

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Arrêté du 4 octobre 2019 relatif à l'expérimentation de télésurveillance médicale des patients transplantés hépatiques

NOR : SSAH1928862A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;

Vu l'arrêté du 11 mars 2019 fixant le montant de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2018 et déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2019 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation de télésurveillance médicale des patients transplantés hépatiques annexé au présent arrêté ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 27 septembre 2019,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'expérimentation pour le financement forfaitaire de la télésurveillance médicale des patients ayant bénéficié d'une greffe hépatique, afin de prévenir la perte de fonction du greffon, telle que définie dans le cahier des charges susvisé, est autorisée pour une durée de 45 mois à compter de la prise en charge du premier patient.

**Art. 2.** – La directrice de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 4 octobre 2019.

*La ministre des solidarités  
et de la santé,*  
Pour le ministre et par délégation :  
*La directrice générale  
de l'offre de soins,*  
K. JULIENNE

*Le ministre de l'action  
et des comptes publics,*  
Pour le ministre et par délégation :  
*La directrice de la sécurité sociale,*  
M. LIGNOT-LELOUP

#### ANNEXE

#### CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION

#### Cahier des charges de la télésurveillance médicale des patients transplantés hépatiques

Préambule/Contexte général :

La transplantation d'organes permet la survie de patients dont un des organes vitaux ne fonctionne plus correctement. Cependant, l'offre de greffons est très insuffisante, les listes d'attente s'allongent, et des patients décèdent pendant cette attente. Les greffons transplantés perdent leur fonction encore trop rapidement, nécessitant une nouvelle transplantation (lorsque c'est possible). Cette perte de fonction est causée par différents facteurs de risques cliniques, biologiques et psychologiques et peut être ralentie par une prise en charge personnalisée et optimisée.

Cette perte de fonction du nouvel organe est favorisée par différents facteurs de risques, cliniques, biologiques et psychologiques.

La télésurveillance est une nouvelle forme d'organisation médicale qui constitue un facteur d'amélioration de l'efficacité de l'organisation et des soins des patients.

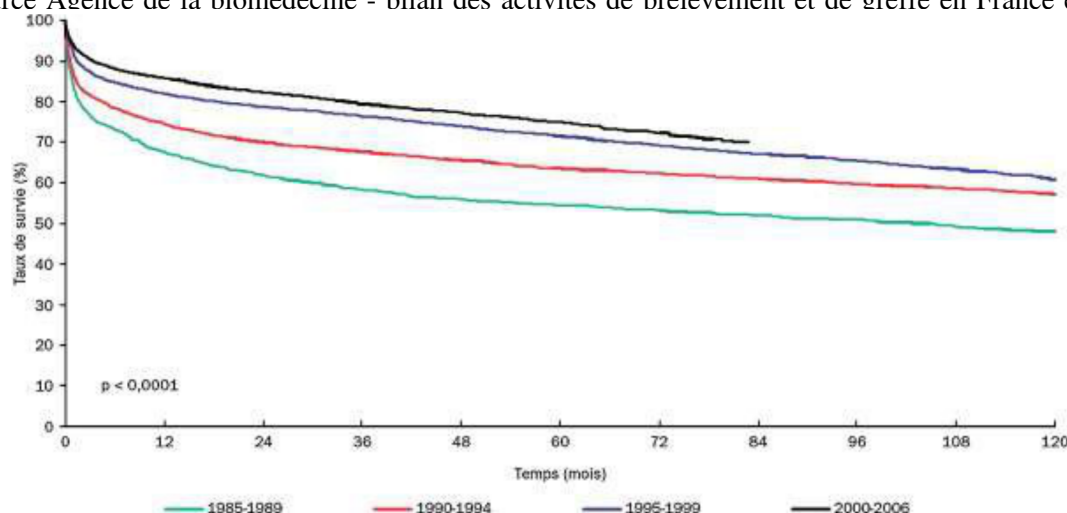
Le champ de ce cahier des charges est limité à la télésurveillance des patients transplantés hépatiques.

## I. – Objectif et cadrage général de l'expérimentation / enjeu de l'expérimentation

### 1. Objectifs :

La transplantation hépatique permet la survie de patients dont le foie ne fonctionne plus correctement (La survie du greffon après une première greffe hépatique est de 90,6 % à 1 mois, 81,3 % à 1 an, 69,1 % à 5 ans et 57,6 % à 10 ans). Cependant, l'offre de greffons est très insuffisante, les listes d'attente s'allongent, et environ 10 % des patients décèdent pendant cette attente. Les greffons transplantés perdent leur fonction encore trop rapidement, nécessitant une nouvelle transplantation (lorsque c'est possible).

