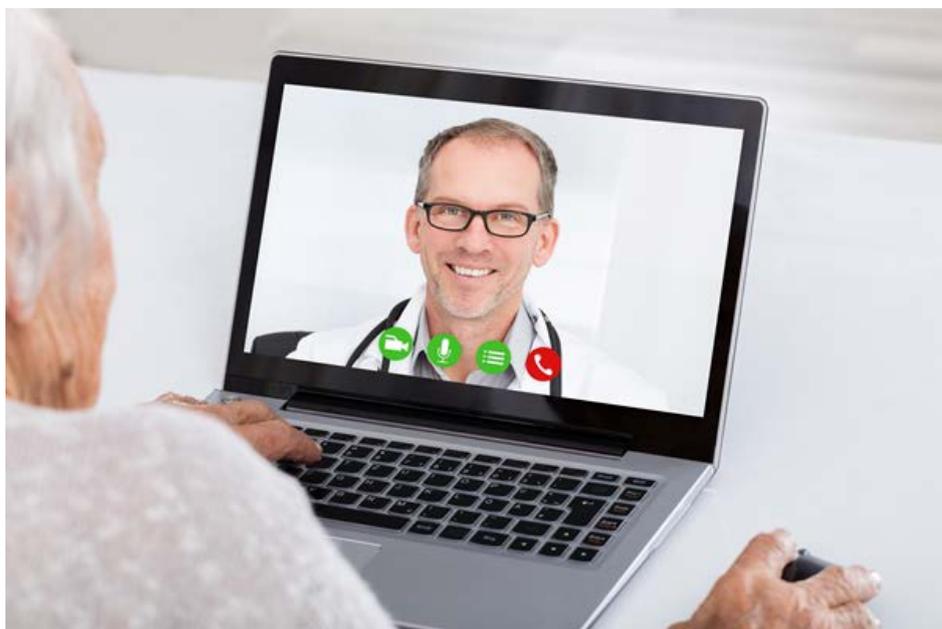


DOSSIER DE PRESSE

**COUP D'ENVOI DE
LA TELEMEDECINE EN FRANCE A LA RENTREE 2018
AVEC LA SIGNATURE DE L'AVENANT 6**

JUIN 2018



CONTACT PRESSE DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE

presse.cnam@assurance-maladie.fr

Caroline Reynaud : 01 72 60 14 89

Perrine Carriau : 01 72 60 17 64



[Suivez notre actualité sur Twitter !](#)

SOMMAIRE

Communiqué de synthèse	3
I – Répondre aux besoins de notre système de soins	5
1. Sortir la télémédecine du champ des expérimentations pour en généraliser la pratique	5
2. Mieux répondre aux besoins des assurés	6
II. Les modalités prévues par le cadre conventionnel	8
1. La téléconsultation	8
2. La télé-expertise	9
III. Les conditions de déploiement	11
1. Pas de contrainte mais des garanties	11
2. Respect de l'organisation du système de soins	11
3. Un dispositif évolutif	12

#e-santé #télémédecine #vieconventionnelle

Coup d'envoi de la télémédecine en France

Un accord conventionnel a été trouvé entre l'Assurance Maladie et les syndicats représentant les médecins libéraux sur les modalités de déploiement de la télémédecine en France dès le 15 septembre prochain. Cet avenant n° 6 à la convention de 2016 sera signé dans les prochains jours par quatre syndicats (CSMF, MG France, Le Bloc, SML), la FMF devant délibérer d'ici la fin du mois. Cette avancée conventionnelle va accélérer le déploiement de ces nouvelles pratiques médicales en les inscrivant comme une réalité quotidienne en France, lui permettant de combler son retard sur ce terrain.

L'accord officialise et encadre deux types d'actes :

- A partir du 15 septembre, la **téléconsultation**, qui implique une consultation à distance entre un médecin et un patient, ce dernier pouvant être assisté par un autre professionnel de santé comme une infirmière par exemple ; les tarifs et modalités de prises en charge de ces consultations sont les mêmes que celles en vigueur pour les consultations de *visu* (de 25 € à 30 € selon les cas).
- En février 2019, la **télé-expertise** qui permet à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère face à une situation médicale donnée. Ouverte dans un premier temps à certaines catégories de personnes (voir liste en page 9), elle s'élargira à tous les patients à partir de 2020. Le cadre ainsi défini constitue une avancée inédite, positionnant notre pays en avance par rapport à ses voisins.

