

Télésurveillance

**TOUT COMPRENDRE
SUR L'ORGANISATION
ET LA FACTURATION**



Avril 2024

PRÉAMBULE

Dans le cadre des accords du [Sécur de la santé](#) et du [plan innovation santé 2030](#), le développement de la télésurveillance a été identifié comme un enjeu clé de la transformation du système de santé.

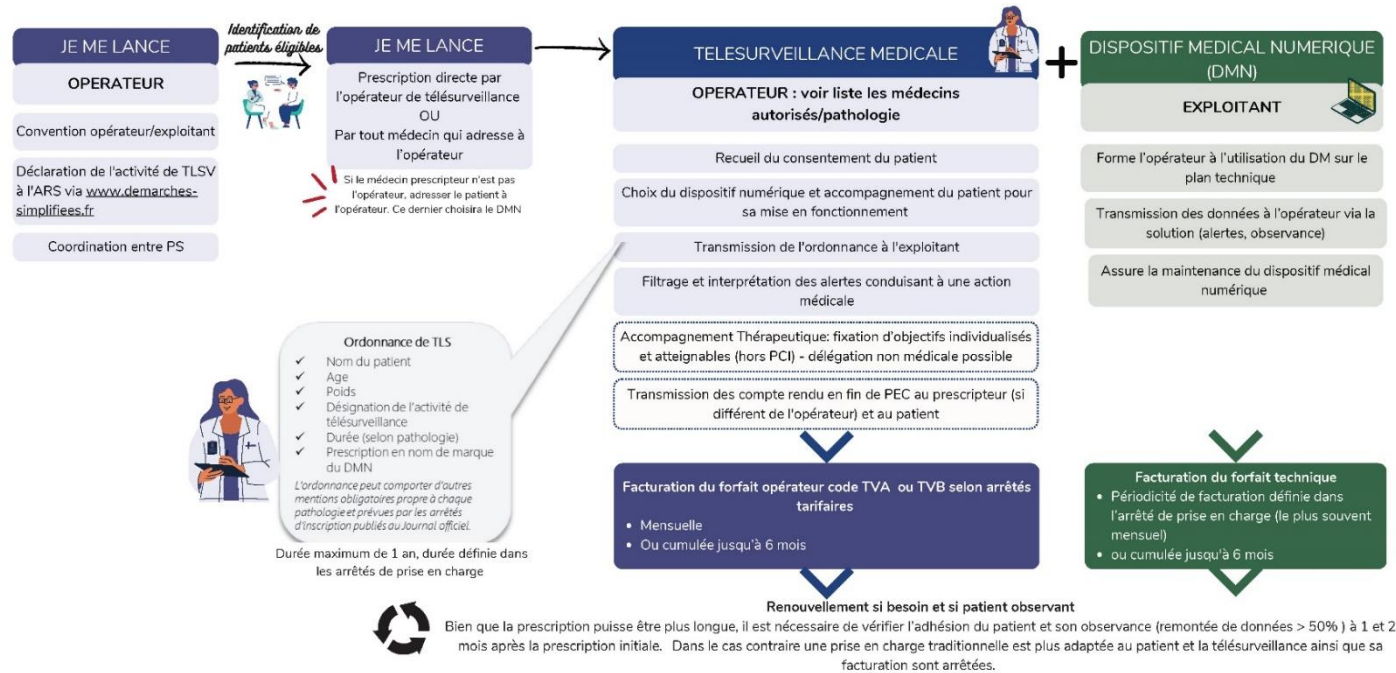
Acte de télémédecine, la télésurveillance doit permettre à un **professionnel médical pouvant être accompagné par d'autres professionnels de santé**, d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient transmis au moyen d'un **dispositif médical numérique** et, le cas échéant, de prendre des mesures relatives à la prise en charge de ce patient (article R. 6316-1 du Code de la santé publique).

Après avoir fait l'objet d'expérimentations, l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022 et plusieurs textes d'application définissent le fonctionnement et le financement du droit commun de la télésurveillance qui est entré définitivement en vigueur le **1^{er} juillet 2023**.

Le présent guide, à destination des différents acteurs de la télésurveillance, a pour objectifs de :

- 1°** rappeler **les grands principes et l'architecture du modèle de droit commun** de la télésurveillance médicale
- 2°** clarifier **les modalités et le circuit de facturation** des activités de télésurveillance
- 3°** expliciter le contenu de **la déclaration obligatoire des activités de télésurveillance** auprès des ARS
- 4°** expliciter le contenu de **la convention passée entre l'opérateur de télésurveillance et l'exploitant du dispositif médical** et les modalités possibles de délégations d'activités.

Comment se déroule la prise en charge d'un patient en télésurveillance ?



