**CONVENTION**
**EN APPLICATION DE L'ART.56, § 1 POUR LE FINANCEMENT D'UNE ÉTUDE PILOTE RELATIVE AU SUIVI DES PATIENTS COVID-19 À DOMICILE VIA LE TÉLÉMONITORING**

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, plus précisément l'article 56, § 1 et vu la décision prise par le Comité de l'assurance en sa séance du …,

Il est convenu de ce qui suit, entre :

D'une part,

a) **Le Comité de l'assurance soins de santé de l'INAMI,** représenté par Brieuc Van damme, directeur général du Service des soins de santé de l'INAMI, dénommé ci-après **premier contractant** ou INAMI.

Et d'autre part,

b) **… (groupement de dispensateurs de soins),** représenté par …, dénommé ci-après **second contractant**.

**Introduction**

Ce projet concerne le suivi des patients COVID-19 avant et après leur hospitalisation dans le cadre d'une approche médicale intégrée soutenue par des applications numériques.

Les patients COVID-19 nécessitant un suivi médical minutieux sont aujourd'hui hospitalisés, ce qui met une grande pression sur les hôpitaux, surtout en période de pic dans les contaminations. Grâce au télémonitoring depuis le domicile, l'hospitalisation peut être évitée chez les patients présentant des symptômes modérés de COVID-19 et les patients partiellement rétablis peuvent également être renvoyés chez eux plus rapidement tout en surveillant étroitement leur état de santé.

Ces patients qui ne sont pas hospitalisés sont souvent anxieux. Le médecin généraliste est alors le premier point de contact pour répondre à toutes les questions et préoccupations des patients. Cela entraîne une charge de travail supplémentaire importante pour le médecin généraliste. Une équipe médicale ayant une expertise suffisante dans le suivi de cette maladie peut partiellement prendre en charge cette tâche et contribuera à soulager les médecins généralistes.

Le télémonitoring de ces patients COVID restés à domicile et des patients après leur sortie de l'hôpital permet de sauvegarder des lits d'hôpitaux mais aussi et surtout de réduire la charge de travail supplémentaire pour l'hôpital, le personnel soignant et les médecins généralistes grâce à un meilleur soutien par des solutions technologiques.

Un certain nombre de paramètres et l'identification systématique des symptômes du patient sont recueillis au moyen d'applications numériques et de la télémétrie, transmis et suivis par une équipe médicale professionnelle qui peut être constituée de médecins et/ou d'infirmiers. Cette équipe, qui reçoit une formation appropriée, est sous la responsabilité des médecins impliqués dans l'équipe de monitoring et possède l'expertise nécessaire au suivi et au traitement des patients COVID-19. Des protocoles médicaux validés sont utilisés (par exemple sur base du score de mortalité 4C, du score national d'alerte précoce ou de protocoles validés par des associations professionnelles telles que le Collège de Médecine

Générale). Le KCE travaille sur un rapport qui fait référence à différents protocoles médicaux. Ce rapport peut être utilisé pour l'évaluation des protocoles mentionnés dans le dossier de demande.

En cas de détérioration ou de valeurs anormales, le patient est contacté par l'équipe de télémonitoring pour surveiller la situation et pour informer et rassurer le patient si possible. Le patient peut également prendre contact avec l'équipe de télémonitoring à tout moment. En cas de nouveaux symptômes importants, d'aggravation de la situation ou lorsqu'une nouvelle évaluation médicale est nécessaire, le médecin généraliste traitant est contacté par l'équipe de télémonitoring pour ajuster la politique médicale si nécessaire. Si nécessaire, et en concertation avec le médecin généraliste traitant, un médecin spécialiste peut également être contacté. Cette équipe médicale est donc en contact avec le patient et son aidant proche, les médecins généralistes traitants, les praticiens de l'art infirmier à domicile et les médecins spécialistes ayant une expertise dans le traitement de la COVID-19.

Afin de permettre le suivi par télémonitoring par cette équipe médicale professionnelle, un appareillage de mesure et une plateforme électronique sécurisée sont nécessaires où toutes les données des patients seront collectées.

Certaines données peuvent être collectées automatiquement et envoyées à cette plateforme, d'autres sont saisies par le patient via des applications numériques. Si le patient ou les aidants proches ne sont pas en mesure de le faire eux-mêmes, ils peuvent être aidés par des praticiens de l'art infirmier à domicile.

Le patient est enregistré via un point de contact central par le médecin généraliste traitant, le médecin coordinateur ou le médecin spécialiste. Toutes les coordonnées des prestataires de soins concernés sont collectées (médecin généraliste traitant, éventuellement médecin généraliste remplaçant, service de garde du médecin généraliste local, cabinets de soins à domicile, etc.). Une fois que le patient est inclus dans le parcours de soins de télémonitoring, une surveillance 24/7 est assurée.