Le texte adopté est le fruit de plus de cinq mois de négociations conventionnelles associant l'Assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaire) et les syndicats professionnels. Les structures représentant les jeunes médecins (externes, internes, remplaçants) et les associations de patients ont été associés à ces travaux.

Après 10 ans d'expérimentations dans ce domaine, l'accord pose désormais un cadre pérenne, ambitieux et favorable au déploiement de la pratique de la télémédecine en France.

Très ouvert, il concerne tous les médecins, tous les patients et s'applique à toute situation médicale compatible avec cette pratique. Pour autant, comme le souhaitent conjointement les partenaires conventionnels son application devra respecter un certain nombre de garanties liées à la sécurisation et à la protection des données médicales, mais aussi au respect des principes de qualité et de bonne organisation des soins (respect du parcours de soins coordonné, connaissance préalable du patient par le médecin).

Le développement de la télémédecine est stratégique car **il apporte une réponse aux défis actuels et à venir de notre système de santé** : les **difficultés d'accès aux soins** sur le territoire, notamment dans les zones de désertification médicale, et le **suivi régulier des patients** nécessaire avec l'allongement de la durée de vie et l'accroissement des maladies chroniques.

En effet, cette pratique médicale, fondée sur le recours aux nouvelles technologies, permet de :

- **simplifier la prise en charge et le suivi des patients**, notamment ceux atteints de pathologies chroniques dont le nombre est en augmentation (12 millions de patients en ALD en 2016¹) ;
- **améliorer la qualité de vie des patients**, en facilitant le maintien dans leur lieu de vie et en autonomie des personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques ;
- **faciliter l'accès de tous à des soins de qualité** sur l'ensemble du territoire et mieux articuler les prises en charge individuelle ou pluridisciplinaire.

Ces pratiques vont s'étendre progressivement à d'autres catégories de professionnels de santé, en commençant par les infirmiers et les pharmaciens.

¹ Données tout régimes

I – Répondre aux besoins de notre système de soins

1. Sortir la télémédecine du champ des expérimentations pour en généraliser la pratique

Jusqu'à présent, la télémédecine était conçue et déployée dans un cadre expérimental², avec des financements limités fixés par des fonds d'interventions régionaux, sans aucun cadre commun défini permettant une généralisation rapide de la pratique. La conséquence est que la télémédecine s'est surtout développée à l'hôpital, elle reste très peu présente en ville et la France est globalement en retard par rapport aux pratiques des autres pays en la matière.

Selon un bilan de ces expérimentations réalisé en 2014³, seuls 50 % des projets étaient alors opérationnels. Suite à l'ouverture de 2014, leur nombre n'a pas dépassé 1 000 actes en ville et 550 000 consultations en milieu hospitalier⁴ en 2015.

Même dans le secteur hospitalier⁵, la télémédecine représente à peine 0,5 % des quelques 99 millions de consultations ou de soins externes dispensés dans les établissements de santé.

Les pratiques dans les autres pays

Elles sont variables d'un pays à l'autre, les pays d'Amérique du nord ayant fait figure de pionnier. En Europe, les précurseurs se trouvent dans les pays d'Europe du Nord au côté de la France, qui a proposé notamment un cadre juridique dès 2009, 6 ans avant l'Allemagne, où la téléconsultation est restée interdite jusqu'en 2015.

Les déploiements les plus réussis sont souvent réalisés dans le cadre d'organisations régionales (Danemark, Norvège).

Outre ces limites régionales, le développement de la télémédecine varie aussi selon les maladies ou les situations de prise en charge (certaines maladies chroniques fréquentes type BPCO, diabète, approche préventive).

Aux Etats-Unis, le remboursement de la téléconsultation par vidéo transmission ne concerne que 24 états, celui de la télé-expertise 14 états.

La télémédecine constitue pourtant une voie nouvelle pour faciliter l'accès aux soins ; c'est pourquoi elle a vocation à s'installer comme une pratique régulière en France.

