

La téléconsultation à l'ère de la crise sanitaire du Covid-19, entre essor fulgurant et freins persistants

Mémoire soutenu par Andréa Sory,
Master II Droit et Politiques de Santé
Année 2019-2020

Sous la direction du Professeur Johanne Saison

INTRODUCTION	4
I- La téléconsultation, un développement lent suivi d'un essor fulgurant	15
A- Le lent développement de la téléconsultation	15
1- Des facteurs économiques et de coordination dans la lenteur de croissance de la téléconsultation	15
a- Un équipement relativement coûteux	15
b- une coordination difficile à mettre en place	18
2- La téléconsultation, un remède pas si miracle	24
a- La télémédecine, un meilleur suivi des maladies chroniques ?	24
b- La téléconsultation, une solution limitée pour remédier aux problématiques d'accès aux soins	26
B- L'essor de la téléconsultation pendant le confinement	29
1- La téléconsultation comme rempart contre le renoncement aux soins	29
a- Le renoncement aux soins, un phénomène amplifié pendant le confinement	29
b- La téléconsultation comme réponse partielle à ce phénomène	31
2- Des chiffres bouleversés pendant le confinement et une nouvelle dynamique	33
II- Les limites de la téléconsultation, des freins à dépasser et des enjeux à préciser	39
A- Des freins encore présents	39
1- La barrière technologique	40
2- Le manque de collaboration comme entrave au déploiement de la téléconsultation	41
3- La règle du déjà-vu, un frein nécessaire ?	45
4- De la difficulté de réguler la téléconsultation	46
B- Des enjeux qui persistent	48
1- La télémédecine et le RGPD	48
2- Le respect du secret professionnel	52
3- Vers un changement de paradigme dans la relation patient - professionnel ?	56
Bibliographie	65

Liste des abréviations

ANS	Agence du Numérique en Santé (anciennement ASIP)
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNNUM	Conseil National du Numérique
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPAD	Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SFSD	Société Française de Santé Digitale

INTRODUCTION

La pandémie de Covid-19, un accélérateur de la télémedecine

« Mon Graal est de faire voyager les datas plutôt que les patients. Et là, en pleine pandémie, nous avons fait davantage en 100 jours qu'en trois décennies¹ ». Cette citation de Ghislaine Alajouanine, présidente du Haut Conseil français de la télésanté démontre effectivement la rapidité de l'avènement de la téléconsultation, favorisé par la pandémie de Covid-19.

Si l'on peut saluer l'essor extrêmement vif de la téléconsultation, notamment pour les nombreux bienfaits qu'elle a permis depuis le début de la crise sanitaire (désengorgement des urgences par le biais d'un tri préalable des malades, moins de transmissions de la maladie car aucun contact entre les personnes malades et celles qui ne le sont pas, continuité des soins), ne doit pas tempérer ce développement compte tenu de cette rapidité peut-être malvenue voire mal anticipée ?

Pendant la semaine du 23 au 29 mars, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a facturé près de 500 000 actes de téléconsultation² (486 369 pour être exact). Avant la pandémie, les chiffres se situaient aux alentours de 11 000 actes facturés par semaine.

La crise sanitaire a été un formidable moteur pour le développement de la médecine à distance, et notamment de la téléconsultation. Les patients ont téléconsultés aussi bien pour une suspicion de Covid-19 que pour leurs consultations habituelles, annulées en raison des circonstances propres à la crise sanitaire. Les pouvoirs publics ont ainsi incité la population à ne pas remettre à plus tard leur suivi médical,

¹ Les Echos Entrepreneurs, "Ghislaine Alajouanine, "Madame Télémedecine", 16/07/2020

<https://business.lesechos.fr/entrepreneurs/toujours-plus-haut/role-modeles/0603515839292-ghislaine-alajouanine-madame-telemedecine-338879.php>

² Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Communiqué de presse "Croissance record du recours à la téléconsultations en mars", 31 mars 2020, disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/20200331_-CP_Teleconsultations_Covid_19.pdf

aux risques de voir arriver une seconde crise sanitaire, due aux retards de prise en charge.

Approche historique

Si la téléconsultation, et plus généralement la télémédecine semble être une révolution, née avec internet, il n'en est rien. Pratiquée depuis l'Antiquité, la médecine à distance n'a rien de nouveau. Le très célèbre Galien s'adonnait déjà au II^{ème} siècle à la consultation épistolaire pour les *“patients souffrant d'affections oculaires et se trouvant trop éloignés pour bénéficier d'une consultation”*³.

La pratique de la consultation épistolaire apparaît en France au XVI^{ème} siècle, où les consultations à distance sont répertoriées dans des *“consilia”*. Le plus ancien, datant de 1582 est celui de Jean Fernel, mathématicien, astronome et médecin. Ces *“consilia”*, recueils de consultations des médecins de l'époque, furent une source de savoirs aussi bien médicaux que sur la pratique même de la consultation⁴.

Dans un premier temps, ces relations épistolaires s'apparentaient à ce qu'on appelle aujourd'hui la téléassistance médicale : deux ou plusieurs médecins échangeaient et demandaient des conseils entre eux. Un siècle plus tard, c'est au tour des patients de prendre la plume et de s'adresser directement à des médecins afin de leur solliciter une consultation.

La pratique devient courante au XVIII^{ème} siècle et est qualifiée par Michael Stolberg *“d'âge d'or de la consultation épistolaire profane”*⁵. Ce succès vient du fait que les patients ont déjà consulté physiquement un médecin, et que cette consultation ne leur a pas donné satisfaction. Ces patients disposaient déjà d'une culture médicale

³ Guais (M.), "Médecine à distance", dans Hervé Guillemain (dir.), *DicoPolHiS*, Le Mans Université, 2020.

⁴ Coste (J.), « Histoire de la médecine », *Annuaire de l'École pratique des hautes études (EPHE), Section des sciences historiques et philologiques*, 143 | 2012, 275-277.

⁵ Stolberg (M.), LES LETTRES DE PATIENTS ET LA CULTURE MÉDICALE PRÉ-MODERNE, *Maladies en Lettres : 17^e - 21^e*, éditions BHMS, 2013, p13

et de connaissances en la matière. Ils se posaient en acteurs stratégiques car dans une *“posture thérapeutique”*. La pratique disparaît peu à peu à partir de 1820.

Toutefois, la télémedecine ne s'apparente pas complètement à la consultation épistolaire en ce que la première a quelque chose d'instantané, qui ne permet pas forcément de développer une relation avec le médecin sur le long terme alors que la seconde nécessite *“le temps de l'épistolarité”*. De plus, la télémedecine impose un certain face-à-face avec le médecin, que l'on appelle de vive voix, contrairement à la consultation épistolaire, où le patient n'est pas toujours celui qui écrit la lettre, ni le médecin celui qui répond⁶.