Figure 1 : Courbe de survie du receveur de foie selon la période de greffe  
(source Agence de la biomédecine - bilan des activités de prélèvement et de greffe en France en 2007)



Cette perte de fonction est causée par différents facteurs de risques cliniques, biologiques et psychologiques et peut être ralentie par une prise en charge personnalisée et optimisée.

L'hypertension artérielle, le diabète ou l'intolérance au glucose, l'insuffisance rénale chronique sont fréquents en transplantation et concernent toutes les greffes d'organes solides. Ces comorbidités sont favorisées par les médicaments immunosuppresseurs et sont associées à une diminution de la survie du patient et du greffon.

L'incidence de ces comorbidités est particulièrement importante. Ainsi environ 75 % des patients transplantés hépatiques développent de l'hypertension artérielle, 50 % développe une insuffisance rénale chronique, 40 % de l'hypercholestérolémie d'hypertriglycémie et 30 % des patients souffrent de diabète après la première année de greffe. Elles sont donc recherchées dans le suivi usuel du patient et traitées. Un suivi intensifié, à domicile, dès le premier mois postgreffe pourrait donc permettre de les identifier et de les prendre en charge plus rapidement afin de diminuer leur impact sur le greffon et la survie du patient.

Par ailleurs, de nombreux déterminants psychologiques, dont la qualité de vie et l'adhésion au traitement, peuvent influencer la survie des greffons et des patients transplantés. Il est donc important de les identifier, de les prendre en charge le plus précocement possible et de responsabiliser le patient.

Comme pour la transplantation rénale intégrée dans le programme ETAPES, le modèle de suivi usuel ayant bénéficié d'une transplantation hépatique s'adapte également aux évolutions sociétales qui voient se développer l'intégration du suivi médical dans un parcours de soins coordonné impliquant tous les acteurs du médecin transplantateur au patient lui-même.

Enfin, de même que pour toutes les pathologies chroniques, l'implication du patient est essentielle pour garantir une prise en charge de qualité, d'où la nécessité de la formation et de l'accompagnement thérapeutique.

Il est proposé d'expérimenter cette nouvelle organisation afin de pouvoir personnaliser le parcours de soin de chaque patient en fonction de son état de santé en particulier pour pouvoir anticiper et identifier de manière précoce l'apparition des facteurs de risque, en prévenir l'apparition et donc préserver la fonction et la survie du greffon mais aussi améliorer sa qualité de vie en adaptant le parcours de soins en fonction des événements et donc en offrant au patient un suivi personnalisé.

Les objectifs de l'expérimentation sont :

- de valider cette nouvelle organisation de soins ;
- de pouvoir valider l'impact de cette nouvelle organisation sur la qualité de vie du patient, la qualité et la pertinence des soins et des traitements proposés, les conditions de travail des professionnels de santé et les dépenses de santé ;
- de fixer des tarifs pré-figurateurs de la télésurveillance médicale des patients transplantés hépatiques.

## 2. Périmètre :

A ce jour, environ 10 000 patients vivent un greffon hépatique en France et environ 1 350 patients sont transplantés hépatiques par an avec des caractéristiques démographiques pour des indications différentes (cirrhose, carcinome...) et pourraient à terme bénéficier de cette nouvelle modalité de prise en charge.

### – Pathologie concernée et patients concernés :

Le périmètre du présent cahier des charges porte exclusivement sur la télésurveillance médicale sera disponible pour l'ensemble des patients transplantés hépatiques. Cet acte est prescrit initialement pour une période de 6 mois par le médecin spécialiste et renouvelable autant de fois que nécessaire, ce renouvellement pourra se faire automatiquement sans consultation si le médecin et le patient le souhaitent.

Seront exclus : les patients dans l'impossibilité physique ou psychique d'utiliser tous les composants du projet télésurveillance, ou souffrant d'une pathologie associée à l'inclusion impliquant une espérance de vie <12 mois en dehors de la pathologie de leur greffe, ayant une compliance habituelle faible.

### – Pratique médicale concernée :

Le périmètre de l'expérimentation porte exclusivement sur la pratique de la télésurveillance médicale (dite « télésurveillance »).

La télésurveillance a pour objet de permettre à un professionnel de santé 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 clinique, biologique ou psychologique 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.