La mise en place d'un télémonitoring continu et qualitatif est une tâche complexe, où la coopération avec les différents acteurs doit être organisée dans un cadre d'une coopération clair. Dans le cadre de cette convention, le financement sera acheminé par un groupement de prestataires de soins de santé qui sera chargé d'organiser ces processus. Ce regroupement de prestataires de soins peut être des hôpitaux, ainsi que des groupes de médecins généralistes, des praticiens de l'art infirmier à domicile ou une combinaison de ceux-ci. Le cadre de coopération et la stratégie de communication entre les différents acteurs revêtent une grande importance dans ce projet pilote. Celle-ci sera formalisée et ajoutée au dossier de demande.

Afin de garantir la continuité du suivi et de l'organisation des soins, un barème minimum est requis et une capacité minimale de 200 patients suivis simultanément est fixée.

Les projets peuvent être lancés à partir de différents groupes. L'objectif est de faire en sorte que ces différents projets soient répartis de manière égale entre les différentes provinces, en tenant compte de la capacité par groupe et du nombre d'habitants par province.

Sur la base des données collectées et disponibles, telles que les données de facturation et les enquêtes sur les expériences des dispensateurs de soins et des patients, un rapport d'évaluation sera établi par un institut de recherche indépendant, éventuellement coordonné par le KCE, pour permettre d'évaluer, au moins partiellement, cette nouvelle méthode de télémonitoring.

**Article 1er. Groupe cible**

1. Préhospitalisation

Les patients chez qui l'infection par le virus SARAS-CoV-2 a été récemment diagnostiquée et/ou qui présentent plusieurs symptômes graves ou un risque accru de complications, qui sont encore chez eux ou dans un établissement de soins autre qu'un hôpital (comme une maison de convalescence, un centre de rééducation fonctionnelle ou un centre de soins résidentiels) et qui n'ont pas (encore) été hospitalisés. Ce groupe est suivi quotidiennement dans son environnement domestique au moyen de questionnaires structurés.
L'inclusion des patients dans ces parcours de soins se fait au moyen d'un questionnaire sur les symptômes, la gravité des symptômes et les facteurs de risque de développement de complications, basé sur des preuves scientifiques ou des classifications des risquesutilisées au niveau international (exemple en **ANNEXE 1**). Exceptionnellement, il est possible de s'écarter de ces critères d'inclusion en fonction de la nécessité clinique estimée par le médecin traitant.
Dans cette catégorie, une distinction est faite entre les personnes avec et les personnes sans télémétrie.

1.1 Patients présentant des facteurs de risque manifestes

Chez les personnes ayant des antécédents de maladie pulmonaire ou d'autres comorbidités, les femmes enceintes ou les personnes présentant des symptômes respiratoires graves, la saturation périphérique en oxygène est mesurée immédiatement dès l'inclusion du patient dans le parcours de soins.

1.2 Patients ne présentant pas de facteurs de risque manifestes

En l'absence de comorbidités ou de facteurs de risque, la télémétrie n'est initiée que si, au cours du suivi, une détérioration de l'état physique est observée par l'équipe de suivi médical. S'il est décidé de démarrer la télémétrie (au moins la saturation périphérique en oxygène), un praticien de l'art infirmier à domicile peut installer l'appareil chez le patient à domicile et en assurer le suivi dans les jours qui suivent.

2. Patients sortis de l'hôpital

Les patients COVID, qui sortent de l'hôpital et pour lesquels le médecin traitant considère qu'un télémonitoring supplémentaire est nécessaire, en fonction de la gravité des symptômes ou de la présence de facteurs de risques de complications, sont suivis en mettant l'accent d'une part, sur la surveillance du rétablissement dans les semaines suivant la sortie de l'hôpital et, d'autre part, sur la surveillance et le suivi des conséquences à long terme du coronavirus.
Outre la symptomatologie, l'accent est également mis ici sur l'objectivation de la réactivation et de la réadaptation, mais aussi sur la qualité de vie liée à la santé et les plaintes persistantes.
Ces patients peuvent être suivis par télémétrie (au moins la saturation en oxygène, la fréquence respiratoire, la température et la fréquence cardiaque, le niveau d'activité éventuel, le sommeil) au minimum par des questionnaires structurés quotidiens.
Si le médecin traitant estime, sur la base de la gravité des symptômes et des facteurs de risque présents, que la télésurveillance peut être effectuée sans télémétrie, le patient peut également être suivi par des consultations structurées au moins quotidiennes.