Néanmoins on trouve de nombreuses similarités entre la télémedecine et la consultation épistolaire. Cette dernière doit son développement à plusieurs facteurs : *“l'essor et l'efficacité grandissante des réseaux postaux, permettant de combler de façon plus ou moins rapide la distance entre deux interlocuteurs, l'intérêt financier des médecins vis à vis de la consultation épistolaire [...], la diminution de l'illettrisme ou encore la multiplication des [...] manuels d'épistolarité permettant à un public élargi de s'approprier ce médium”*⁷.

Il est possible de mettre en miroir ces facteurs de développement de la consultation épistolaire et ceux de la télémedecine : essor et efficacité grandissante des technologies qui abolissent la distance entre deux interlocuteurs, intérêt financier des médecins et des patients (via le remboursement par l'Assurance Maladie mais également le fait que de simples appels téléphoniques, parfois pas considérés comme une consultation, le deviennent grâce à ce remboursement), la diminution de l'illettrisme électronique (appelé également *“l'illectronisme”*) avec le fait que la population s'équipe de plus en plus de moyens de communications permettant la télémedecine (ordinateur ou smartphone), ou encore une communication du gouvernement permettant à un public toujours plus grand d'avoir connaissance de ce mode de consultation.

⁶ Guais (M.), id.

⁷ Barras (V), Dinges (M), *Maladies en Lettres : une introduction*, Maladies en Lettres : 17e - 21e, éditions BHMS, 2013, p13

Au XXème siècle l'essor technologie accélère la pratique de la médecine à distance, notamment grâce à l'invention du téléphone au milieu du XIXème siècle.

Dès 1879, la revue scientifique The Lancet préconise d'utiliser le téléphone pour réduire le nombre de visites inutiles⁸.

C'est en 1905 que pour la première fois, le signal électrique d'un électrocardiogramme est transmis par câble téléphonique d'un hôpital au laboratoire du docteur Willem Einthoven, prix Nobel de médecine en 1924⁹.

La radio fut également utilisée dans le cadre de la médecine à distance avec la première licence émise à New York en 1920 autorisant les consultations médicales par radio pour les marins¹⁰.

En 1964 aux États-Unis eut lieu la première consultation en circuit fermé à l'aide de télévisions entre l'Institut psychiatrique du Nebraska et le Norfolk State Hospital¹¹.

En 1989 est créé à Toulouse l'Institut européen de la télé médecine par le Professeur Louis Lareng. Pendant l'épidémie de Covid19, le CHU de Toulouse organisait plus de 400 téléconsultations par semaine.

Les années 1990 avec la démocratisation d'internet voient se multiplier les projets dans tous les domaines de la médecine.

En 1994 a lieu le premier scanner interprété à distance. L'interprétation se faisant depuis l'Hôtel-Dieu de Montréal sur un patient situé à l'hôpital Cochin de Paris.

⁸ Services B on HC, Medicine I of. The Evolution of Telehealth: Where Have We Been and Where Are We Going? [Internet]. National Academies Press (US); 2012 [cité 2 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207141/>

⁹ Iaizzo PA. Handbook of Cardiac Anatomy, Physiology, and Devices. Springer Science & Business Media; 2009. 653 p

¹⁰ Amenta F, Capone L, Sibilio F. Telemedical Assistance of Patients on Board Ships Activity of Centro Internazionale Radio Medico (CIRM), the Italian Telemedical Maritime Assistance Service (TMAS). 2013.

¹¹ Zundel KM. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bull Med Libr Assoc*. 1996;84(1):71-79

En 2001 la première intervention de téléchirurgie “opération Lindbergh” fut réalisée par le professeur Jacques Marescaux depuis Strasbourg et son équipe de New York sur une patiente située à Strasbourg¹².

De nos jours, la téléconsultation a beaucoup évolué et combine de nombreuses modalités de mise en oeuvre, qu’il s’agisse d’applications disponibles sur smartphones ou ordinateurs, de chariots ou encore de cabines de téléconsultation.

Approche réglementaire

La télémédecine a été définie juridiquement pour la première fois dans la loi du 13 août 2004, par l’article 32 : *“La télémédecine permet, entre autres, d’effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d’un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l’acte médical”*.

Elle est aujourd’hui définie par l’article L6316-1 du code de la santé publique, article introduit dans le code par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui a précisé la définition : *“La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l’information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d’autres professionnels apportant leurs soins au patient.*

Elle permet d’établir un diagnostic, d’assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d’effectuer une surveillance de l’état des patients”.

¹² Marescaux J. Nom de code : « Opération Lindbergh ». Annales de chirurgie. Volume 127, n°1 pages 2-4. Janvier 2002

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par le décret du 19 octobre 2010 qui définit les cinq actes recouvrant le terme de télémédecine et leurs conditions de mise en œuvre.

Le premier acte est la téléconsultation. Elle permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

Le second acte concerne la téléexpertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication

Le troisième acte est la télésurveillance permettant à un professionnel médical d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient.

La téléassistance médicale est le quatrième acte, a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

Le cinquième acte concerne la régulation médicale qui est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

La loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2014 a permis le lancement d'expérimentations dans les différentes régions françaises via le programme ETAPES.

C'est en septembre 2018 que la téléconsultation et la téléexpertise ont obtenu le financement de droit commun par accord conventionnel entre l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins, c'est à dire le remboursement des actes de téléconsultation et de téléexpertise. C'est donc à partir de cette date qu'on observe un essor, certes lent des actes de téléconsultation notamment avec 8 000 actes

enregistrés 6 mois après le lancement. En septembre 2019, c'est plus de 60 000 téléconsultations enregistrées avec un rythme hebdomadaire de 3 300 actes. Ces chiffres sont toutefois en deçà de l'objectif de 500 000 actes pour 2019 fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018. A noter qu'à la date du 9 octobre 2019, les actes de téléconsultation sont effectués à 85% par des médecins libéraux. Seuls 8% des actes sont enregistrés en centres de santé. Les médecins généralistes exercent 65% des actes, viennent ensuite les dermatologues, les pédiatres et les gynécologues¹³.

En effet, si les textes, rapports, articles et autres étaient nombreux pour étudier, anticiper, favoriser le déploiement de la télémédecine, force est de constater que son développement fut lent et en dessous des attentes de l'Assurance Maladie.

Il faut rappeler que la télémédecine fait partie d'une stratégie de transformation du système de santé, conformément à la loi de transformation du système de santé du 24 juillet 2019, au même titre que le Dossier Médical Partagé (DMP) et la Plateforme des Données de Santé (Health Data Hub).

Si le développement en France fut assez lent avant la crise sanitaire, ce n'est pas le cas dans d'autres pays, notamment l'Arabie Saoudite où plus de 30% de la population avait déjà utilisé la télémédecine en 2018, contrairement à la France qui ne comptait que 4% de la population¹⁴.