### Champ d'application territorial

L'expérimentation sera mise en oeuvre tout d'abord au niveau interrégional pour les patients transplantés hépatiques mais avec l'objectif d'identifier d'autres centres au niveau national. Afin de pouvoir généraliser la télésurveillance médicale des patients transplantés hépatiques à la fin de l'expérimentation, il semble opportun de valider cette nouvelle organisation de soins dans différentes régions dont l'offre de soin et dont les parcours de soin des patients transplantés peuvent être différents.

Il est important de souligner les atouts et les spécificités du territoire de Nouvelle-Aquitaine, au sein duquel est né ce projet ainsi que du territoire interrégional Nouvelle Aquitaine et Centre Val de Loire au sein duquel sera lancée l'expérimentation.

La solution de télésurveillance médicale des patients transplantés hépatiques a été co-construite avec les équipes de soin et les patients transplantés du territoire.

Enfin, au niveau interrégional, la Fédération hospitalo-universitaire SUPPORT (SURvival oPTimization in ORgan transplantation) incluant les centres hospitaliers de Limoges, Poitiers et Tours a été créée en 2014 pour regrouper des talents et des compétences pour stimuler l'innovation et développer de nouveaux protocoles.

## 3. Impacts attendus à court et moyen terme :

### – Amélioration du service rendu pour les usagers :

– une surveillance médicalisée entre deux consultations, basée sur des données cliniques, biologiques mais aussi psychologiques, permettant de diminuer le nombre de consultations (et donc de déplacements et/ou d'absences au travail pour les actifs) ou permettant au contraire des consultations anticipées afin d'éviter les hospitalisations ou les complications.

– une responsabilisation des patients et une appropriation de leur prise en charge médicale et de leurs traitements par le biais d'outils adaptés.

### – Organisation et pratiques professionnelles pour les professionnels :

– la prise en charge de certains facteurs de risque d'échec du traitement (inobservance en particulier) ou de certaines comorbidités (hypertension artérielle, prise de poids rapide, insuffisance rénale chez les transplantés hépatiques ou cardiaques), dès leur apparition ;

– l'initiation de consultation au bon moment ;

– un gain de temps ;

### – Efficience pour les dépenses de santé (bénéfices identifiés, coûts évités, économies potentielles) :

– Réduction du nombre de complications et d'hospitalisations par minimisation des risques de sous- ou sur-immunosuppression et par prise en charge précoce des facteurs de risques psychologiques, d'échec du traitement et de certaines comorbidités

– Baisse du nombre de re-transplantations

## II. – Missions et engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge

### 1. Initiation et télésurveillance médicale :

La télésurveillance médicale comprend obligatoirement sur prescription médicale, l'association d'une télésurveillance médicale, d'un accompagnement thérapeutique et d'une solution technique. La télésurveillance

nécessite un travail entre le médecin effectuant la télésurveillance et l'équipe médicale, paramédicale et médico-sociale prenant en charge le patient.

Seul l'hépatologue ou le transplantateur peut inclure le patient dans la télésurveillance médicale néanmoins il peut s'il le souhaite déléguer la télésurveillance au médecin généraliste du patient et déléguer l'accompagnement thérapeutique à un professionnel de santé.

La télésurveillance est prescrite pour 6 mois renouvelable autant de fois que nécessaire si aucun critère d'exclusion n'est présent. Cet acte est prescrit initialement pour une période de 6 mois par le médecin spécialiste et renouvelable autant de fois que nécessaire, ce renouvellement pourra se faire automatiquement sans consultation si le médecin et le patient le souhaitent.

A l'initiation de la télésurveillance pour un patient, le médecin spécialiste (hépatologue/hépatologue transplantateur) en fonction des facteurs de risque du patient et en discussion avec celui-ci, définira le plan de suivi sur la solution technique : choix des données à suivre parmi les données cliniques, biologiques et/ou psychologiques disponibles dans la solution technique et pour chacune d'entre elles leur fréquence et leurs seuils d'alertes.

Il définira aussi, avec l'accord du patient, les différents acteurs de la télésurveillance. Le responsable de la télésurveillance (lui-même le cas échéant), la personne en charge de l'accompagnement thérapeutique (lui-même le cas échéant) mais aussi l'ensemble des professionnels de santé pouvant avoir accès aux dossiers afin de faciliter le parcours de soins du patient. L'acte de télésurveillance comprend le suivi à la fréquence définie à l'initiation ainsi que le traitement des alertes (appel éventuel du patient le cas échéant, ajustement du traitement, convocation du patient...).