Pour combler le retard, après plusieurs d'années d'expérimentations, **le Gouvernement, via la loi de financement de la Sécurité sociale 2018 (article 54) a confié le soin à l'Assurance Maladie ainsi qu'aux complémentaires et aux syndicats de médecins libéraux de définir par voie conventionnelle les modalités de réalisation et les tarifs qui vont s'appliquer à ces nouveaux actes médicaux.**

Cette mesure met fin au cadre expérimental en vigueur pour la téléconsultation et la téléexpertise, sans pour autant causer de rupture de prise en charge pour les activités déjà développées. La télésurveillance reste, quant à elle, dans le champ des expérimentations.

² Le cadre juridique de la télémédecine a été posé pour la première fois en France en 2009 par le biais de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (article 78) et du décret n° 2010-1229 19 octobre 2010.

³ Source : Télémédecine état des lieux de la télémédecine – Présentation Programme de Télémédecine DGOS- ETAPES (Recensement réalisé en 2014).

⁴ Source : Rapport de 2017 de la [Cour des Comptes sur la télémédecine](#) (à partir des déclarations des ARS).

⁵ selon la statistique annuelle des établissements du ministère des affaires sociales et de la santé.

L'ambition générale de l'accord, rappelée dans un courrier de la ministre des Solidarités et de la Santé daté du 27 novembre a été traduite dans les orientations votées par le Conseil de l'Uncam le 30 novembre 2017 autour de 3 axes :

1. **Définir** le champ de l'acte de téléconsultation, ses modalités de prise en charge et de réalisation ;
2. **Permettre** la prise en charge et le déploiement de la télé-expertise ;
3. **Lever** les freins et contraintes et définir un accompagnement et une organisation adaptés pour assurer le déploiement de la télémédecine.

Les avancées déjà réalisées par voie conventionnelle

Des accords conventionnels ont déjà porté les premiers jalons de ces pratiques.

Ainsi, l'Assurance Maladie prend en charge depuis 2014 une modalité de dépistage en coopération entre l'orthoptiste et l'ophtalmologiste par télémédecine, en complément du dispositif de dépistage existant réalisé exclusivement chez l'ophtalmologiste.

De 2015 à 2017, plus de 16 600 patients, dont plus de 5100 pour l'année 2017, ont bénéficié du dépistage de la rétinopathie diabétique en coopération. Ces résultats restent toutefois inférieurs aux objectifs fixés initialement, notamment du fait d'une connaissance insuffisante des patients et des médecins de ce dispositif.

En 2017, l'avenant 2 à la convention médicale a introduit deux nouveaux actes pour les médecins libéraux au service des patients résidant en Ehpad. Il prévoyait deux situations :

- Une télé-expertise lors du changement de médecin traitant à l'occasion de l'entrée du patient dans l'établissement ;
- Un acte de téléconsultation pour permettre une consultation du médecin traitant en urgence.

2. Mieux répondre aux besoins des assurés

La télémédecine constitue un **facteur d'amélioration de l'efficacité de l'organisation et de la prise en charge des soins**.

En abolissant les distances, **la téléconsultation permet en effet de simplifier l'accès à un médecin pour des patients rencontrant des problèmes de mobilité. En raccourcissant les délais⁶, pour des question ne justifiant pas nécessairement une consultation médicale parfois longue à obtenir, la téléexpertise permet d'accélérer les délais de prise en charge et de suivi**, en obtenant plus rapidement un avis de spécialiste par télé-expertise, évitant ainsi une aggravation de l'état d'un patient pouvant aller jusqu'à l'hospitalisation voire la ré-hospitalisation.

Par exemple, la télé-expertise en dermatologie permet de préciser rapidement la conduite à tenir vis-à-vis d'une lésion suspecte de malignité ou de plaie du pied pour un patient diabétique et d'éviter ainsi des recours à des soins inutiles ou au contraire de hâter une prise en charge convenable pour en préserver et augmenter l'efficacité.

La télémédecine est aussi **un moyen d'éviter des déplacements inutiles** et des passages des patients aux urgences.

Enfin, la télémédecine, grâce au développement de la télé-expertise, devrait permettre aux professionnels de gagner du temps et ainsi de libérer un temps médical dont on sait bien combien il est précieux.