L'opérateur de télésurveillance est soit un médecin exerçant seul, soit une personne morale regroupant une équipe de professionnels de santé dont au moins un médecin, répondant aux qualifications requises précisées dans le référentiel publié par arrêté.

L'exercice de la télésurveillance est possible pour des opérateurs :

- en établissement de santé
- en établissement ou service médico-social
- en centre de santé
- en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)
- dans un cadre libéral.

SOMMAIRE

1. L'architecture du modèle de droit commun de la télésurveillance médicale.....	p.5
2. Le contenu de l'activité de télésurveillance.....	p.6
3. L'inscription de l'indication et de la solution numérique comme préalable à la réalisation de la télésurveillance.....	p.8
4. La déclaration obligatoire des activités de télésurveillance aux agences régionale de santé.....	p.9
5. Une rémunération forfaitaire des activités de télésurveillance.....	p.10
6. Les modalités et le circuit de facturation du forfait opérateur et du forfait technique.....	p.13
7. Les protocoles de coopération et conventions obligatoires entres opérateurs de télésurveillance et exploitants de dispositifs médicaux.....	p.19
8. Les liens et documents utiles.....	p.21



L'ARCHITECTURE DU MODÈLE DE DROIT COMMUN DE LA TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE

UNE ÉVALUATION PAR LA HAS

Une évaluation systématique de cette activité de télésurveillance dans chaque indication par la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) de la Haute autorité de santé

A date, 6 pathologies ont d'ores et déjà leur référentiel : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, diabète et diabète gestationnel, insuffisance respiratoire, prothèses cardiaques implantables et oncologie.

UNE INSCRIPTION COMME CONDITION À LA PRISE EN CHARGE

Si cette évaluation est positive, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale l'inscriront sur la liste des activités de télésurveillance médicale (LATM) : une rémunération forfaitaire des activités de télésurveillance est accordée (un forfait pour l'opérateur et un forfait pour l'exploitant du dispositif médical numérique utilisé).

UNE POSSIBILITÉ DE PRISE EN CHARGE ANTICIPÉE

Le droit commun prévoit également un dispositif de prise en charge anticipée (PECAN). Ce dispositif permet une prise en charge dérogatoire d'une durée d'un an par l'assurance maladie obligatoire et les compléments des solutions présumées innovantes d'après les premières données disponibles. Cette phase anticipée permet à l'exploitant de finaliser la démonstration du bénéfice clinique et/ou organisationnel tout en étant déjà remboursé.

UNE PRESCRIPTION

Une prescription de la télésurveillance est obligatoire réalisée par un médecin (le médecin prescripteur n'est pas forcément un opérateur de télésurveillance). La prescription de la télésurveillance, peut être réalisée par tout médecin, quels que soient son secteur d'exercice et sa spécialité médicale et selon le référentiel publié. La télésurveillance médicale est réalisée par un opérateur (médecin seul ou équipe pluri-professionnelle) ayant recours à un dispositif médical numérique de télésurveillance mis à disposition par un exploitant ou un distributeur.





LE CONTENU DE L'ACTIVITÉ DE TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE

Les activités de télésurveillance sont définies comme étant des activités de surveillance médicale associées à l'utilisation d'un dispositif médical numérique.

La réalisation de la télésurveillance nécessite donc le recours à un dispositif médical numérique (DMN) qui sera utilisé par le patient.

Ce DMN a pour fonction principale de transmettre les données et les alertes numériques à l'opérateur de télésurveillance. Celui-ci est fourni par un exploitant ou un distributeur au sens du L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale. Les DMN de télésurveillance doivent avoir obtenu le marquage CE et être certifiés conformes au référentiel d'interopérabilité et de sécurité de l'ANS.

La télésurveillance médicale réalisée grâce à ce DMN est pour sa part composée :

- **d'un socle commun d'activités**, quelle que soit la pathologie concernée, comprenant notamment les actions de télésurveillance médicale (analyse des données transmises et des alertes), le paramétrage du dispositif médical (DM) numérique de télésurveillance (associé ou non à un dispositif médical de collecte), la formation du patient à son utilisation
- **d'activités complémentaires le cas échéant**, par exemple en matière d'accompagnement thérapeutique. Ces activités varient en fonction des protocoles de télésurveillance, et donc en fonction des organisations et de la finalité de la télésurveillance, de la pathologie concernée et de sa complexité ou encore de l'état de santé du patient.

Chaque type d'activité de télésurveillance inscrite sur la liste LATM et bénéficiant donc d'une prise en charge par l'assurance maladie fait l'objet d'un référentiel publié au Journal officiel.