**Article 2. Acteurs concernés et répartition des rôles**

1. Le patient

   Après le renvoi par le médecin traitant, une information détaillée et le consentement du patient pour démarrer le parcours de soins, le patient ou son entourage fourniront conjointement des données, telles que des réponses à des questionnaires ou des valeurs de mesures (par exemple, saturation en oxygène, température, fréquence respiratoire, activité physique). Si cela est impossible, des praticiens de l'art infirmier à domicile peuvent venir en aide au patient. Si nécessaire, le patient peut également prendre contact avec l'équipe de télémonitoring via les applications numériques ou par téléphone. Le patient peut contacter son médecin généraliste traitant ou son médecin spécialiste traitant comme d'habitude.

2. Groupement organisateur de dispensateurs de soins

   Ce groupement de dispensateurs de soins :
   - Conclut une convention avec l'INAMI après avoir soumis un dossier de demande contenant toutes les données demandées, selon la procédure décrite à l'article 8.
   - Gère les procédures et les points de contact où les patients peuvent être enregistrés et les communique aux médecins référents ;
   - Organise la composition et la continuité de l'équipe médicale de télémonitoring ;
   - Peut faire appel à des tiers pour les plateformes numériques de soutien, les processus d'approvisionnement et de logistique des équipements de télémétrie et la mise en place d'un helpdesk en cas de problèmes techniques ;
   - Peut faire appel à des pratiques de soins infirmiers à domicile pour apporter le soutien nécessaire au patient en cas de besoin ;
   - S'assure que l'équipe de télémonitoring dispose de protocoles médicaux validés pour le contrôle des données et les procédures d'urgence ;
   - Facture les prestations réalisées à l'assurance obligatoire soins de santé .

3. L'équipe de télémonitoring

   - Travaille sous la surveillance des médecins qui font partie de cette équipe ;
   - Est chargée de contrôler les données fournies 24h sur 24 et 7 jours sur 7 ;
   - Utilise des protocoles médicaux validés pour le monitoring des données ;
   - Fixe des seuils spécifiques ou des fréquences de mesure adaptées à la situation spécifique du patient ;
   - Collecte les coordonnées de tous les prestataires de soins concernés qui sont nécessaires pour assurer la continuité des soins ;
   - Initie, le cas échéant, les contacts avec les médecins traitants ;
   - Amorce, le cas échéant, un soutien en soins infirmiers à domicile ;
   - Assure un rapport régulier aux médecins traitants, par exemple à l'admission ou à la sortie du processus de soins ou en cas de modifications importantes dans la politique médicale ou du soutien infirmier ;

- Est accessible aux médecins et aux patients, au moins par téléphone ;
- Peut informer le patient sur l'évolution de la maladie, le rassurer si possible et lui donner des conseils sur les médicaments qui ne sont pas obligatoires ;
- Est responsable du suivi médical des données fournies, de l'établissement de contacts avec les médecins traitants et des conseils fournis.

4. Médecins généralistes traitants

Le rôle du médecin généraliste est essentiel dans le cadre de ce projet. Pour chaque patient suivi par télémonitoring, un médecin (généraliste) doit être disponible qui, si nécessaire, peut venir sur place pour examiner le patient et prendre des décisions médicales.

- Le renvoi vers le télémonitoring se fait par le médecin généraliste, un médecin coordinateur ou le médecin spécialiste.
- Le médecin (généraliste) traitant conserve le pouvoir de décision médicale, ceci en consultation avec le patient et en s'appuyant sur les données fournies.
- La décision de mettre un terme au télémonitoring est prise en concertation avec le médecin généraliste et en fonction de l'évolution clinique de l'infection aiguë.

Si nécessaire, l'avis d'un médecin spécialiste peut être demandé en consultation avec le médecin généraliste traitant.
Les médecins généralistes sont, comme d'habitude, responsables de leurs actes médicaux.

5. Praticiens de l'art infirmier à domicile

Les praticiens de l'art infirmier à domicile peuvent être activement intégrés dans le processus de suivi pour des tâches telles que :

