLÉCONSULTATION ET DE LA TÉLÉEXPERTISE :

L'organisation qui permet ces actes apparaît maintenant suffisamment aboutie pour intégrer les voies classiques du remboursement par l'assurance maladie.

- ▶ Le LFSS pour 2018 confie ainsi aux partenaires conventionnels (assurance maladie et syndicats de médecins) le soin de négocier et de fixer les tarifs de remboursement et les modalités de mise en œuvre de ces actes.

Les expérimentations prendront donc réellement fin pour les téléconsultations et téléexpertises après l'entrée en vigueur des tarifs et modalités négociés, et au plus tard le 1er juillet 2019

- ▶ Ce faisant, les cahiers des charges et autres dispositions réglementaires prises en application de l'article 36 de la LFSS pour 2014 continueront de produire leurs effets jusque-là.

Les activités déjà développées ne connaîtront donc pas de rupture dans leur prise en charge, de sorte que la transition des expérimentations vers le droit commun ne se fera pas au détriment des projets actuellement mis en œuvre.

L'AVENIR DE LA TÉLÉSURVEILLANCE :

Les projets de télésurveillance, qui s'inscrivent dans une temporalité plus longue et nécessitent l'intervention d'un fournisseur de solution technique, doivent voir leur encadrement encore précisé. A l'inverse des téléconsultations et téléexpertises, une entrée dans le droit commun serait donc prématurée.

- ▶ Le LFSS pour 2018 prévoit ainsi que ces actes demeurent dans un cadre expérimental renouvelé.
- ▶ Les cahiers des charges et autres dispositions réglementaires prises en application de l'article 36 de la LFSS 2014 devront être republiés pour demeurer applicables.

Loin de constituer de simples ajustements organisationnels, les modifications actuellement envisagées résultent d'une volonté politique renforcée, qui place la télémédecine au cœur de sa réponse aux problématiques de santé d'aujourd'hui. Le grand plan d'investissement, qui accorde cinquante millions d'euros au développement technologique des outils utilisés en télémédecine, témoigne de cette orientation.



télé^{me}decine

WWW.SOLIDARITE-SANTE.GOUV.FR/TELEMEDECINE