## 2. Accompagnement thérapeutique :

L'accompagnement thérapeutique du patient est un élément complémentaire à l'éducation thérapeutique et a pour objectif de permettre au patient :

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

Cet accompagnement thérapeutique, réalisé par un professionnel de santé, 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 le refuse est exclu du projet de télésurveillance.

La personne en charge de l'accompagnement thérapeutique sera en charge de définir les objectifs d'apprentissage du patient : en fonction de ces objectifs, des formations, en présentielle ou elearning, lui permettant de mieux comprendre sa pathologie, son traitement et de s'impliquer pleinement dans sa prise en charge au minimum tous les 2 mois lors des 6 premiers mois de la télésurveillance puis tous les 3 mois.

## 3. Solution technique et opérationnelle :

La solution éligible dans le présent cahier des charges est la solution développée par la société Optim'Care et associée au sein du lieu de vie du patient (domicile ou structure médico-sociale) :

- une solution bénéficiant du marquage CE et permettant au médecin de personnaliser totalement le suivi de chaque patient en sélectionnant les données à suivre selon les facteurs de risque du patient :
  - Données cliniques : *A minima* la tension et possibilité d'ajouter le suivi d'une autre donnée clinique (poids, IMC) à la fréquence appropriée pour chaque patient mais au minimum une fois par mois,

et

- Données biologiques : *A minima* une donnée biologique (choix parmi la liste usuelle des bilans biologiques des patients transplantés hépatiques) à chaque contrôle biologique,

et/ou

- Si nécessaire Données psychologiques (adhésion, qualité de vie et/ou effets indésirables ressentis) à la fréquence adaptée.
- Un algorithme, personnalisable à chaque patient et par définition validé par le médecin effectuant la télésurveillance :
  - soit totalement personnalisé, c'est-à-dire n'impliquant aucun filtre humain en charge la vérification de la cohérence de l'alerte. Dans ce cas le médecin reçoit l'ensemble des alertes sans traitement préalable.
  - soit être contrôlé par une IDE, quel que soit son mode d'exercice, chargé de contacter le patient afin de s'assurer de la cohérence de l'alerte.

Dès l'initiation de la télésurveillance médicale, le matériel nécessaire est mis à disposition du patient par la société Optim'Care. Entre autres, le patient recevra un lien vers la solution de suivi et le matériel médical connecté nécessaire à son suivi afin de pouvoir renseigner les données définies avec son médecin à la fréquence définie.

Le fournisseur est responsable de la mise en place, de sa maintenance en parfait état de fonctionnement.

Les données de télésurveillance sont accessibles :

- au patient lui-même ;

- aux professionnels de santé télésurveillant mais aussi impliqués dans le parcours de soin du patient, avec l'accord de ce dernier.

#### 4. Conditions générales à respecter pour la mise en place de la télésurveillance – Protection et droits des patients

Les dispositions relatives aux conditions de mises en oeuvre des actes de télémedecine mentionnés aux articles R. 6316-2 et R. 6316-4 du code de la santé s'applique :

- les actes de télémedecine 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.
- les structures, organismes et professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication s'assurent que l'usage des technologies est conforme aux dispositions relatives aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel.
- Chaque acte de télésurveillance est réalisé dans des conditions garantissant :
  - l'identification du patient ;
  - l'authentification forte des professionnels de santé ;
  - l'accès des professionnels aux données issues des dispositifs médicaux connectés et aux alertes et indicateurs nécessaires à la réalisation des actes.
- Sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel :
  - le compte rendu de la réalisation de l'acte de télémedecine ;
  - les actions/actes effectués dans le cadre de l'acte de télémedecine ;
  - l'identité des professionnels participant à l'acte ;
  - la date de début et de fin de l'acte

Le compte rendu de l'acte et les prescriptions sont enregistrés dans le dossier patient par le professionnel et dans le DMP s'il existe et avec autorisation du patient et transmis de façon sécurisée au médecin traitant.

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

Les dispositions relatives aux conditions de mises en oeuvre des actes de télémedecine mentionnés aux articles R6316-2 et R.6316-4 du code de la santé s'applique.

- Prérequis en termes de système d'informations

Les acteurs impliqués dans la réalisation de l'acte doivent s'assurer que les moyens techniques utilisés apportent une sécurité suffisante pour respecter les dispositions relatives à la protection des données s'appliquent...

Les responsables de traitement devront créer leur analyse d'impact et demander à l'ensemble de leurs sous-traitants les éléments nécessaires pour garantir ces dispositions.