Ce référentiel précise notamment :

- les indications prises en charge
- les professionnels impliqués dans la télésurveillance médicale et les exigences minimales applicables à l'opérateur de télésurveillance médicale
- la qualification obligatoire des professionnels de santé réalisant l'activité
- les modalités de suivi du patient
- les besoins en matière d'accompagnement thérapeutique
- les garanties de qualité et de continuité des soins
- les modalités de prescription d'utilisation et de distribution du dispositif médical et de la télésurveillance

Télésurveillance médicale | Tout comprendre sur l'organisation et la facturation

- le partage des responsabilités entre opérateur de télésurveillance et exploitants du dispositif médical
- les spécifications techniques minimales obligatoires et celles recommandées pour le dispositif médical numérique ainsi que la mention des accessoires de collecte indispensables à la télésurveillance
- la rémunération forfaitaire des activités de télésurveillance (un forfait pour l'opérateur et un forfait pour l'exploitant du dispositif médical numérique utilisé).
- les indicateurs individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle à suivre lorsqu'ils existent.

A ce jour, 6 indications sont prises en charge dans le droit commun de la télésurveillance :

- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance rénale
- Diabète
- Insuffisance respiratoire
- Prothèses cardiaques implantables
- Oncologie

3 L'INSCRIPTION DE L'INDICATION ET DU DISPOSITIF MÉDICAL NUMÉRIQUE COMME PRÉALABLE À LA PRISE EN CHARGE DANS LE DROIT COMMUN DE LA TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE

L'utilisation d'un DMN de télésurveillance par un patient et un opérateur de télésurveillance nécessite au préalable que l'indication et le DMN soient inscrits sur la liste des activités de télésurveillance médicale (LATM). Il existe 2 types d'inscription :

— EN LIGNE GÉNÉRIQUE

Elle concerne plusieurs DMN qui sont caractérisés par des spécifications techniques et des indications précises communes sans mention de nom commercial ou de société. Ces lignes génériques sont décrites par arrêté après avis de la CNEDiMTS.

— EN NOM DE MARQUE

A la demande de l'exploitant, l'activité de télésurveillance repose sur un seul DMN décrit par son nom de marque ou nom commercial. Ce type d'inscription est requis pour un DMN :

- dont l'indication ou les spécifications techniques ne correspondent à aucune ligne générique existante.
- et/ou qui revendique un intérêt supérieur en matière d'efficacité ou d'impact organisationnel par rapport aux autres activités déjà prises en charge.

— UNE POSSIBILITE DE PRISE EN CHARGE ANTICIPEE

Le droit commun prévoit également un dispositif de prise en charge anticipée numérique (PECAN). Ce dispositif permet une prise en charge dérogatoire d'une durée d'un an par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires des solutions présumées innovantes d'après les premières données disponibles. Cette phase anticipée permet à l'exploitant de finaliser la démonstration du bénéfice clinique et/ou organisationnel tout en étant déjà remboursé.

Les différentes étapes de ce processus d'inscription sont détaillées [ici](#) et vous pouvez consulter la liste des DMN actuellement pris en charge [ici](#).



4

LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES ACTIVITÉS DE TÉLÉSURVEILLANCE MÉDICALE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Une seule déclaration est à réaliser, quel que soit le nombre d'aires thérapeutiques télésurveillées et le nombre de dispositifs médicaux utilisés pour télésurveiller les patients.



Le professionnel de santé déclare son activité sur www.demarches-simplifiees.fr



Un récépissé est directement transmis par l'ARS après que la déclaration a été déposée.

Pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, **l'opérateur de télésurveillance doit préalablement au démarrage de son activité** déclarer celle-ci à l'ARS sur [demarches-simplifiées.fr](http://demarches-simplifiees.fr). Cette déclaration vaut engagement pour l'opérateur à respecter les conditions fixées par les référentiels relatifs aux indications concernées.

Elle contient un volet administratif (identités, statut juridique de l'opérateur de télésurveillance) et un volet décrivant l'organisation de télésurveillance envisagée (type de professionnels impliqués, délégations de tâches à un tiers etc..). Le contenu de cette déclaration est précisé aux articles R. 162-105.-I. et D. 162-32.-I. du code de la sécurité sociale.

Dès lors que le dossier est complet, l'opérateur de télésurveillance reçoit un récépissé automatique de sa déclaration. La réception ouvre droit à la facturation des activités de télésurveillance.

L'ARS et la CPAM ont accès au dossier et peuvent demander à tout moment des informations complémentaires si nécessaire.