⁶ Actuellement, le délai moyen d'attente pour obtenir un RDV serait en moyenne de 64 jours avec un dermatologue et de 68 jours pour un gynécologue selon l'observatoire de l'accès aux soins de l'IFOP pour le cabinet Jalma en 2017.

Définition de la télémédecine

Selon le Code de la santé publique (L. 6316-1), la télémédecine se définit comme une pratique médicale (effectuée par un médecin) à distance (en mobilisant des technologies de l'information et de la communication ou TIC).

Il s'agit donc d'une innovation organisationnelle qui se traduit par une nouvelle façon de consulter et non par une innovation médicale qui implique une nouvelle façon de soigner.

On distingue cinq types d'actes : la **téléconsultation** (soit une consultation à distance au cours de laquelle un patient et un médecin se parlent et le plus souvent se voient), la **télé-expertise** (quand un médecin sollicite à distance l'avis d'un autre médecin), la **télé-surveillance** (qui permet à un médecin d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie d'un patient), la **téléassistance** (pour assister à distance un autre médecin) et la **régulation** dans le cadre des urgences (via le 15 qui permet d'effectuer un premier niveau de conseil médical par téléphone notamment pour orienter le patient).

II. Les modalités prévues par le cadre conventionnel

1. La téléconsultation

- **Qui est concerné ?**

Tout assuré, quel que soit son lieu de résidence, et tout médecin quelle que soit sa spécialité, pourra recourir à ce type de consultation, et ce dès le 15 septembre 2018.

- **Comment sera-t-elle réalisée ?**

Le patient doit être connu du médecin traitant, qui détient le dossier médical et connaît son parcours et son historique.

La téléconsultation s'inscrit en effet dans un parcours de soins et doit donc passer par le médecin traitant sauf pour les spécialistes que l'on peut déjà consulter en accès direct⁷ et les patients de moins de 16 ans.

Pour répondre aux difficultés d'accès aux soins, notamment dans certains territoires quand le patient n'arrive pas à désigner un médecin traitant ou que ce dernier n'est pas disponible dans le délai compatible avec l'état de santé du patient, **le principe est de s'appuyer sur la mise en place d'organisations locales qui s'organisent autour d'un bassin de vie permettant le recours à la téléconsultation**. Il peut s'agir de maisons de santé, de centres de santé, de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui pourront ainsi prendre en charge le patient et lui permettre d'accéder à un médecin par le biais notamment de la téléconsultation.

Dans tous les cas, pour le patient, la **téléconsultation se déroulera comme n'importe quelle consultation, en partant d'une demande de rendez-vous**.

Au niveau technologique, elle repose sur deux exigences : d'une part, le **recours à un échange vidéo** – exigé par la loi, pour garantir la qualité des échanges entre le médecin et le patient via une très bonne résolution d'image, et d'autre part, la **connexion à une solution sécurisée**, une exigence essentielle dans la mesure où elle fait transiter des informations à caractère médical dont la confidentialité doit être protégée.

Concrètement, c'est le médecin qui va envoyer un lien au patient, l'invitant à se connecter vers un site ou une application sécurisés, via son ordinateur ou une tablette équipé d'une webcam.

Pour les patients qui n'en disposent pas ou ne sont pas familiers de ces technologies, ils pourront être assistés par un autre professionnel de santé équipé, comme un pharmacien ou une infirmière venant à domicile, deux professions en contact très réguliers avec les patients.

Sur conseil de son médecin, le patient pourra également se rendre dans une cabine de téléconsultation installée à proximité. Celle-ci offre, en outre, l'avantage de disposer d'appareils de mesures (poids, IMC) et d'examen facilitant le diagnostic (tensiomètre, stéthoscope, fond d'œil, otoscope pour lecture des tympan). Ces cabines sont déjà actuellement en cours de déploiement dans les maisons de santé, dans les pharmacies ou dans d'autres lieux publics, facilement accessibles aux patients.

Quelle que soit la modalité retenue, le patient doit donner son consentement à une prise en charge par téléconsultation.