L'arrivée de la télémédecine en France, bien que peu récente, nécessite beaucoup d'efforts et d'investissements. En effet, si elle existe depuis bien des années, voire des siècles si l'on compte les consultations épistolaires, elle ne se met que lentement en place. Et ce pour plusieurs raisons, et notamment le temps qu'il faut pour redéfinir une nouvelle responsabilité en matière d'actes de télémédecine, intégrer de nouveaux acteurs que sont les acteurs du monde du numérique et de l'informatique, disposer de suffisamment de moyens pour installer tous les

¹³ Tribault G., En large progression, la téléconsultation exclut toujours les entreprises du remboursement, Hospimédia, 13/09/19

¹⁴ IPSOS, Global Views On Healthcare – 2018

composants de la télémédecine, que sont les applications disposant des garanties suffisantes pour protéger les données personnelles des patients, des hébergeurs de données massives de santé, ainsi que le matériel électronique comprenant les objets de santé connectés tel que le stéthoscope ou l'otoscope, ainsi qu'une nouvelle coordination entre ces différents acteurs de santé, médecins, établissements, structures, autorités...

Les chiffres de la téléconsultation lors du confinement

L'Assurance Maladie, en juin 2020, a publié un rapport intitulé "Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021" dans lequel elle propose pour une durée limitée une prolongation de la prise en charge à 100% des actes de téléconsultation. L'Assurance Maladie souhaite également un "assouplissement maîtrisé" de la règle du déjà-vu de l'avenant 6.

C'est l'avenant n°6 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie qui a fait entrer la télémédecine dans le cadre de droit commun de l'Assurance Maladie, en proposant notamment un remboursement généralisé, respectant deux principes fondamentaux : *"l'inscription de la télémédecine au sein d'un parcours de soins coordonné avec une orientation initiale par le médecin traitant quand la téléconsultation n'est pas réalisée par ce dernier et la connaissance préalable du patient par le professionnel de santé médecin traitant ou tout autre spécialiste qui réalise l'acte à distance"*. Les seules exceptions à ce cadre portent sur l'absence ou l'indisponibilité du médecin traitant ou de l'urgence.

En effet, la mise en œuvre de la téléconsultation en France et notamment son remboursement ont été attendus aussi bien par les professionnels de santé, les patients que par les entreprises privées en e-santé, telles que Livi, Qare ou encore

Doctolib pour ce qui concerne les plateformes de téléconsultations. Le remboursement de celle-ci est encadré et régulé par l'État. La téléconsultation obéit ainsi à des règles strictes en matière de remboursement. Celles-ci ont été édictées dans l'avenant n°6 de la convention médicale signée le 25 août 2018 avec 3 syndicats représentatifs des médecins libéraux. Ainsi, les conditions à remplir pour que la téléconsultation soit prise en charge par l'Assurance Maladie sont les suivantes :

Le patient doit respecter le parcours de soins coordonné pour pouvoir se faire rembourser une téléconsultation. Il doit ainsi être orienté par son médecin traitant, sauf pour les patients de moins de seize ans, les spécialités médicales d'accès direct (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou maxillo-faciale, psychiatrie ou neuro-psychiatrie et pédiatrie), pour les cas d'urgence et lorsque le patient n'a pas de médecin traitant ou que ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec son état de santé.

De plus, le patient qui consulte un médecin par téléconsultation doit avoir déjà vu ce professionnel en consultation physique au moins une fois dans les douze derniers mois. Il existe une exception si le médecin traitant habituel du patient n'est pas disponible et si le délai pour le consulter est restreint ou si le patient n'a pas de médecin traitant. De plus, cette règle ne s'applique pas pour les téléconsultations en EHPAD. C'est la règle dite du "déjà-vu".

Cette limitation s'inscrit dans la volonté de l'État de faire en sorte que la télémédecine soit un acte complémentaire, ne visant pas à remplacer les consultations physiques et permettant de garder une relation de confiance entre le patient et le médecin. En effet, la téléconsultation ne doit pas à terme se substituer systématiquement à une consultation physique.

Ainsi, ces règles parfois strictes dérangent certaines entreprises de téléconsultation, car elles mettent des obstacles à leur plein-développement économique. C'est le cas pour le centre de santé digitale de Créteil. Les téléconsultations effectuées dans ce centre, par le biais de l'entreprise Livi qui propose une plateforme de

téléconsultation, ont été dé-remboursées par l'assurance maladie, car ne répondaient pas au cadre de la prise en charge défini par l'avenant n°6. L'association Digisanté, qui gère le centre, a porté le différend devant le Conseil d'Etat. Le juge des référés, saisi du litige, a confirmé la décision de l'Assurance Maladie. En effet, celui-ci explique que la téléconsultation doit être fondée sur une organisation locale « *composée essentiellement de praticiens procédant à des consultations physiques, sans que puisse être exclu entièrement le recours à d'autres praticiens ou spécialités installés hors du territoire concerné* ». La téléconsultation ne peut être délivrée qu'accessoirement à une autre activité principale de consultation réelle pour suppléer l'absence de praticiens. La notion de territorialité est ici fermement appliquée, pour éviter du “nomadisme de téléconsultation”.

En effet, pour bénéficier d'une téléconsultation remboursée, il faut respecter le critère de territorialité, notamment par la condition du respect du parcours de soins et par la règle du déjà-vu. De plus, le Gouvernement encourage la création de structures territoriales de réponses à la téléconsultation, comme les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Ainsi, l'Assurance Maladie, par cet encadrement du remboursement des actes de télé médecine, entend faire respecter une certaine qualité du suivi de la prise en charge. Elle ne conçoit pas la téléconsultation comme étant la seule réponse possible pour assurer une prise en charge, ce qui peut poser problème dans les zones sous-denses en professionnels de santé, comme les déserts médicaux où la téléconsultation ne résout pas la problématique de l'accès aux soins. Il faut alors continuer à inciter les jeunes et moins jeunes médecins et professionnels de santé à s'installer dans des zones sous-denses, par le biais de contrats financiers notamment. Toutefois, il semble que seul un véritable regain d'attractivité d'une commune puisse inciter un praticien à s'y installer.

Ainsi, si on peut se féliciter que la téléconsultation s'inscrive peu à peu dans les mœurs pour les patients devant effectuer une téléconsultation de manière ponctuelle, qu'en est-il du suivi des patients souffrant de maladies chroniques ? Cette question sera examinée un peu plus loin.

La crise sanitaire débutée en ce début d'année 2020 marque un véritable tournant pour la télémédecine et principalement pour la téléconsultation, qui représentait jusqu'à 27% du nombre de consultations totales en France. Comment expliquer cette croissance soudaine ? Son développement n'est-il pas encore freiné ? Avons-nous répondu à tous les enjeux que celui-ci pose ?