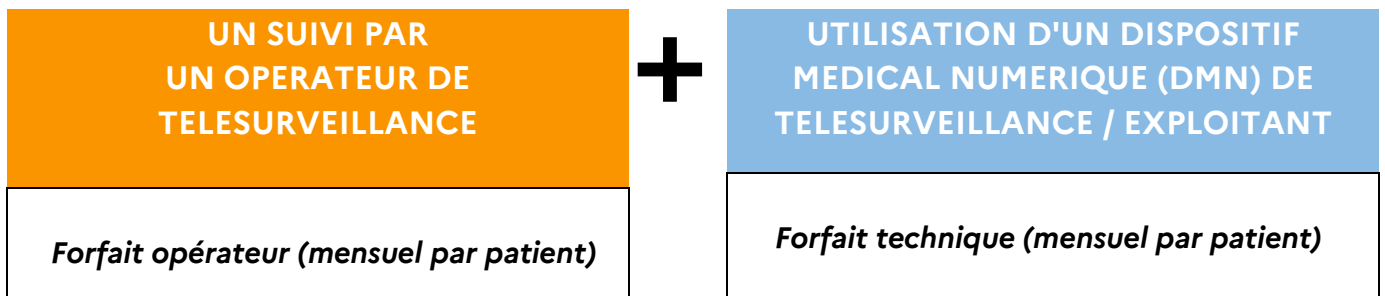
Un pas à pas pour déclarer son activité de télésurveillance est à votre disposition en cliquant [ici](#).



5 UNE RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE DES ACTIVITÉS DE TÉLESURVEILLANCE MÉDICALE

La tarification des activités de télesurveillance **est forfaitaire**. Elle est composée :

- d'un **forfait opérateur** assurant la rémunération de l'opérateur réalisant l'activité de télesurveillance médicale
- d'un **forfait technique** assurant la rémunération de l'exploitant ou du distributeur au détail mettant à disposition le dispositif médical numérique de télesurveillance permettant de réaliser cette activité et les éventuels accessoires de collecte associés (collecte, analyse, transmission de données et émission d'alertes).



— Le forfait opérateur :

UN SUIVI PAR UN OPERATEUR DE TELESURVEILLANCE <i>Forfait opérateur (mensuel par patient)</i>
Forfait socle niveau 1 : 11€ <i>(prothèses cardiaques implantables)</i>
Forfait socle niveau 2 : 28€ <i>(insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire, insuffisance rénale, diabète, oncologie)</i>
Forfait majoré niveau 1 : 56€ <i>(Insuffisance cardiaque, diabète)</i>
Forfait majoré niveau 2 : 70€ <i>(Insuffisance cardiaque, diabète)</i>

Le forfait opérateur est **un forfait mensuel (périodicité glissante de 30 jours)**, par patient, qui peut être facturable en série afin de limiter les démarches administratives et comptables (possibilité de facturer maximum six « lignes » en une fois). Le montant de celui-ci est fixé en fonction des moyens humains, de l'accompagnement thérapeutique et des actes de coordination entre professionnels de santé qui sont nécessaires pour la prise en charge du patient. **L'arrêté tarifaire prévoit 2 montants de forfaits socle**. Chaque activité de télésurveillance inscrite sur la LATM est rattachée au « niveau 1 » ou au « niveau 2 » de ce forfait en fonction des critères susvisés.

Des travaux en collaboration avec les CNP de cardiologie et diabète ont abouti à l'élaboration d'un premier modèle de majoration des forfaits socles mensuels pour les patients complexes pour la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque et la télésurveillance du diabète se traduisant par la fixation de deux niveaux supplémentaires. Pour rappel, la HAS a considéré, à ce stade, que seules ces 2 indications sont éligibles à une majoration de forfaits pour une prise en charge particulièrement complexe.

Les niveaux de valorisation des majorations des forfaits socles ainsi que les indications d'éligibilité à ces majorations sont fixés par un [arrêté tarifaire](#) publié au journal officiel.



Le forfait technique :

UTILISATION D'UN DISPOSITIF MEDICAL NUMERIQUE (DMN) DE TELESURVEILLANCE / EXPLOITANT <i>Forfait technique (mensuel par patient)</i>	
Impact organisationnel :	50€
Impact clinique qualité de vie :	73,33€
Impact clinique morbidité :	82,50€
Impact clinique mortalité :	91,67€

L'arrêté tarifaire prévoit plusieurs niveaux de forfaits selon l'intérêt de la solution de télésurveillance, organisationnel ou clinique, et l'intérêt clinique peut porter sur la qualité de vie, la morbidité, ou la mortalité. **Ainsi, 4 niveaux de forfaits sont prévus, et sont modulés selon l'évolution de la file active.**

Les forfaits techniques s'appliquent quelle que soit la modalité d'inscription de l'activité de télésurveillance pour laquelle le dispositif médical numérique est utilisé (description générique, ou en nom de marque).