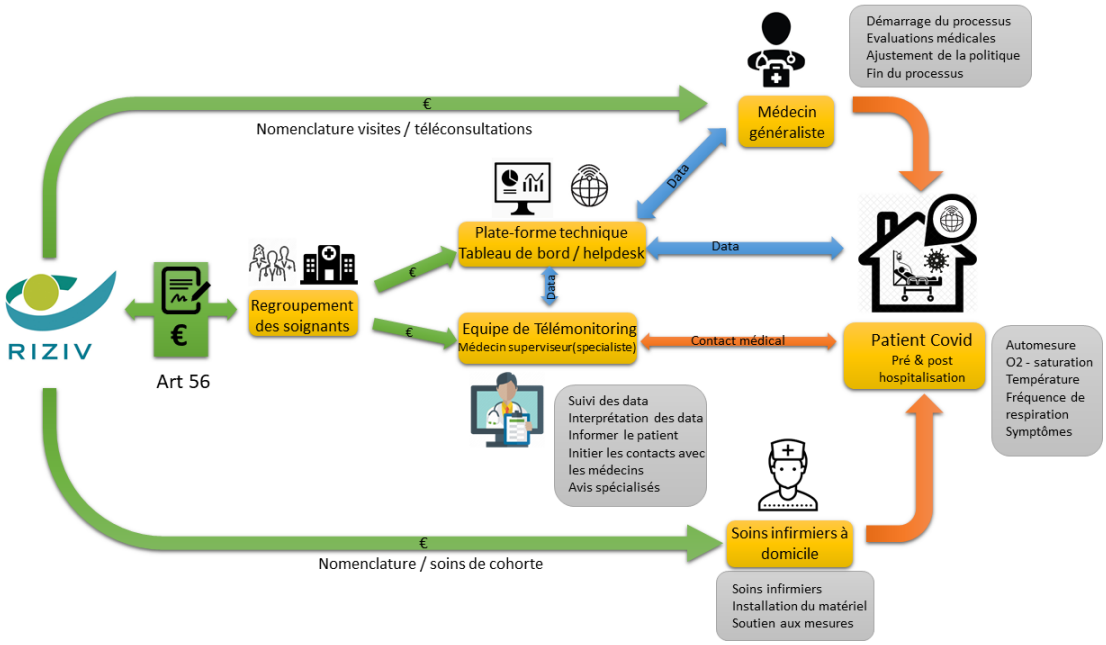
- L'aide à l'installation du télémonitoring.
- Les mesures dans les groupes de patients qui sont surveillés par télémonitoring lorsque le patient ou les soignants informels eux-mêmes ne sont pas en mesure de fournir les données nécessaires à l'équipe médicale qui suit le patient.
- L'accompagnement lors de l'administration d'oxygène, le cas échéant, guider le patient pour la prévention, et les mesures d'hygiène, les soins de plaies, la prise de médicaments selon le schéma de médication, etc.

Ces tâches de l'art infirmier peuvent être prescrites tant par les médecins traitants que par les médecins de l'équipe de télémonitoring.

6. Fournisseurs de soutien technologique

Les groupements organisateurs de dispensateurs de soins peuvent faire appel à des tiers pour les plateformes d'assistance technique, les processus d'approvisionnement et de logistique des équipements de télémétrie, le stockage et l'échange des données et la mise à disposition d'un helpdesk pour les problèmes techniques.
À cette fin, il convient d'utiliser des plateformes sécurisées qui respectent le RGPD et les normes applicables en matière de protection de la vie privée, de sécurité de l'information et de partage des données dans le secteur des soins de santé.

Cette répartition des rôles entre les différents partenaires est illustrée dans le schéma suivant :




**Article 3. Engagements du premier contractant**

Le premier contractant :

1. Gère les dossiers de demande pour les projets de démarrage.
2. Organise un comité d'accompagnement, tel que visé à l'article 8.
3. Garantit le financement pour ce projet pilote.
4. Conclut une convention avec un institut de recherche externe indépendant pour la préparation du rapport d'évaluation de ce projet pilote et est responsable de son financement.

**Article 4. Engagements du second contractant**

Le second contractant :

1. Gère les procédures et points de contact où les patients peuvent être enregistrés par les référents, comme décrit à l'article 2.4.
2. Communique aux médecins référents l'existence du processus de soins, les conditions et la procédure d'enregistrement.
3. Organise la composition et la continuité d'une équipe médicale de télémonitoring professionnelle. Cette équipe est constituée de praticiens de l'art infirmier et/ou de médecins. Les médecins de l'équipe de télémonitoring sont responsables du suivi médical des données fournies, de l'établissement du contact avec les médecins traitants, des avis fournis et de l'établissement de rapports réguliers au médecin généraliste traitant.