⁷ Un certain nombre de rendez-vous médicaux n'exige pas de passer par une recommandation de son médecin traitant et peuvent être demandés directement auprès de certains spécialistes : c'est le cas pour un certain nombre d'actes des gynécologues, des ophtalmologues, des psychiatres ou des neuropsychiatres ou des stomatologues (et médecins spécialistes en chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale).

Consultation ou téléconsultation - même principe

La consultation sera facturée au tarif de 25 € et 30 € selon les cas qu'elle se fasse en face-à-face ou via des nouvelles technologies.

Les règles de prise en charge sont identiques, selon la répartition habituelle entre la part prise en charge par l'Assurance Maladie et par la part de la complémentaire (70 %/30 %) et à 100 % pour les soins concernant des affections longue durée.

Comme pour les consultations de *visu*, le tiers payant sera appliqué selon la situation du patient, soit dans son intégralité pour tous les patients en ALD, maternité, CMU-C, ACS, et pour les autres patients, il pourra l'être sur la seule part obligatoire en attendant la généralisation des services complémentaires.

Les modes de paiement restent les mêmes que pour une consultation, y compris la possibilité de recourir au paiement en ligne par le patient, par carte bancaire.

La carte Vitale ne pouvant être lue à distance, la feuille de soins sera émise sans, le patient étant connu de son médecin, et la vérification de ses droits sera faite via un service en ligne (ADRI).

2. La télé-expertise

La télé-expertise doit permettre à un médecin de consulter un confrère afin d'échanger sur le cas d'un patient. **Elle peut impliquer un médecin généraliste et un autre spécialiste mais aussi deux médecins spécialistes** qui ont besoin d'échanger sur un diagnostic, une lecture d'analyses ou la pertinence d'examen complémentaire afin d'acter le traitement le plus adapté.

Si cette pratique existe déjà de façon informelle, **elle sera désormais rémunérée** et c'est une des grandes nouveautés de l'accord. **Elle place la France désormais en avance sur ce terrain.**

Elle vise à valoriser le temps médical qui permet d'assurer une prise en charge plus rapide et plus pertinente des patients, en leur évitant notamment de subir des délais d'attente pas toujours compatibles avec leurs besoins de santé.

• Qui est concerné ?

Dans un premier temps, et ce jusqu'en 2020, ces actes seront réservés aux patients :

- en affection longue durée (ALD),
- atteints de maladies rares^[1] comme, par exemple, la mucoviscidose ou l'hémophilie,
- résidant en zones dites 'sous denses'^[2] et dès lors qu'ils n'ont pas de médecin traitant ou rencontrant des difficultés à consulter rapidement,
- résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou dans des structures médico-sociales,
- détenus^[3], en raison de leur état de santé souvent insuffisant.

Au total, cela concernerait jusqu'à 21,7 millions de personnes en France.

• Ses modalités

Contrairement à la téléconsultation, la télé-expertise n'exige pas un échange avec de la vidéo. Mais elle doit faire **l'objet d'un échange en direct (synchrone) ou en différé (asynchrone) entre deux médecins, via une messagerie sécurisée**, déjà utilisée par 50 % des praticiens libéraux. Elle permet d'examiner le dossier d'un patient, accompagné des données médicales utiles (clichés, tracés, analyses) transmis au confrère.

Comme pour tout acte de télémédecine, le médecin demandant une télé-expertise préviendra le patient afin de recueillir son consentement, dans le respect absolu de sa liberté de choix.

^[1] Maladie qui atteint moins de 30 000 personnes en France. Au total, l'ensemble des maladies rares concerne 3 à 4 millions de patients en France.

^[2] Elles correspondent aux zones du territoire considérées comme souffrant d'un déficit de médecins, telles que définies par les agences régionales de santé (ARS), cf. l'article 1434-4 du Code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles.

^[3] visés aux articles L. 381-30 et suivants du Code de la Sécurité sociale

- **Des tarifs qui combinent un paiement à l'acte et au forfait**

L'accord prévoit deux niveaux de tarifs, dont le niveau de facturation tient compte de la complexité du dossier du patient qui conditionne le niveau de l'expertise réalisée (1 ou 2) et de sa fréquence.