Afin de pouvoir prétendre à l'inscription sur la liste des activités de télésurveillance prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale, les dispositifs médicaux numériques doivent **obtenir un certificat de conformité aux référentiels interopérabilité/sécurité de l'ANS.**



6 LES MODALITÉS ET LE CIRCUIT DE FACTURATION DU FORFAIT OPÉRATEUR ET DU FORFAIT TECHNIQUE

Sous quelles conditions l'opérateur de télésurveillance et l'exploitant peuvent-ils facturer leurs forfaits respectifs ?

- Prescription de la télésurveillance sur **ordonnance** par l'opérateur pour l'exploitant

La prescription par ordonnance, un préalable indispensable à la réalisation de l'activité de télésurveillance et à la facturation des forfaits

La prescription de la télésurveillance peut être réalisée par un médecin quel que soit son secteur d'exercice et dans le respect des qualifications prévues par les arrêtés d'inscription des activités de télésurveillance médicale.

La prescription d'une activité de télésurveillance médicale :

- doit respecter les modalités prévues par l'article R. 162-100 du code de la sécurité sociale et les référentiels d'activité de la HAS
- **ne peut être faite pour une durée supérieure à un an**

La consultation au cours de laquelle est réalisée la prescription médicale n'est pas rémunérée dans le cadre du forfait opérateur de la télésurveillance, elle fait l'objet d'une facturation dans les conditions de droit commun.

L'ordonnance de Télésurveillance médicale



- Nom du patient
- Age
- Désignation de l'activité de télésurveillance (indication)
- Durée (selon pathologie)
- Nom du DMN choisi

L'ordonnance peut comporter d'autres mentions obligatoires et prévues par les arrêtés d'inscription publiés au journal officiel



Télésurveillance médicale | Tout comprendre sur l'organisation et la facturation

- un forfait technique ne peut être facturé sans qu'un forfait opérateur soit facturé, et réciproquement (pour un même patient, une même indication et pour chaque période facturable)
- En cas de **d'utilisation effective du DMN de télésurveillance par le patient** (L. 162-56 et Art. R. 162-97 du code de la sécurité sociale).

Les modalités d'appréciation de l'utilisation effective ou de la « bonne observance » du patient sont propres à chaque activité de télésurveillance. La fréquence minimale de collecte et de transmission des données recueillies par le DMN est définie dans chacune des lignes génériques.

- ✗ **L'activité de télésurveillance médicale ne peut faire l'objet d'aucun dépassement d'honoraires**
- ✗ **La prise en charge du DMN s'arrête également quand l'utilisation de celui-ci est interrompue**, notamment en cas :

- de problèmes techniques
- de refus du patient que soient transmises les informations nécessaires au contrôle de son observance.
- d'arrêt temporaire de l'utilisation du DMN à l'initiative du patient ou de l'opérateur
- d'interruption de données transmises
- d'insuffisance de données liées notamment à l'inobservance du patient



L'absence d'utilisation effective ou la mauvaise observance est caractérisée par une **transmission de données insuffisantes au regard des exigences prévues par l'arrêté d'inscription mentionné à l'article R. 162-73 du code de la sécurité sociale de nature à remettre cause la qualité ou la continuité des soins**

En revanche, en cas de décès du patient au cours d'une période, le forfait mensuel est intégralement dû.

Interruption de données = 0 donnée

→ pas de facturation du forfait pour le mois en cours

Insuffisance de données = remontée de données inférieure à 50 % des données normalement nécessaires sur le mois

→ pas de facturation le mois suivant



Constat d'une facturation abusive



L'assurance maladie, en cas de constat d'une facturation abusive en violation des règles de facturation (notamment une facturation sans observance du patient ou tout autre manquement à l'activité décrite dans le référentiel), procède au recouvrement de l'indu correspondant auprès de l'opérateur ou de l'industriel concerné.

Cette possibilité de recouvrement est prévue à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

Quelles sont les modalités pratiques de facturation de l'activité de télésurveillance par les opérateurs ?

La facturation correspondant au « forfait opérateur » est réalisée via la cotation de codes prestation dédiés.

La facturation correspondant au « forfait socle opérateur » est réalisée via la cotation d'un code prestation « TVA » ou « TVB » ce dernier peuvent être être **modulé par l'application d'un coefficient de 2 ou 2,5 selon les profils patients éligibles** Les niveaux de valorisation des majorations des forfaits socles ainsi que les indications d'éligibilité à ces majorations sont fixés par un [arrêté tarifaire](#) publié au journal officiel.

Les informations sur les modalités pratiques de la facturation des forfaits par les opérateurs sont accessibles sur le site ameli.fr.