   Les membres de l'équipe ont bénéficié d'une formation enseignant au moins les éléments suivants : l'évolution de la COVID-19 et ses complications possibles, les signaux d'alarme pour le télémonitoring, les protocoles médicaux et d'urgence utilisés, les instructions techniques

pour l'utilisation des plateformes numériques de support, les contacts pour obtenir des avis spécialisés si nécessaire.
La continuité du suivi par cette équipe est assurée 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

4. Garantit que l'équipe de télémonitoring est en mesure de suivre simultanément au moins 200 patients.
5. Demande et conserve le consentement éclairé du patient en ce qui concerne le processus de soins via le télémonitoring.
6. Peut faire appel à des tiers pour les plateformes numériques de soutien, les processus d'approvisionnement et de logistique des équipements de télémétrie et la mise en place d'un helpdesk pour les problèmes techniques.
   Si le second contractant fait appel à des tiers, il conclut une convention avec un tiers et paie le tiers pour les prestations fournies.
   Le second contractant s'assure que les services et applications de ces tiers répondent aux normes en vigueur pour ce qui concerne la protection de la vie privée, la sécurité de l'information et l'échange de données dans le secteur des soins de santé.
   L'identification et l'authentification du patient et des dispensateurs de soins concernés s'effectuent de manière sécurisée.
   Les appareils de mesure utilisés ne peuvent être que des appareils de qualité médicale marqués CE.
7. Prévoit une procédure et assure une désinfection complète des équipements de mesure conformément aux normes d'hygiène en vigueur si l'équipement est réutilisé.
8. S'engage à ce que tout traitement de données à caractère personnel soit effectué conformément à toutes les lois et réglementations applicables en matière de protection des données à caractère personnel. Dans le cas où un sous-traitant est engagé pour traiter des données à caractère personnel en son nom, le responsable du traitement et ce sous-traitant concluront un accord écrit à cet effet avant le traitement. Le sous-traitant veille à ce que les données à caractère personnel soient traitées de manière confidentielle et conservées en toute sécurité à tout moment. À cette fin, il prend les mesures de sécurité techniques et organisationnelles appropriées nécessaires pour respecter les lois et règlements relatifs à la protection des données à caractère personnel, notamment l'article 35 du règlement général sur la protection des données et l'article 42, §2, 3°, de la loi du 13 décembre 2006 portant dispositions diverses en matière de santé.
9. Veille à ce qu'un patient puisse bénéficier d'une aide infirmière pour installer le matériel de télémétrie et effectuer les mesures si le patient ou ses soignants ne sont pas en mesure de le faire. À cette fin, le second contractant conclut, si nécessaire, des conventions avec des pratiques de soins infirmiers à domicile.
10. Garantit que pour chaque patient inclus dans le processus de soins, un médecin généraliste traitant et un éventuel remplaçant lui soit attribué, qui peut, si nécessaire, organiser une visite à domicile pour effectuer un examen physique et une évaluation médicale.
11. S'assure que l'équipe de télémonitoring dispose de protocoles médicaux validés pour le contrôle des données et les procédures d'urgence.
    Ces protocoles comprennent les paramètres à collecter pour chaque groupe cible tel que décrit à l'article 1er, les questionnaires des patients, la fréquence de ces questionnaires et la

collecte des valeurs mesurées, les seuils lorsque certaines valeurs sont considérées comme anormales, les seuils pour contacter le patient, le médecin traitant ou lorsque le service d'aide urgente doit être averti.

Ces protocoles s'appuient sur des protocoles médicaux validés, au moins reconnus par des associations scientifiques nationales ou internationales.

Le second contractant tient ces protocoles à la disposition du premier contractant.

12. Prévoit une assurance responsabilité professionnelle qui couvre l'utilisation du télémonitoring pour tous les acteurs concernés ou confirme, après examen, si l'assurance responsabilité propre des acteurs offre une couverture suffisante à cette fin. Celle-ci est assurée au premier contractant du dossier de demande.
13. Transmet au premier contractant un récapitulatif mensuel du nombre de patients suivis, en indiquant le nombre de patients qui ont démarré, scindé par groupe cible.
14. Fournit toutes les données nécessaires à l'institut de recherche chargé d'établir le rapport d'évaluation, tel que visé à l'article 7.
15. Facture les prestations réalisées aux organismes assureurs conformément aux modalités prévues à l'article 5 §1.

**Article 5. Intervention financière de l'INAMI**

Le deuxième contractant facture aux organismes assureurs via les prestations suivantes :

| Code | Libellé | Intervention |
|---|---|---|
| AAAAAAA | Indemnité forfaitaire pour le démarrage administratif du processus de soins, l'installation de l'équipement, l'utilisation des plateformes numériques de soutien et les coûts logistiques.<br>(maximum 1x par patient) | 34 EUR |
| BBBBBB | Intervention forfaitaire pour le suivi via télémonitoring d'un patient qui séjourne à domicile et qui n'a pas été hospitalisé, sans équipement de télémétrie, par semaine | 65 EUR |
| CCCCCC | Intervention forfaitaire pour le suivi via télémonitoring d'un patient qui séjourne à domicile et qui n'a pas été hospitalisé, au moyen d'un équipement de télémétrie, par semaine | 75 EUR |
| DDDDDD | Intervention forfaitaire pour le suivi via télémonitoring d'un patient après une hospitalisation, sans équipement de télémétrie, par semaine<br>(maximum 3x par patient) | 65 EUR |
| EEEEEE | Intervention forfaitaire pour le suivi d'un patient via télémonitoring après une hospitalisation, au moyen d'un équipement de télémétrie, par semaine<br>(maximum 3x par patient) | 100EUR |

Les prestations BBBBBB et CCCCCC peuvent être facturées ensemble au maximum 3 fois par patient pendant la durée de ce projet.