Si le développement de la téléconsultation en France a été plutôt lent jusqu'au début de la crise sanitaire liée au Covid-19 en France, c'est à partir de cette date que les chiffres de celle-ci ont explosé (I). Pourtant, si l'on veut que la téléconsultation s'inscrive durablement dans le paysage de la santé publique française, il faudra lever certains freins et répondre à des problématiques subsistantes malgré la crise (II).

I- La téléconsultation, un développement lent suivi d'un essor fulgurant

Si la téléconsultation existe depuis déjà quelques années, comme nous l'avons vu précédemment, elle a pourtant mis un certain temps à émerger et à constituer une véritable alternative à la consultation physique (A). Ce n'est que la crise sanitaire liée à l'épidémie du SARS-COV2 qui a permis cet essor (B).

A- Le lent développement de la téléconsultation

1- Des facteurs économiques et de coordination dans la lenteur de croissance de la téléconsultation

a- Un équipement relativement coûteux

1- Les équipements de la téléconsultation

Si la définition de la téléconsultation peut présenter celle-ci comme quelque chose de relativement simple à imaginer : *“La téléconsultation est une consultation réalisée par un médecin (généraliste ou de toute autre spécialité médicale), à distance d'un patient, ce dernier pouvant être assisté ou non par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...)”*, elle n'en reste pas moins coûteuse à mettre en oeuvre et nécessite un investissement financier parfois important de la part du professionnel de santé pour s'équiper en outils de téléconsultations, qu'il s'agisse d'une solution numérique (plateforme de téléconsultation par exemple, messagerie sécurisée, logiciel de prise de rendez-vous), ou d'outils de soin et diagnostic connectés (stéthoscope, otoscopes, tensiomètres connectés...) pour équiper un chariot de téléconsultation ou une cabine de téléconsultation.

En effet, pour mettre en place une téléconsultation, il faut de nombreux outils que sont : un dispositif de vidéotransmission (qui peut aller d'une simple webcam

d'entrée de gamme à une caméra plus précise qui sera utilisée notamment par les dermatologues), d'une messagerie sécurisée de santé (MSSanté pour des échanges entre médecins, Apicrypt pour des échanges entre médecins, établissements de santé, laboratoires), d'une plateforme de partage des données garantissant les conditions de confidentialité et de sécurité (la transmission d'une ordonnance par exemple doit se faire via un canal sécurisé car elle contient des données de santé) ainsi qu'un dispositif permettant l'hébergement sécurisé des données : un organisme certifié Hébergeur Agréé des Données de Santé par le Ministère des Solidarités et de la Santé. Si l'année dernière ils étaient encore peu sur le marché, ils sont aujourd'hui une petite centaine, ce qui est révélateur du potentiel économique de l'hébergement de ces données sensibles.

La lenteur du développement de la téléconsultation s'explique ainsi principalement par les coûts importants du matériel à acquérir, principalement pour les professionnels de santé mais également pour les patients.

Par exemple la bonne définition et d'émission d'image de bonne qualité pour maintenir une interaction optimale reste relativement onéreuse et complexe. Les structures médicales utilisent encore des matériels anciens, qui nécessitent d'être remplacés, ou des frais de maintenance, tout en ne donnant pas des résultats satisfaisants. Le personnel médical doit avoir une grande disponibilité en devant faire des permanences ou devant être présents à des tranches horaires fixées à l'avance pour assurer le service de télémedecine. La nécessité de pouvoir se connecter à des réseaux de transfert de données disposant de fortes bandes passantes alors même que la zone géographique se trouve dans une "zone blanche" présente une difficulté en plus. De nombreuses zones ne sont pas équipées en fibres optiques. Le principal handicap de la télémédecine est la nécessité d'avoir le même équipement en terme de techniciens, de maintenance, de matériels, d'équipement pour la réception et pour l'analyse des données.

2- L'arrivée des télécabines

La téléconsultation permet l'essor d'un marché de la consultation à distance. Cela concerne les plateformes de téléconsultations, les hébergeurs de données de santé, les applications de mise en relation de patients et médecins, les outils de vidéo transmission, et la télécabine qui regroupe ces éléments.

Une télécabine est selon l'Assurance Maladie "*un lieu dédié à la téléconsultation*". En effet, la cabine permet la confidentialité des échanges entre le patient et le médecin. Elle est également équipée d'un stéthoscope, d'un otoscope, d'un dermatoscope, d'un lecteur de glycémie, d'un appareil de rétinographie permettant des tests auditifs et visuels, d'un électrocardiogramme, d'un thermomètre, d'une balance, d'une toise, d'un saturomètre, d'un tensiomètre et peut mesurer la fréquence cardiaque. Elle peut même proposer deux modes : téléconsultation et télémessure (bilan de santé).

Le modèle de télécabine proposé par la société Tessan coûte ainsi 70 000€ auxquels il faut rajouter 500€ de maintenance par mois¹⁵. Ce prix explique ainsi la rareté de ces cabines de téléconsultation, difficiles à acquérir pour les petites communes situées en zones sous-denses en termes de professionnels de santé.

3- La téléconsultation par smartphone

La question des coûts financiers de l'acquisition de matériel de téléconsultation est peu à peu résolue, et ce notamment grâce aux smartphones.

Ainsi, la télémédecine, et principalement la téléconsultation, ne se limite plus aux ordinateurs ou chariots de téléconsultation adaptés, et peut se réaliser également via un smartphone (ou ordiphone). La téléconsultation se fait ainsi très rapidement,

¹⁵ La tribune, Tessan déploie ses cabines de téléconsultation médicale sur l'Occitanie, 15 avril 2020, disponible sur : <https://objectif-languedoc-roussillon.latribune.fr/innovation/innovation-medicale/2020-04-15/tessan-deploie-ses-cabines-de-teleconsultation-medicale-sur-l-occitanie-845235.html>

via une application que télécharge le patient et qui lui permet de consulter son médecin, en ayant activé la caméra et le micro de son téléphone.

Le smartphone ne préjuge pas de la qualité d'une téléconsultation. En effet, ces objets ont acquis en quelques années la puissance d'acquisition et de transmission de texte, de son, d'images et de vidéos de haute qualité. Leur maniement est simple, accessible à tous et la maintenance quasi-inexistante.

Les smartphones utilisent la 3G, 4G voire même bientôt la 5G et sont capables d'utiliser les réseaux WIFI pour transmettre les informations à travers tout le territoire. Le coût des smartphones est très faible comparé aux équipements de télémédecine et pratiquement l'ensemble de la population en possède déjà un¹⁶ comme le précisent Allaert et Quantin qui avaient prédit en 2018 que le déploiement de la téléconsultation se ferait grâce au smartphone.