POUR L'OPÉRATEUR EXERÇANT EN LIBÉRAL, EN CENTRE DE SANTÉ OU SALARIÉ D'UNE SISA

- Facturation selon les modalités mises en œuvre pour les actes de télémedecine (logiciel de ville intégrant l'avenant 18 au cahier des charges SESAM-Vitale pour faire du SESAM sans vitale. Le cas échéant en mode SESAM dégradé avec exonération à titre dérogatoire de l'envoi des pièces justificatives papier).
- Recueil des données médico-administratives du patient nécessaires à la facturation des parts AMO/AMC.
- Transmission par l'opérateur ville de la prescription médicale aux organismes de prise en charge via la fonctionnalité de scannage des pièces justificatives (SCOR) si disponible sur le poste de l'opérateur, dans le cas contraire, par tout autre moyen.

POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

- En établissement de santé ex DG et en établissements ex OQN, pour leurs médecins salariés, la facturation est établie sous le numéro FINESS de l'établissement avec le code spécialité du professionnel de santé assurant la télésurveillance.
- Facturation selon les modalités définies pour les "actes et consultations externes"
- Pour plus d'information, consultez la [Fiche d'Information Télémédecine Établissements ex-DG et ex-OQN](#).

POUR LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

Si les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) peuvent développer ces modalités de suivi de leurs résidents, ils ne peuvent pas facturer le forfait télésurveillance dans la plupart des cas car leur dotation ou forfait de soins couvrent déjà ces actes.

Exemple :

- Si un Ehpad est en **tarif global** et que le médecin qui réalise la télésurveillance médicale est un généraliste ou un gériatre : pas de facturation en sus cas prise en charge dans le tarif du séjour, facturation en sus uniquement dans le cas où ce sont des autres spécialistes
- Si un Ehpad est en **tarif partiel** : facturation en sus quelque que soit le médecin



Quand facturer la télésurveillance ?



Il s'agit d'un **forfait mensuel**, par patient, facturable au terme de chaque période d'un mois ou d'un ensemble de périodes d'un mois, afin de limiter les démarches administratives et comptables, dans la limite de 6 mois consécutifs.

La périodicité mensuelle est glissante, date à date, et non calendaire : chaque période comporte 30 jours.

En pratique

Si facturation mensuelle : l'opérateur facture le forfait au terme du mois échu au tarif correspondant via une feuille de soins électronique = 1 FSE par mois, avec montant 1 x forfait. La date des soins sera celle du début de mise en œuvre du forfait.

Si facturation cumulée : une FSE peut être réalisée comportant pour chaque forfait mensuel facturé (dans la limite de 6) une ligne de facturation dédiée, au tarif correspondant, avec comme date des soins la date d'exécution de chaque forfait (début de traitement). Ainsi, 6 dates d'exécution au maximum seront renseignées dans la facture en rapport avec les 6 forfaits au maximum pouvant être facturés en une seule fois.

Pour le cerfa de la feuille de soins papier médecin, seules 4 lignes peuvent être renseignées. Il vous est toujours possible de faire une deuxième feuille de soins papier afin de renseigner les 2 lignes suivantes. Il vous est néanmoins conseillé de privilégier la feuille de soins électronique (FSE) qui n'ont pas de limite en nombre de lignes de facturation.

IMPORTANT : les opérateurs peuvent facturer des « séries de forfaits » correspondant à plusieurs mois de télésurveillance afin de limiter les démarches administratives et comptables. **Un opérateur de télésurveillance ne peut toutefois pas facturer « en série » plus de 6 forfaits mensuels.**

La facturation au patient peut donc se faire à distance, lors d'une téléconsultation, ou encore lors de la réévaluation de l'intérêt pour le patient de la télésurveillance.

Quelles sont les modalités pratiques de facturation de l'activité de télésurveillance par les exploitants ?

La facturation du forfait technique rémunérant la mise à disposition du **DMN ne peut intervenir que dans le cadre d'une activité de télésurveillance impliquant un opérateur, déclarée auprès de l'ARS.** Elle ne peut pas intervenir isolément.

La facturation à l'assurance maladie s'effectue **sur la base de codes de nomenclature similaires à ceux de la LPP.**

Les forfaits sont facturables au terme de chaque durée dont la période est définie par arrêté sous condition d'utilisation effective du DMN.



Quel taux de remboursement s'applique au forfait opérateur et au forfait exploitant de télésurveillance ?

La prise en charge de la télésurveillance est soumise à ticket modérateur ce qui signifie que **l'assuré participe, selon ses droits, à hauteur de 40% aux frais engagés** dans ce cadre. Un tiers payant intégral peut être réalisé sur la part AMO et AMC selon les outils.