Les prestations sont portées en compte en fonction des groupes cibles spécifiques décrits à l'article 1er et couvrent tous les coûts liés à l'exécution des tâches décrites à l'article 2, points 2,3 et 6.

Pour les prestations visées à l'§1, il n'y a pas de quote-part personnelle pour le patient, aucun supplément ne peut être demandé pour ces prestations. Il n'y a pas d'interdiction quant à l'application du régime du tiers payant.
Les prestations sont portées en compte selon les instructions de facturation publiées sur le site web de l'INAMI.

§2. Pour les avis, les consultations et les visites des médecins (généralistes), la nomenclature officielle des prestations de santé s'applique ou les prestations prévues par l'arrêté royal n° 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé peuvent être appliquées.

§3. Les soins infirmiers à domicile sont financés via la nomenclature officielle des prestations de santé, les prestations spécifiques pour les infirmiers prévues par l'Arrêté royal n° 20 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé[1] et via le cadre des soins de cohorte pour les patients COVID-19[2].

**Article 6. Utilisation des indemnisations**
Le deuxième contractant s'engage à utiliser les ressources financières payées par l'INAMI exclusivement pour l'exécution de la présente convention.

**Article 7. Questions d'enquête**

Le télémonitoring est encore peu utilisé dans le secteur des soins de santé belge, bien que de nombreuses applications soient possibles. Ce projet pilote peut fournir des informations précieuses sur l'utilisation du télémonitoring dans le contexte belge et sur les possibilités et les limites d'une utilisation future, également pour d'autres groupes cibles.
Du point de vue de l'INAMI, les principaux objectifs sont de fournir des soins de qualité au sein d'un modèle de soins au rapport coûts-efficacité équilibré et sûr, de garantir la satisfaction des utilisateurs et le respect de la vie privée du patient.
Un rapport d'évaluation sera établi par une institution de recherche externe et indépendante, éventuellement coordonnée par le KCE, à partir des données de facturation obtenues et des enquêtes qualitatives menées auprès de toutes les parties concernées, comme prévu à l'article 2. Il apportera au moins une réponse aux questions d'enquête suivantes :

1. Quelles sont les caractéristiques des patients dans le parcours de soins de télémonitoring pré et post-hospitalier de ce projet pilote (socio-économique, démographique, statut d'intervention majorée, si possible : comorbidités, maladie chronique) ?
2. Est-il possible d'éviter une admission et de faire sortir plus tôt les patients COVID de l'hôpital s'ils sont suivis par télémonitoring ?

[1] https://www.riziv.fgov.be/fr/covid19/Pages/soins-domicile-2-mesures-infirmiers.aspxhttps://ondpanon.riziv.fgov.be/Nomen/fr/419333
[2] https://www.riziv.fgov.be/fr/covid19/Pages/infirmiers-soins-de-cohorte-domicile.aspx

3. Quelles sont les expériences des patients et des différents dispensateurs de soins concernés en matière de télémonitoring ?
    a. Le télémonitoring est-il considéré par les patients et les dispensateurs de soins comme une méthode qualitative, sûre et efficace ?
    b. Comment les différents dispensateurs de soins perçoivent-ils leur rôle dans le processus de soins ?
    c. Les informations fournies sont-elles suffisantes pour permettre une évaluation médicale correcte de la situation du patient ?
    d. Quelle est l'expérience du patient avec la nouvelle technologie ? Y a-t-il des groupes qui connaissent des difficultés (par exemple les personnes âgées) ?
4. Quels sont les groupes cibles atteints ? Quelle est la répartition en fonction de l'âge, de la situation familiale, de l'autonomie et d'autres caractéristiques ?
5. Pendant combien de semaines les patients COVID sont-ils surveillés en moyenne ? Existe-t-il des différences en fonction de la catégorie d'âge ?
6. Quelle est la répartition régionale des patients intégrés au processus de soins ?

En utilisant les données de la base de données IMA, les données collectées peuvent éventuellement être comparées avec celles des patients atteints de covid-19 qui ont été hospitalisés mais qui n'ont pas été suivis par télémonitoring. Les deux groupes peuvent être comparés en ce qui concerne les caractéristiques des groupes de patients (voir question 1), la durée d'hospitalisation et éventuellement la comparaison des coûts.