Pour les télé-expertises de premier niveau, la rémunération du médecin requis sera de **12 €** (dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient) comme par exemple pour la lecture d'un fond d'œil ou d'un tympan.

Pour les **télé-expertises de second niveau**, la rémunération du médecin requis sera de **20 €** par télé-expertise (dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient), comme dans le cas de la surveillance d'une plaie chronique en voie d'aggravation et le suivi d'évolution d'une maladie inflammatoire chronique intestinale ou rhumatologique par exemple.

Le médecin requérant est également rémunéré, à hauteur de 5 € par télé-expertise de niveau 1, et 10 € par télé-expertise de niveau 2 (dans la limite de 500 € par an).

A noter, cet acte n'est pas facturé au patient concerné mais il fait l'objet d'une facturation directement entre l'Assurance Maladie et les médecins qui y recourent, à la fois par celui qui demande un avis (le médecin requérant) et par celui qui le donne (le médecin requis). Le patient retrouvera trace de cet acte dans son décompte sur son compte personnel sur ameli.

- **Le calendrier**

La téléconsultation sera accessible à tous, à compter du 15 septembre 2018.

La télé-expertise, quant à elle, sera **déployée en deux temps**, avec une **première étape** qui concernera certaines catégories de patients prévue **en février 2019**.

Le calendrier de déploiement de la téléexpertise au profit de l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Cette montée en charge progressive va permettre de tenir compte des contraintes juridiques (besoin d'un décret exonérant la signature de l'assuré par exemple) et techniques, qui vont découler de ce nouveau mode d'exercice.

- **Compte-rendu**

Quel que soit l'acte concerné (**téléconsultation ou télé-expertise**), **il doit toujours donner lieu à la réalisation d'un compte-rendu transmis au médecin demandeur** (médecin requérant) à verser au **dossier du patient, voire dans son dossier médical partagé du patient**, si ce dernier en possède un.

Ces comptes rendus permettent d'assurer la bonne coordination entre les médecins, garante d'une prise en charge des patients combinant qualité et efficacité.

- **Une aide forfaitaire**

Pour faciliter son déploiement, une aide forfaitaire sera versée aux médecins afin qu'ils puissent acquérir plus facilement les équipements nécessaires (appareils médicaux connectés et abonnements à un service sécurisé de téléconsultation), via l'intégration de deux nouveaux indicateurs ajouté au forfait structure⁸, valorisés jusqu'à 525 euros.

⁸ Le nouveau « forfait structure », créé lors de la convention médicale de 2016, vient remplacer les précédents indicateurs de la Rosp qui portaient sur l'organisation du cabinet, et constitue désormais une rémunération forfaitaire à part entière, indépendante de la Rosp, qui peut être versée à tout médecin libéral.

III. Les condition de déploiement

Dans le cadre des discussions conventionnelles, tous s'accordaient sur le fait qu'il convenait de définir des modalités d'accès les plus ouvertes possibles afin de favoriser le décollage de ces nouvelles pratiques médicales. Après dix années d'expérimentations, les freins technologiques et opérationnels étaient clairement identifiés dès le démarrage de la négociation et un consensus a été rapidement trouvé autour des grands principes devant dicter l'accord.

1. Pas de contrainte mais des garanties

Comme indiqué plus haut, **ces actes sont ouverts à tous les médecins, à tout type de situation médicale, y compris pour la prise en charge des consultations psychiatriques.**

A noter, seules les situations prévues dans le cadre de certaines consultations complexes ou très complexes, qui ne peuvent se faire sans un examen physique du patient, sont également sorties de ce cadre. C'est également le cas de l'avis ponctuel de consultant.

Dans la mesure où c'est le médecin qui engage sa responsabilité, c'est à lui de déterminer si la consultation peut être réalisée à distance, et non à son patient.

En effet, même si le patient peut préférer rester chez lui, un médecin peut refuser de le prendre en charge ainsi. En effet, un patient souffrant de douleurs abdominales exige le plus souvent un examen clinique avec palpation du ventre.

Quelle que soit la situation clinique, le consentement du patient doit être clairement demandé et obtenu et c'est au médecin de le demander.

2. Respect de l'organisation du système de soins

La téléconsultation respecte l'organisation actuelle du système de soins et s'inscrit dans le respect du parcours de soins, avec une orientation initiale par le médecin traitant.