En effet, les deux chercheurs considèrent qu'un des freins majeurs de la téléconsultation consistait en l'acquisition de matériel de vidéotransmission, coûteux et lourd, qui nécessitait le déplacement du patient vers le centre équipé de cette solution. Le smartphone est ainsi vu comme le *“chaînon manquant entre la structure de télémédecine et le patient”¹⁷*.

Cette facilité d'utilisation du smartphone permettant le déploiement de la téléconsultation s'est démontrée lors du confinement. En effet, une majorité des téléconsultations effectuées sur cette période l'ont été soit par appel téléphonique, soit par appel via une application de téléconsultation.

¹⁶ Allaert, F. A, et C. Quantin. « Les applications sur smartphones permettront-elles une généralisation de la télémédecine ? », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36, no. 2, 2018, pp. 145-151.

¹⁷ Allaert, F. A, et C. Quantin, *id.*

b- une coordination difficile à mettre en place

1- L'apparition de nouveaux acteurs

La télémédecine fait apparaître de nouveaux acteurs : ceux du champ de l'informatique et du numérique, car elle permet l'émergence des nouvelles technologies.

Ainsi, les concepteurs et développeurs d'applications, les informaticiens et autres acteurs de ce type apparaissent au sein de la télémédecine.

En effet, si les besoins en professionnels de santé pour utiliser la téléconsultation sont pourvus, il faut néanmoins des professionnels pour créer ces solutions de téléconsultation, qu'il s'agisse de spécialistes de la donnée, des systèmes informatiques, des serveurs pour l'hébergement des données de santé, de la sécurité, de la maintenance, des communicants pour commercialiser ces nouvelles solutions.

Cela nécessite ainsi un certain temps, que les professionnels puissent petit à petit entrer sur le marché de la téléconsultation et créer des outils permettant la mise en oeuvre de celle-ci.

De plus, ces professionnels ont également un besoin de formation, notamment en manipulation des données personnelles et des données de santé qui sont des données sensibles, avec notamment le Privacy by Design, concept issu du Règlement Général sur la Protection des Données n°679/2016 (RGPD) qui veut que la protection de la vie privée et des données soit prise en compte dès la conception de l'application.

De même, une fois ces équipements acquis, la téléconsultation nécessite également une bonne coordination des différents professionnels qui la pratiquent.

2- La téléconsultation de spécialité

Si l'on peut penser que la téléconsultation s'adresse principalement aux médecins généralistes libéraux, seul dans son cabinet, c'est en partie vrai puisque ceux-ci réalisent 82,6% des téléconsultations¹⁸. Toutefois, la téléconsultation n'a pas vocation à se limiter uniquement à ces professionnels et s'adresse également aux médecins spécialistes, qu'ils soient dermatologues, psychiatres, gynécologues...

La téléconsultation de spécialité, utilisée majoritairement par les psychiatres, pédiatres, gynécologues, dermatologues et endocrinologues, permet alors la réalisation de plusieurs objectifs : progression de la refonte et de l'optimisation des structures médicales, réorganisation des filières, expansion quant à la couverture médicale.

De plus, au niveau non pas libéral mais hospitalier, cette téléconsultation de spécialité établit une interdépendance entre services disjoints, qui a des conséquences sur les décisions d'investissement tant en personnel qu'en matériels¹⁹. En effet, la téléconsultation permet une redistribution du temps de travail, avec une gestion différente des horaires par les professionnels de santé.

Si la téléconsultation de spécialité est un avantage indéniable en termes de coût, elle nécessite néanmoins un investissement en termes de temps et de moyens humains pour coordonner ces multiples objectifs. C'est pour cela que la mise en place de la téléconsultation par les spécialistes est relativement lente.

¹⁸ CNAM, Téléconsultations et Covid-19 : croissance spectaculaire et évolutions des usages, 21 juillet 2020, disponible sur :

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>

¹⁹ Parizel, Élisabeth, Philippe Marrel, et René Wallstein. « La télémédecine en questions », *Études*, vol. tome 419, no. 11, 2013, pp. 461-472.

3- La question de la responsabilité

La Haute Autorité de Santé (HAS) avait soulevé dans un rapport en 2013 les limites de la mise en place de la télémédecine. Il avait été relevé la faiblesse dans le portage des projets, le manque de structuration organisationnelle, le manque d'implication des médecins généralistes et des spécialistes libéraux, les freins de nature financière liés à la valorisation de ces actes, des problèmes dans la clarification des responsabilités des professionnels engagés ou encore la crainte des patients²⁰.

En effet, la question de la responsabilité a joué un rôle dans la mise en place de la téléconsultation.

Rappelons la définition de la téléconsultation : *“La téléconsultation est une consultation réalisée par un médecin (généraliste ou de toute autre spécialité médicale), à distance d'un patient, ce dernier pouvant être assisté ou non par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...)”*. On distingue ainsi trois acteurs lors d'une téléconsultation (deux sûrs et un potentiel) : le médecin, le patient et l'assistant, qu'il s'agisse d'un professionnel de santé, comme cité dans la définition ou d'un proche du patient.

Cette nouvelle configuration d'une téléconsultation, à distance et avec un acteur en plus pose la question de la responsabilité. En effet, en cas de dommage, qu'il y ait une faute ou non, qui sera responsable ? Le médecin, qui agit à distance et peut ne pas déceler certaines informations du fait de cette distance, de l'utilisation d'un outil de mauvaise qualité (outil connecté, webcam de mauvaise facture) ? Le patient, qui doit parfois utiliser dans la cabine de téléconsultations les outils connectés (stéthoscope, otoscope, tensiomètre connectés...) par lui-même, alors qu'il n'en a

20 J. HABIB, F. YATIM, J. SEBAI, Analyse des facteurs influençant l'émergence des pratiques de télémédecine : le cas des Maisons de Santé en France, dans Systèmes d'information et management 2019/1 (Volume 24), pages 47 à 85

pas la formation ? Le professionnel de santé qui assiste, et qui n'est lui même parfois pas formé à la manipulation de ces outils ?

De plus, l'utilisation d'appareils connectés pose le problème de l'efficacité de ceux-ci. Quid d'un piratage informatique, d'un acte malveillant ou d'une erreur dans le logiciel ? L'information donnée par cet appareil est-elle sûre à cent pour cent ?

C'est toutes ces questions que l'on se pose et qui mériteraient des réponses. Celles-ci viendront certainement soit par la jurisprudence, soit par la législation.

La Direction Générale de l'Offre de Soins en 2012 rappelait qu'il n'était pas envisagé de créer un régime de responsabilité spécifique car les outils juridiques permettant de répondre à ces problématiques existent déjà.

Le seul point de nouveauté est l'encadrement, au sein d'un protocole de coopération, de la délégation de certaines tâches médicales à des auxiliaires médicaux pour que chacun ne soit responsable que des actes effectivement délégués.

Le médecin est ainsi responsable de l'information qu'il délivre au patient, information qui porte aussi bien sur l'acte médical réalisé que sur l'acte de télémedecine.