Le groupe cible de pré-hospitalisation peut éventuellement être comparé via les données IMA avec le groupe de patients covid dont le suivi et la supervision par des infirmiers ont été facturés via le code de prestation 419333 avant le début du projet pilote (coûts, nombre de (télé)consultations, âge, hospitalisation, etc.)

Ces questions de recherche peuvent être complétées par le comité d'accompagnement de ce projet pilote, tel que visé à l'article 8.

Une convention spécifique est conclue entre le premier contractant et un organisme de recherche indépendant pour la préparation de ce rapport d'évaluation.

**Article 8. début et suivi de la convention**

§1. Une organisation de prestataires de soins qui souhaite lancer un projet de télémonitoring constitue un dossier de demande. Ce dossier de demande comprend, entre autres, les questionnaires et les protocoles médicaux utilisés, la procédure de notification, la composition de l'équipe de télémonitoring et du personnel disponible, les spécialistes médicaux impliqués, la formation donnée et prévue pour l'équipe de télémonitoring, la capacité de télémonitoring et la région ciblée, le cadre de coopération entre tous les acteurs, les plateformes techniques et les équipements de mesure utilisés, etc.
Le service de soins de santé a publié un modèle à cet effet sur le site web de l'INAMI.

Le dossier de demande sera envoyé à l'adresse électronique mobilehealth@riziv-inami.fgov.be.

§2. Le service des soins de santé de l'INAMI évalue l'exhaustivité des dossiers de demande et contrôle la répartition régionale des différents projets de démarrage. La capacité mentionnée dans le dossier de candidature, le nombre d'habitants par province et les projets déjà lancés ainsi que leur capacité sont pris en compte. Si un projet a déjà commencé pour une certaine région, le premier contractant peut décider de projets supplémentaires, en fonction des facteurs mentionnés ci-dessus.

§3. Un comité d'accompagnement "Telemonitoring covid" est composé de représentants des différents projets lancés, de représentants des coupoles des hôpitaux, des organisations représentatives des prestataires de soins de santé, des organismes assureurs, du Comité de l'Assurance et du Service des Soins de Santé de l'INAMI et peut être convoqué si l'un des membres le demande.
Les tâches de ce groupe de travail sont de suivre la mise en œuvre de la convention, de discuter des questions soulevées et de fournir un retour d'information sur les analyses initiales.

**Article 9. Responsabilité**

Sans préjudice des dispositions légales obligatoires, l'INAMI n'est responsable que des dommages causés par le non-respect de nos obligations, si et dans la mesure où ces dommages sont causés par notre faute intentionnelle ou grave ou par un dol. L'INAMI n'est pas responsable des autres fautes.

**Article 10. Compétence en cas de litige**

Les contractants s'efforcent d'abord de résoudre à l'amiable tout différend découlant du présent accord ou en rapport avec celui-ci par le biais de la négociation et de la consultation.

Tout litige relatif à la présente convention est du ressort exclusif des tribunaux de Bruxelles et sera soumis à l'application du droit belge.

**Article 11. Modalités de dénonciation**

La convention peut être dénoncée à tout moment par lettre recommandée adressée à l'autre contractant.

En cas de dénonciation, la convention prend fin le premier jour du mois suivant le mois au cours duquel la notification a été faite.

Si le suivi des patients COVID-2019 à domicile à l'aide du télémonitoring a déjà commencé avant la fin de la présente convention, tous les services fournis et toutes les prestations effectuées après la fin de la convention le seront conformément aux dispositions de la présente convention.

**Article 12. Délais**

La présente convention entre en vigueur le jour où le premier et deuxième contractants l'ont signée et expire le 31 décembre 2021. La convention peut être renouvelée, après accord des deux parties, pour une période de 6 mois, au maximum 2 fois.
Si le suivi des patients COVID-2019 à domicile à l'aide du télémonitoring a déjà commencé avant la fin de la présente convention, tous les services fournis et toutes les prestations effectuées après la fin de la convention le seront conformément aux dispositions de la présente convention.

**Article 13. Dispositions finales**

La présente convention forme l'accord complet des parties en ce qui concerne son objet et remplace toutes les éventuelles conventions, déclarations, garanties, ententes, relations antérieures, tant écrites qu'orales, entre les parties en ce qui concerne son objet.

Aucune modification à la présente convention n'est valable, sauf si elle est faite par écrit et avec l'accord des deux parties.