#### 5. Rémunération :

- Rémunération du professionnel effectuant la télésurveillance

Les actes de télésurveillance réalisés seront rémunérés sous forme tarifaire à hauteur de 60 € par patient et par semestre au médecin effectuant la télésurveillance ou à sa structure employeur.

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

- Rémunération du professionnel effectuant l'accompagnement thérapeutique du patient

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

- Rémunération du fournisseur de solution

La solution technique est mise à disposition du patient par le fournisseur de solutions pour une durée minimale de 6 mois.

Au titre de cette mise à disposition et des services rendus par la solution, le fournisseur est rémunéré sous forme forfaitaire de 220 € par patient par semestre.

#### III. – Pilotage du projet :

Présentation du porteur de projet et partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...) Préciser les coopérations existantes
Porteur :	Optim'Care SAS 2, rue jean moulin 87170 Isle		
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	- Tous les CHUs - Professionnels libéraux participant au suivi alterné des patients		Les différents CHU et professionnels de santé libéraux seront en charge de la télésurveillance médicale des patients transplantés en utilisant la technologie mise au point par Optim'Care pour réaliser cet acte.

#### Gouvernance du projet :

- Comité de pilotage :
  - objectif : Définir les moyens et les grandes étapes et échéances associées, s'assurer que le projet reste en phase avec les objectifs initiaux, valider les étapes clés ;
  - Optim'Care, porteur ;
  - ARS Nouvelle-Aquitaine ou ministère ;
  - CPAM concernées /CNAM.
- Comité technique et scientifique :
  - objectif : Déployer le projet en suivant la feuille de route validée par le comité de pilotage, faire remonter les difficultés et obstacles rencontrés ;
  - Optim'Care, porteur ;
  - CHU Partenaires.

#### IV. – Mise en oeuvre de l'expérimentation :

1. Durée de l'expérimentation/Rétro planning du déploiement de l'expérimentation La durée d'expérimentation sera de 45 mois (octobre 2019 à décembre 2022), période nécessaire pour avoir un nombre suffisant de patients et un recul suffisant pour pouvoir évaluer l'impact de cette nouvelle organisation.

Nous envisageons de déployer le projet dès octobre en priorité dans les centres d'ores et déjà identifiés puis d'étendre rapidement à d'autres régions selon l'identification de centres et professionnels intéressés.

#### 2. Catégories d'expérimentation :

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

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

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II <sup>o</sup> )(1) :	Cocher
1 <sup>o</sup> Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle	
2 <sup>o</sup> De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières	
3 <sup>o</sup> Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.	

### 3. Dérogations envisagées pour la mise en oeuvre de l'expérimentation :

I – Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites du financement actuel	Concernant la télésurveillance médicale, seule la télésurveillance médicale des patients insuffisants rénaux, insuffisants cardiaques, insuffisants respiratoires et diabétiques est actuellement en expérimentation
Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1 <sup>o</sup> et 3 <sup>o</sup> ) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Facturation,</li> <li>• Tarification,</li> <li>• Remboursement,</li> <li>• Paiement direct des honoraires par le malade,</li> <li>• Frais couverts par l'assurance maladie</li> <li>• Participation de l'assuré</li> <li>• Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</li> </ul>	Remboursement de l'acte de télésurveillance et de la solution de télésurveillance associée pour les patients transplantés hépatiques.

(1) Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 162-31-1)

II – Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger ?	
Limites des règles d'organisation actuelles	Décrire
Dérogations organisationnelles envisagées (article L162-31-1-II-2 <sup>o</sup> ) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partage d'honoraires entre professionnels de santé</li> <li>• Prestations d'hébergement non médicalisé</li> <li>• Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</li> <li>• Dispensation à domicile des dialysats</li> </ul>	Décrire

### 4. Schéma du modèle économique :

Le coût annuel du suivi par télésurveillance d'un patient est de 680 €.

Cette prise en charge pourrait permettre des économies à court, moyen et long terme :

- à la personnalisation de la prise en charge grâce à la télésurveillance, de planifier des consultations et des examens complémentaires au bon moment : moins de consultations pour les patients dont l'état de santé est stable, moins de complications pour les patients dont l'état de santé nécessite une consultation anticipée, suite à des alertes générées par la télésurveillance :
- les coûts liés aux transports sanitaires et aux consultations devraient donc être diminués pour les patients stables.
- en accord avec la stratégie nationale de santé visant à développer une politique de repérage, de dépistage et de prise en charge précoces des pathologies chroniques, la prise en charge précoce des comorbidités (diabète, insuffisance rénale...), vise à éviter ou retarder leurs complications. Le coût lié à ces complications (hospitalisations, traitement, consultations...) devrait donc être diminué
- et enfin, ces comorbidités étant un facteur de risque de perte de greffon, leur prise en charge précoce permettra d'allonger la survie du greffon et donc diminuer le nombre de retransplantations dont le coût est très élevé.