Il est également responsable en cas de faute dont la preuve doit être rapportée par le patient (article L1142-1 du Code de la Santé Publique). S'il exerce dans un établissement public de santé, c'est ce dernier qui sera responsable, de même s'il est salarié d'un établissement de santé privé.

Le médecin est également responsable (responsabilité sans faute) car tenu à une obligation de sécurité - résultat pour le matériel de télémedecine assimilé à un dispositif médical (article L1142-1 du Code de la Santé Publique).

Si, lors de la crise sanitaire, l'urgence a commandé et non les règles de droit, il faut rappeler que le cadre de la prise en charge des téléconsultations par l'Assurance Maladie a été largement ouvert pour permettre le remboursement à 100% de toutes

les téléconsultations effectuées. Malgré l'ouverture de ce cadre, des questions quant à la responsabilité des médecins subsistent dans l'utilisation de plateformes numériques peu respectueuses des droits des patients et de leurs données. Le gouvernement a choisi la tolérance concernant les moyens utilisés par les médecins pour s'assurer de la continuité des soins de leurs patients. En effet, peut-on réellement les blâmer d'avoir voulu choisir une solution rapide, facile d'utilisation et gratuite pour réagir dans l'urgence ? De plus, le manque de formation des médecins quant à la consultation à distance et le manque d'information quant aux différentes plateformes de téléconsultation excusent également cet usage peu conventionnel des outils numériques pour voir leurs patients.

De même, avec l'usage de plus en plus courant de la télémédecine, il convient de se poser la question de l'identitovigilance. L'identito-vigilance vise à garantir l'identification correcte des patients tout au long de leur prise en charge et dans les échanges de données médicales et administratives entre professionnels de santé. L'objectif est de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge en fiabilisant les données.

Ainsi, si le médecin doit prouver son identité par une double authentification, c'est à dire une authentification forte, le patient, lui, doit simplement passer sa carte vitale dans une machine prévue à cet effet au sein de la télécabine pour s'identifier. Des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) imposent que le patient doit décliner son nom, prénom, date et lieu de naissance, son identifiant national de santé et ses traits d'identité²¹.

De même, l'usage de l'outil numérique pour les consultations ou l'expertise nécessite d'avoir des outils et de suivre des bonnes pratiques afin de protéger au mieux les données de santé des usagers du système de santé. En effet, il s'agit de données dites sensibles au sens de la loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée et du RGPD. Ces données doivent donc bénéficier de garanties supérieures de

²¹ Haute Autorité de Santé - Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise : guide de bonnes pratiques - Saint Denis la Plaine : HAS; 2019

protection. L'utilisation du big data en santé est une aubaine pour le secteur médical et notamment la recherche, mais elle ne doit pas se faire au détriment de la sécurité des données des patients.

2- La téléconsultation, un remède pas si miracle

a- La télémédecine, un meilleur suivi des maladies chroniques ?

Parmi les enjeux de la télémédecine, envers la population, on trouve le suivi approfondi des maladies chroniques. Par exemple, les patients s'exposant à des maladies chroniques comme le diabète, pourraient ainsi ne pas renoncer à des consultations médicales. En effet, rappelons que le diabète nécessite une éducation thérapeutique importante.

La crise sanitaire a montré que la population française peut rapidement s'adapter et choisir la téléconsultation en lieu et place d'une consultation physique, mais il semblerait que cela soit limité aux actes ponctuels.

Ainsi, la téléconsultation et plus généralement la télémédecine, doivent s'inventer pour le suivi des maladies chroniques, bien plus complexe.

Le sujet du renoncement aux soins des personnes souffrant de maladies chroniques constitue un enjeu de santé publique. La télémédecine, et principalement la téléconsultation, pourraient permettre de réduire le taux de renoncement en facilitant l'accès aux soins de ces patients, avec des dispositifs facilitant la prise en charge.

L'amélioration du suivi des maladies chroniques a été démontrée récemment. En effet, le taux d'hospitalisation pour acidocétoses chez les patients diabétiques de type 1 et 2 aurait diminué de 52% et 47% respectivement, après l'initiation d'une surveillance glycémique par le système FreeStyle Libre d'Abbott, selon les résultats d'une étude française présentée le 13 juin à l'occasion du congrès virtuel de

l'American Diabetes Association²² (ADA). Le recours au FreeStyle Libre, dispositif d'autosurveillance du glucose composé d'un capteur placé à l'arrière du bras, permet aux patients de détecter et limiter les hyperglycémies persistantes, et les aide par conséquent à prévenir les acidocétoses. Ce dispositif est une alternative aux piqûres aux doigts deux fois par jour et améliore ainsi le confort du patient.

On peut ainsi s'attendre à voir arriver de plus en plus de bénéfices en termes de santé publique et de suivi de ces maladies, permettant de la même manière une réduction des coûts en évitant des hospitalisations ou comorbidités.

Toutefois, ces bénéfices sont à relativiser.

En effet, différentes études démontrent que le bénéfice escompté n'est pas toujours au rendez-vous, notamment pour le diabète :

Une étude publiée en février 2020 démontre que la télémédecine est aussi efficace que la consultation en présentiel dans le suivi des diabétiques de type 1. Cette étude portait sur près de 400 patients, une partie bénéficiant du suivi en présentiel et l'autre via la téléconsultation. Le principal critère d'efficacité étudié était le changement moyen des niveaux de HbA1c entre le début et la fin de l'intervention, six mois plus tard. Aucune différence significative n'a été démontrée entre les deux groupes²³.

Quelques mois plus tôt, en novembre 2019, une étude Harris Interactive pour Roche Diabetes Care France démontrait que seuls 54% des patients diabétiques de type 1 et 2 en France étaient favorables au développement de la télémédecine. Parmi les freins déplorés par Roche Diabetes Care France, vient en premier l'absence

²² TicPharma, Diabète, la surveillance glycémique avec Freestyle Libre associée à une réduction des acidocétoses, 8/07/20

²³ Maria S. Ruiz de Adana et Al, Randomized Study to Evaluate the Impact of Telemedicine Care in Patients With Type 1 Diabetes With Multiple Doses of Insulin and Suboptimal HbA_{1c} in Andalusia (Spain): PLATEDIAN Study, Diabetes Care Feb 2020, 43 (2) 337-342; DOI: 10.2337/dc19-0739

d'information chez ces patients, qui crée de la méfiance envers cet outil puis l'insuffisance du développement de cette télémedecine, qui ne convainc pas les patients diabétiques qui peinent à y voir des avantages pour leur suivi²⁴.