Si l'une ou l'autre des dispositions de la présente convention est jugée nulle ou inapplicable, les parties conviennent par la présente que cela n'entraînera par la nullité ou l'inapplicabilité des autres dispositions de la présente convention, mais elles feront tout leur possible pour remplacer cette disposition par une disposition valide et exécutoire qui, dans la mesure du possible, poursuivra l'objectif économique, commercial ou autre de cette disposition nulle ou inapplicable.

Fait en deux exemplaires à Bruxelles, le … .

Brieuc Van Damme , directeur général du Service des soins de santé de l'INAMI,

… , représentant pour … , le deuxième contractant,

## Annexe 1 - Exemple de critères d'inclusion pour le télémonitoring en préhospitalisation Covid-19.

A. **Sexe: F (0) H (1) , si femme enceinte (1)**
B. **Âge :**
    a. **Plus de 50: (1)**
    b. **Plus de 60: (2)**
    c. **Plus de 70: (3)**
    d. **Plus de 80: (6)**
C. **IMC :**
    a. **IMC supérieur à 30: (1)**
D. **Minimum 2 symptômes principaux, qui sont apparus de manière aiguë, sans autre cause évidente : toux; dyspnée; douleur thoracique; anosmie aiguë ou dysgueusie[3] : (2)**
E. **Co-morbidité**
    a. **Maladie chronique stable: (1)**
    b. **Maladie chronique instable: (2)**
    c. **Maladie grave active: (3)**

*Exemples de comorbidités:*

- *Pathologie maligne active (déclarée au cours des 3 dernières années) (3)*
- *Maladie non maligne qui affaiblit votre résistance (2)*
- *Médicaments qui affaiblissent votre résistance (comme les corticoïdes, methotrexate, ciclosporine, tacrolimus, sirolimus, évérolimus, cyclofosphamide, azathioprine - Mycophénolate – etanercept (liste non-exhaustive) (1)*
- *Avez-vous séjourné longtemps dans une maison de convalescence ou dans un centre d'hébergement (1)*
- *Maladie cardiovasculaire (comme l'insuffisance cardiaque) (2)*
- *Maladie pulmonaire chronique (pour laquelle vous êtes suivi par un spécialiste des poumons) (2)*
- *Asthme (1)*
- *Diabètes (1)*
- *Maladie rénale nécessitant une dialyse (1)*
- *Maladies chroniques du foie (1)*
- *Augmentation de la tension artérielle (hypertension) (1)*

**Un Patient ayant un score de 0, 1 ou 2 est considéré comme un patient à faible risque.**

**Un patient ayant un score supérieur à 2 est considéré comme à haut risque, ces patients peuvent être inclus dans le parcours de soins télémonitoring en pré-hospitalisation.**

[3] D'après définition de cas de Sciensano: https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_Case%20definition_Testing_FR.pdf

**Annexe 2 -** Proposition supplémentaire de télémonitoring continue

Une prestation est ajoutée à l'accord pour la surveillance continue du patient après l'hospitalisation (des « patchs intelligents » sont utilisés pour mesurer en continu la fréquence respiratoire, la température, la saturation, etc.)

| Code | Libellé | Intervention |
|---|---|---|
| AAAAAAA | Indemnité forfaitaire pour le démarrage administratif du processus de soins, l'installation de l'équipement, l'utilisation des plateformes numériques de soutien et les coûts logistiques.<br>(maximum 1x par patient) | 34 EUR |
| BBBBBB | Intervention forfaitaire pour le suivi via télémonitoring d'un patient qui séjourne à domicile et qui n'a pas été hospitalisé, sans équipement de télémétrie, par semaine | 65 EUR |
| CCCCCC | Intervention forfaitaire pour le suivi via télémonitoring d'un patient qui séjourne à domicile et qui n'a pas été hospitalisé, au moyen d'un équipement de télémétrie, par semaine | 75 EUR |
| DDDDDD | Intervention forfaitaire pour le suivi via télémonitoring d'un patient après une hospitalisation, sans équipement de télémétrie, par semaine<br>(maximum 3x par patient) | 65 EUR |
| EEEEEE | Intervention forfaitaire pour le suivi d'un patient via télémonitoring après une hospitalisation, au moyen d'un équipement de télémétrie, par semaine<br>(maximum 3x par patient) | 100 EUR |
| FFFFFF | Intervention forfaitaire pour le suivi d'un patient via télémonitoring, après une hospitalisation, au moyen d'un équipement de télémétrie continu d'au moins 4 paramètres, par semaine<br>(maximum 3x par patient) | 170 EUR |

**Budgettaire impact**

Nous estimons qu'au maximum 30% des patients seront inclus dans ce parcours de soins (n = 1000).

Cela donne un coût supplémentaire maximal de 70 EUR * 2 * 1 000 = 140 000 EUR et porte l'impact budgétaire total à **1.727 milliers d'euros.**