Le texte exclut ainsi la prise en charge des actes via des plateformes commerciales qui proposent une autre façon de pratiquer la médecine, fondée sur des prises en charge ponctuelles sans notion de suivi global et d'orientation dans le système de soins.

Sauf situations particulières, le patient devra être connu du médecin qui devra l'avoir vu au cours des 12 derniers mois.

L'objectif est que la téléconsultation intervienne dans une logique de suivi, en veillant à une forme d'alternance avec des consultations en présentiel. Ainsi, un médecin traitant pourra assurer le suivi d'un patient diabétique en alternant rendez-vous de *visu* et téléconsultation.

Le recours à la télé-expertise est apprécié au cas par cas par le médecin requérant, et l'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du médecin sollicité par son confrère.

La connaissance préalable du patient par les médecins (à la fois requérant et requis) est nécessaire au moment de la réalisation d'un acte de télé-expertise, afin que ceux-ci puissent disposer des informations médicales nécessaires à un suivi médical de qualité.

Dérogations pour les patients n'ayant pas de médecin traitant

Pour les patients ne disposant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant est indisponible dans le délai compatible avec leur état de santé, il pourra être fait exception au parcours de soins et à l'obligation de connaissance préalable du patient par le médecin pratiquant la téléconsultation.

Le recours à la téléconsultation devra alors être assuré dans le cadre d'une organisation spécifique d'organisation territoriale entre des médecins (maisons de santé, équipes de santé pluri professionnelles, communautés professionnelles territoriales de santé ou toute autre forme d'organisation visant à organiser un travail en équipe entre des médecins) assurant que la prise en charge s'inscrive bien dans un cadre de proximité permettant d'assurer un suivi avec des professionnels de proximité.

3. Un dispositif évolutif

Parce qu'il est aujourd'hui difficile d'évaluer précisément le nombre d'actes de télémédecine qui vont découler de la mise en œuvre de cet accord, le suivi de son déploiement sera suivi très régulièrement, dans le cadre de l'Observatoire des mesures conventionnelles, dans lequel siègent les représentants des médecins ainsi que les représentants de l'Assurance Maladie.

À partir de 2020 (date à laquelle sera disponible un recul suffisant sur ces nouveaux dispositifs) et en fonction des résultats observés, le périmètre, les modalités de réalisation et tarification pourront être redéfinis par les partenaires conventionnels.

La télémédecine a donc été conçue comme un dispositif évolutif dans la durée, tenant compte des éléments disponibles sur l'évaluation des impacts médicaux et économiques liés au déploiement des actes de télémédecine, du progrès technologique, des besoins des patients comme des professionnels de santé.

L'investissement financier, prévu à hauteur de 40 millions, servira à valoriser les actes de télé-expertise. Les actes de téléconsultation, venant se substituer aux consultations *de visu*, seront sans incidence économique.

ANNEXES

1^{ère} annexe – Les autres dispositions incluses dans l’avenant

L’avenant 6 a été l’occasion d’apporter quelques évolutions au texte conventionnel d’août 2016, avec :

- l’extension ou la création de nouvelles situations médicales pouvant être prises en charge dans le cadre des consultations complexes ou très complexes,
- l’extension de la visite très complexe (VL), aux patients en soins palliatifs et patients en ALD quand ils sont vus pour la première fois par un médecin traitant et en incapacité de se déplacer,
- l’ajustement au tarif cible des actes d’ophtalmologie pour les médecins de secteur 1,
- l’ajustement tarifaire des actes d’imagerie dans le cadre du protocole imagerie signé en mai avec la FNMR, visant à renforcer la pertinence du recours à l’imagerie,
- des ajustements au niveau des dispositifs démographiques : cela comprend notamment la revalorisation de la rémunération versée dans le cadre du contrat solidarité territoriale médecins (CSTM), mesure annoncée dans le Plan ministériel d’accès aux soins lancé en octobre 2017,
- des ajustements dans la gestion des contrats destinés à encourager des tarifs modérés chez les médecins (OPTAM, OPTAM-CO),
- des aménagements dans le calcul de la RO SP Clinique.