Ainsi il paraît nécessaire d'opérer une meilleure information des patients susceptibles de bénéficier de la téléconsultation afin de dissiper toute crainte et de promouvoir les bénéfices de celles-ci. On remarque que l'absence d'information constitue un frein dans l'essor de la téléconsultation.

b- La téléconsultation, une solution limitée pour remédier aux problématiques d'accès aux soins

1- La lutte contre les déserts médicaux

Un des bénéfices escompté de la télémedecine est la lutte contre les déserts médicaux, en permettant un meilleur accès aux soins des personnes vivant dans ces déserts dits médicaux, mais qui sont surtout des déserts de commodités, peu attractifs. Le manque de services publics (poste, école, collège, lycée), de transports (lignes de train, bus) ou encore de culture (musée, théâtre, cinéma) représente un frein à l'installation de jeunes ou moins jeunes médecins, dont les habitudes professionnelles liées au temps de travail ont changé.

La télémedecine serait un moyen de pallier la répartition géographique des professionnels de santé.

Le véritable problème du désert médical réside dans le fait qu'il n'est pas qu'un désert de médecins, mais de professionnels paramédicaux. C'est à dire ceux qui pourraient aider les patients lors d'une téléconsultation, via le maniement des outils médicaux et l'explication du diagnostic aux patients (infirmiers, pharmaciens...).

Ainsi, si ce n'est pas la télémedecine qui est la solution miracle pour remédier aux déserts médicaux, d'autres dispositifs sont mis en place par les pouvoirs publics.

²⁴ TicPharma, La télémedecine ne convainc qu'à moitié les patients diabétiques 15/11/2019

C'est notamment le cas des dispositifs financiers et des contrats incitant les jeunes diplômés à s'installer dans des zones sous-denses. Toutefois, on observe que les jeunes médecins acceptant ces contrats avaient déjà prévu de s'installer dans ces zones spécifiques, contrat ou non. Se pose alors la question de savoir si ces contrats sont réellement incitatifs.

De même, il reste plus facile d'installer des médecins généralistes libéraux que des spécialistes dans ces déserts médicaux, surtout ceux concernant des régions rurales. En effet, si les premiers sauront trouver un nombre suffisant de patients pour être rentable, il paraît plus difficile pour les spécialistes de se constituer une patientèle lorsque la population est relativement faible.

2- La télémédecine comme réponse aux difficultés de déplacement

Il est communément admis par les patients²⁵ et les praticiens²⁶ que la télémédecine est un moyen efficace pour améliorer l'accès aux soins des personnes à mobilité réduite.

De plus, le vieillissement de la population conduit à avoir une plus grande part de la population en situation de dépendance ou ayant des difficultés à se déplacer. Chez certaines personnes, notamment les personnes souffrant de maladies neurodégénératives, un séjour à l'hôpital peut s'avérer perturbant. Ainsi, le développement des chariots de téléconsultation en EHPAD permet à ces résidents de rester dans le confort de ce qu'ils connaissent. Il en est de même pour les patients atteints de maladies chroniques ou nécessitant un simple renouvellement d'ordonnance. La téléconsultation évite un déplacement au patient.

De plus, les difficultés de déplacement ne se limitent pas uniquement aux personnes à mobilité réduite due à un handicap physique. En effet, la répartition géographique

25 Armenier Simon, Université de Lille, and Knockaert François-René. *Attentes et représentations des patients consultant en médecine générale au sujet de la téléconsultation* / Simon Armenier ; sous la direction de François-René Knockaert, juin 2019

26 Cuissette, Stéphanie. *La téléconsultation, un nouvel outil dans le parcours de soins du patient. Les attentes et les craintes des médecins généralistes de la région des Hauts-de-France face à cette nouvelle pratique médicale*. N.p., 2019. Print.

des praticiens de santé, et surtout des médecins spécialisés n'est pas forcément en adéquation avec les besoins de la population. Par exemple, une très grande partie des psychiatres sont situés à Paris ou en région parisienne, alors que les besoins en province sont très grands, obligeant les populations vivant en province à parfois se déplacer jusqu'à la capitale. Cela a un coût et nécessite de pouvoir libérer du temps pour se soigner. La téléconsultation s'impose alors comme dispositif permettant de pallier cette répartition géographique peu adéquate.

Toutefois, en l'absence d'outils connectés au domicile de la personne malade, qu'il s'agisse d'un ordinateur ou d'un smartphone, et en l'impossibilité de faire appel à un professionnel disposant d'un chariot de télé médecine ou d'un équipement transportable, cette difficulté de déplacement subsiste. En effet, pour faire bénéficier au patient une téléconsultation, il faudra que celui-ci se déplace dans un centre accueillant une cabine de téléconsultation ou un dispositif équivalent.

Il semblerait ainsi que la téléconsultation ait subi l'influence de plusieurs facteurs qui ont empêché son développement rapide : le coût des équipements, l'absence d'information des patients et des professionnels sur cette modalité de consultation, et l'efficacité relative pour répondre à des enjeux de santé publique tels que le suivi des personnes atteints de pathologies chroniques et l'accès aux soins dans les déserts médicaux.

Ces raisons expliquent qu'en septembre 2019, un an après l'entrée en vigueur du remboursement des actes de télé médecine, seulement 60 000 actes environ avaient été pris en charge par l'Assurance Maladie, alors que le gouvernement en espérait 500 000. Ces 60 000 actes ne représentent qu'un peu plus de 10% de l'objectif fixé en 2018.

B- L'essor de la téléconsultation pendant le confinement

1- La téléconsultation comme rempart contre le renoncement aux soins

a- Le renoncement aux soins, un phénomène amplifié pendant le confinement

De nombreux facteurs contribuent au renoncement aux soins, dont la difficulté de se déplacer, le manque de connaissance des solutions proposées par le corps médical, ou encore, le plus courant, le renoncement pour raisons financières. Ce renoncement est défini comme suit par Després et al : *“Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit²⁷”*.

La période de la crise sanitaire a vu chuter le nombre des consultations chez les médecins généralistes et spécialistes de manière spectaculaire, cette chute allant parfois jusqu'à -70% de consultations²⁸.

Si le renoncement aux soins pour raisons financières a été déjà longuement étudié par les chercheurs, le renoncement aux soins vécu pendant le confinement est un nouveau sujet. Il s'explique par la peur des patients d'attraper le covid au cours du déplacement et dans le cabinet du médecin et la difficulté de trouver une alternative à la consultation physique.

Les professionnels de santé alertent *“d'une crise dans la crise”*. En effet, tarder à se faire soigner ou dépister, c'est risquer des complications et une dégradation de l'état de santé, qui aurait pu être évitable.

²⁷ Després C, Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique, *Questions d'économie de la santé*, n°169, octobre 2011, disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Ques169.pdf>

²⁸ Doctolib, Covid-19 : Doctolib alerte sur la chute de fréquentation des cabinets et s'engage pour permettre aux patients de retourner consulter, 16 avril 2020

Ainsi, 48% des patients souffrant d'insuffisance cardiaque ont passé plus d'un mois sans rendez-vous avec leur médecin²⁹. Parmi eux, 71% ne se sont vus offrir aucune autre alternative pour remplacer ce rendez vous.