L'opérateur facture dans les conditions habituelles en fonction des droits du patient constatés à la date de prescription :

- facturation sur la base d'un **taux de prise en charge à 100% pour les situations où l'assuré bénéficie d'une exonération du ticket modérateur (ALD)**
- facturation sur la base d'un taux de prise en charge de **60% par l'assurance maladie obligatoire et un reste à charge de 40% potentiellement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire**
- facturation sur la base des taux particuliers fixés pour certains régimes spéciaux CPRCEN, CPRPSNCF, RLAM.

Décision du 20.02.2023 publiée au JO du 02.04.2023.



CONVENTIONS OBLIGATOIRES ENTRE OPÉRATEURS DE TÉLÉSURVEILLANCE ET EXPLOITANTS DE DISPOSITIFS MÉDICAUX & LA DÉLÉGATION D'ACTIVITÉS MÉDICALES OU NON MÉDICALES

Pour rappel, un opérateur de télésurveillance est nécessairement soit un médecin seul, soit une équipe pluri professionnelle composée d'au moins un professionnel médical. Il ne peut être salarié d'un industriel ou d'un PSDM (prestataire de services et distributeur de matériel).

Contractualisation de l'opérateur avec l'exploitant : la convention de télésurveillance

Cette convention permet de préciser les rôles et responsabilités de chacun, notamment lorsqu'un préfiltrage des alertes artéfactuelles est réalisé par l'exploitant du dispositif médical.

L'opérateur doit obligatoirement conclure une convention avec chaque exploitant pour la mise à disposition du dispositif médical numérique du patient. Vous trouverez un exemple type [ici](#).

Depuis 1er janvier 2024, seuls les **Dispositifs Médicaux Numériques (DMN) pour lesquels l'exploitant a obtenu un certificat de conformité valide** sont pris en charge par l'Assurance maladie. Vous pouvez consulter la liste des DMN certifiés conformes [ici](#).

Concernant les relations contractuelles liant les établissements de santé déclarés comme opérateurs et les exploitants ou distributeurs de DMNs, ces dernières entrent dans le champ de la commande publique.

Délégation des activités médicales ou non médicales

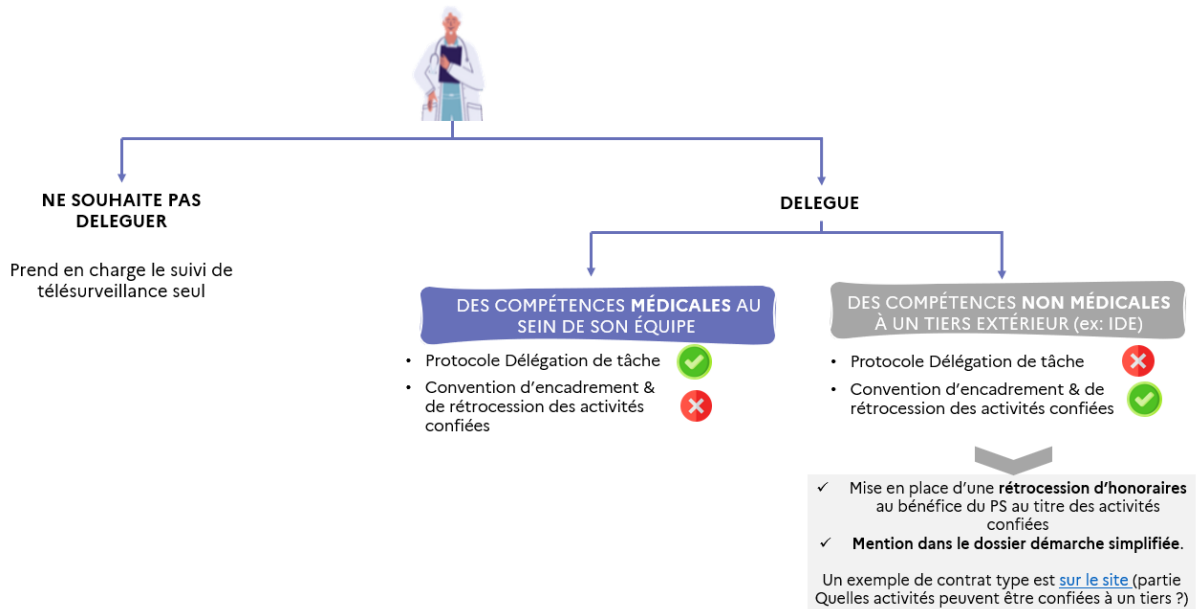
— **Aucune activité médicale**, en particulier l'analyse médicale des données et les alertes générées par le dispositif médical numérique, ou le renouvellement d'une ordonnance **ne peut être confiée à un tiers, hormis dans le cadre d'un protocole de coopération**. Une délégation d'activité médicale **est possible uniquement à un professionnel de santé** et le médecin reste responsable des actes réalisés auprès des patients

Pour en savoir plus sur les protocoles de coopération, vous pouvez vous rapprocher de l'ARS ou de votre direction des soins si vous pratiquez en établissement.