### 5 – Schéma du modèle de financement

- durée de la télésurveillance : 6 mois renouvelable autant de fois que nécessaire.

Pour chaque patient inclus, prise en charge dans le cadre de l'article 51 du :

- remboursement de l'acte de télésurveillance médicale : 60 €/patient/semestre ;
- remboursement de l'acte d'accompagnement thérapeutique, diagnostic éducatif fait à l'inclusion puis accompagnement thérapeutique 1 fois par semestre : 60 €/patient/semestre ;
- remboursement de la solution de télésurveillance : 220 €/patient/semestre.

Le coût total de la télésurveillance durant l'expérimentation (200 patients transplantés hépatiques) financé dans le cadre de l'article 51 serait d'environ 272 000 € sur l'ensemble de l'expérimentation

Hypothèses : patients suivis 24 mois par télésurveillance (trois renouvellements).

- le financement de l'acte effectué par les médecins spécialistes en charge de la télésurveillance médicale : 60 €/patients/semestre (environ 48 000 € sur l'ensemble de l'expérimentation) ;
- le financement de l'acte effectué par les professionnels effectuant l'accompagnement thérapeutique : 60 €/patients/semestre (environ 48 000 € sur l'ensemble de l'expérimentation) ;
- pour le fournisseur de solution : 220 €/patients/semestre (environ 176 000 € sur l'ensemble de l'expérimentation).

RESSOURCES		FINANCEMENT
Déploiement national expérimentation télésurveillance médicale (Octobre 2019 à Décembre 2022)		
- Acte de télésurveillance médicale : 60 €/patients/semestre (hypothèses 200 patients).	48000 €	Article 51
- Accompagnement thérapeutique : 60 €/patients/semestre.	48 000 €	Article 51
- Solution de télésurveillance 220 €/patients/semestre	176 000 €	Article 51

#### 6. Modalités de suivi de l'expérimentation/modalités d'évaluation :

- Indicateur N°1 : Nombre de situations identifiées à partir des données de télésurveillance par les professionnels de santé (médecins transplantateurs, personnel infirmier) ayant nécessité des consultations, examens complémentaires, modifications du traitement, hospitalisations... ;
- Indicateur N°2 : Impact de la télésurveillance sur le nombre et la fréquence des consultations avec des médecins transplantateurs ou spécialistes ;
- Indicateur N°3 : Acceptation de l'outil de télésurveillance développé par la société Optim'Care par les patients transplantés et les professionnels de santé ;
- Indicateur N°4 : Temps moyen passé par les professionnels de santé par patient ;
- Indicateur N°5 : Satisfaction des patients et des professionnels de santé vis-à-vis de l'outil de télésurveillance.

#### V. – Liens d'intérêts

La présente expérimentation n'inclut pas de médicaments.

Le financement du dispositif médical de télésurveillance d'Optim'Care est prévue dans la présente expérimentation mais il n'existe aucun lien d'intérêt entre la société Optim'Care et les professionnels de santé participant à cette expérimentation, une Déclaration Personnelle d'Intérêt n'est donc pas nécessaire.

#### VI. – Eléments bibliographiques

Rosenberger EM et al. Long-term follow-up of a randomized controlled trial evaluating a mobile health intervention for self-management in lung transplant recipients. *Am J Transplantation*. 2017 ; 17(5) : 1296-1293.  
 Villeneuve C et al. Evolution and Determinants of Health-Related Quality-of-Life in Kidney Transplant Patients Over the First 3 Years After Transplantation, *Transplantation*. 2016 ; 100(3) : 640-7.  
 Thilly N et al. Cost-effectiveness of home telemonitoring in chronic kidney disease patients at different stages by a pragmatic randomized controlled trial (eNephro) : rationale and study design. *BMC Nephrol*. 2017 ; 18(1) : 126.  
 Van Lint C et al. Self-Monitoring Kidney Function Post Transplantation : Reliability of Patient-Reported Data. *J Med Internet Res*. 2017 ; 19(9) : e316.  
 Drent G et al. Symptom experience, nonadherence and quality of life in adult liver transplant recipients. *Neth J Med*. 2009 ; 67(5) : 161-8.