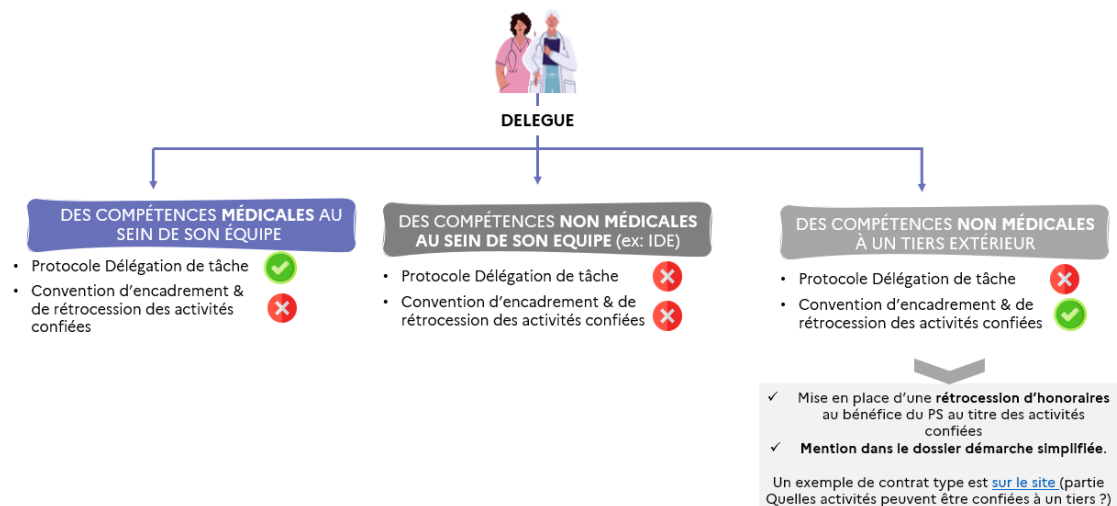
Certaines tâches non médicales, comme l'accompagnement thérapeutique ou le pré-filtrage des alertes, **peuvent toutefois être délégués ou confiés par l'opérateur à un tiers**. Ces délégations doivent être encadrées :

- **l'opérateur peut confier des activités, non médicales**, à un autre professionnel de santé, une société, ou un bénévole travaillant au sein d'une association
- pour les professionnels de santé, le fait de confier une activité non médicale à un autre professionnel de santé implique **une rétrocession d'honoraires et une convention qui encadre donc la répartition du forfait**. Un exemple de convention d'encadrement & de rétrocession des activités confiées est disponible [ici](#).

Exemple d'un médecin opérateur en cabinet



Exemple d'un médecin opérateur en établissement de santé





LES LIENS ET LES DOCUMENTS UTILES

- Vous êtes opérateur de télésurveillance ? [Rendez-vous sur le site du ministère de la santé pour en savoir plus](#)

- Plus d'informations sur la facturation ? rendez vous sur le site de l'assurance maladie :
 - <https://www.ameli.fr/professionnel-de-la-lpplatm/exercice-professionnel/telesurveillance>
 - <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/telesurveillance>

- Textes, articles, lois :
 - [Arrêté du 22 juin 2023 portant inscription d'activités de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale \(télésurveillance médicale du patient insuffisant rénal chronique\)-](#)
 - [Arrêté du 22 juin 2023 portant inscription d'activités de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale \(télésurveillance médicale du patient insuffisant cardiaque chronique\)-](#)
 - [Arrêté du 22 juin 2023 portant inscription d'activités de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale \(télésurveillance médicale du patient diabétique\)-](#)
 - [Arrêté du 22 juin 2023 portant inscription d'activités de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale \(télésurveillance médicale du patient insuffisant respiratoire chronique](#)
 - [Arrêté du 25 octobre 2023 relatif à la prise en charge anticipée numérique de certains dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et certaines activités de télésurveillance médicale en application de l'article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\) \(télésurveillance médicale du patient atteint d'un cancer sous traitement systémique et/ou traités par radiothérapie\)](#)
 - [Arrêté du 24 novembre 2023 relatif à la prise en charge des activités de télésurveillance médicale en application de l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\) \(télésurveillance médicale du patient atteint d'un cancer sous traitement systémique.\)](#)

- Pour toute question concernant votre organisation : [contactez votre ARS](#)

- Pour toute question concernant la facturation : [contactez votre CPAM](#)



www.sante.gouv.fr



**MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**l'Assurance
Maladie**

Caisse Nationale