De même, le nombre d'activités de prévention a subi une chute importante : on observe moins 30 à moins 70% de vaccinations chez les enfants³⁰, environ 44 000 nourrissons n'ont pas reçu leur vaccin hexavalent, 90 000 adolescents ont du retard sur leur calendrier vaccinal et environ 450 000 personnes n'ont pas été vaccinées contre le tétanos.

On observe également une chute dans les dépistages. Environ 80% des tests de dépistage du cancer colorectal n'ont pas été reçus, avec une chute de 180 000 des examens de colonoscopies réalisés sur la période.

Dans le domaine de l'imagerie médicale, on remarque qu'il y a environ 70% d'actes réalisés en moins au début de la crise. C'est autant de cancers dépistés en moins, ce qui entraînera des complications par la suite pour les personnes en retard de dépistage.

S'il est trop tôt pour mesurer l'ampleur du renoncement aux soins pendant la période de confinement, du 17 mars au 11 mai 2020 (il s'est certainement poursuivi, le temps que les patients prennent rendez-vous à nouveau et que les médecins interpellent les patients), cette analyse sera nécessaire dans les mois à venir. De même, la détection des cas à risque par les professionnels de santé est impérative, pour éviter des complications à ceux qui ont soit renoncé aux soins, soit n'ont pas eu de solution de remplacement aux consultations en présentiel.

²⁹ Groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies, Société française de cardiologie, communiqué, août 2020

³⁰ CNAM, L'effondrement du nombre d'actes de prévention constitue un enjeu majeur de santé publique, 23 juillet 2020, disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/leffondrement-du-nombre-dactes-de-prevention-constitue-un-enjeu-majeur-de-sante-publique>

Cette situation représente un réel enjeu public. L'Odenore (observatoire des non-recours aux droits et aux services) en partenariat avec l'Assurance Maladie, lance une grande enquête pour mesurer l'ampleur du renoncement aux soins pendant le confinement. Son objectif principal est de mieux identifier le profil des personnes concernées par ces difficultés d'accès. L'enquête est ouverte à toute la population. Car, si le renoncement aux soins, en temps normal, est un phénomène qui touche plus les personnes précaires, l'impossibilité de se soigner pendant le confinement semble avoir un caractère plus universaliste.

Il faudra ainsi plusieurs mois pour se rendre compte véritablement de l'ampleur de ce phénomène.

b- La téléconsultation comme réponse partielle à ce phénomène

C'est pourquoi le gouvernement, par un décret du 10 mars, a permis le remboursement intégral de toutes les téléconsultations réalisées pendant la période de l'état d'urgence sanitaire, ainsi qu'une adaptation du cadre juridique de l'utilisation de la téléconsultation. Ce remboursement a été prolongé jusqu'au 31 décembre 2020 pour permettre l'accès aux soins à un maximum de personnes et notamment les plus précaires.

Le cadre juridique du remboursement de la télémedecine et notamment de la téléconsultation impose le respect du parcours de soin avec une orientation du médecin traitant généraliste vers un spécialiste, l'obligation d'avoir déjà vu le médecin dans les 12 mois qui précèdent, l'utilisation de la vidéo pour les échanges afin de garantir une qualité de ceux-ci, l'utilisation d'un canal sécurisé et réalisée dans un lieu permettant la confidentialité des échanges pour qu'un patient puisse prétendre au remboursement de l'acte de téléconsultation.

Face à l'urgence de la situation, et bien qu'il semble que les critères de respect du parcours de soin et de l'obligation de "déjà-vu" ont été globalement respectés, il

apparaît toutefois que les deux derniers, concernant le recours à un outil vidéo et à un canal sécurisé, aient été peu respectés. De même, le critère du lieu permettant la confidentialité des échanges peut sembler difficile à respecter compte tenu du confinement, de l'obligation de rester chez soi et de l'exiguïté de certains logements.

Une meilleure information et orientation des professionnels de santé, susceptibles d'avoir recours à la téléconsultation est alors à envisager. C'est ce que propose la Société Française de Santé Digitale (SFSD), dans son *position paper* en date du 6 juillet 2020³¹.

Parmi ces propositions figurent une "communication pédagogique, grand public (proposition n°1), le renforcement de l'information au patient par le médecin sur le parcours coordonné (proposition n°2), l'abandon de la règle du déjà-vu, c'est à dire rembourser la téléconsultation même si le patient n'a pas vu le patient en consultation physique dans les douze derniers mois (proposition n°3), "autoriser le remboursement hors territorialité", c'est à dire, (proposition n°4), une formation des professionnels validante (proposition n°5), la création d'un guichet de conseillers pour les soignants (proposition n°6), la conception d'un cahier des charges pour les plateformes de téléconsultation (proposition n°7), la proposition d'un modèle économique pour que les professionnels de santé s'équipent en outils de téléconsultation (proposition n°8), la création d'outils pédagogiques numériques permettant aux professionnels de s'approprier les bonnes pratiques (proposition n°9), l'organisation par l'Assurance Maladie, en cas de crise sanitaire, d'accès à la téléconsultation par numéro unique" (proposition n°10).

Cette dernière préconisation est intéressante en ce qu'elle permettrait d'éviter le non-respect des critères posés par l'avenant 6 pour le remboursement des actes de télé médecine, en supprimant simplement le critère du "déjà-vu" et en répartissant de manière plus équitable le nombre de demandes de téléconsultations entre les différents praticiens. En effet, certains ont dit faire parfois 40 téléconsultations par

³¹ Société Française de Santé Digitale, 10 préconisations pour accélérer la télésanté après le Covid-19, 3 juillet 2020. Disponible sur : <https://sfdsd-umd.fr/10-preconisations-pour-accelerer-la-telesante-apres-le-covid-19/>

jour, quand d'autres n'en faisaient aucune malgré une communication sur cette pratique à leurs patientèle³².

2- Des chiffres bouleversés pendant le confinement et une nouvelle dynamique

En février 2020, on dénombrait 40 000 téléconsultations remboursées pour plus de 3 000 médecins téléconsultants. Entre mars et avril 2020 c'est plus de 5.5 millions d'actes remboursés par l'Assurance Maladie. A leur niveau le plus haut, les téléconsultations ont représenté jusqu'à 27% de l'ensemble des consultations (télé- et en présentiel). Ce taux est repassé en juillet 2020 à environ 13%.

Ainsi, pour tirer au maximum bénéfice de la téléconsultation pendant la période de la crise sanitaire, le Ministère de la santé, en lien avec l'Assurance Maladie, a adapté les conditions de remboursement de la télémédecine en abandonnant (pour une période donnée uniquement, c'est à dire jusque fin décembre 2020) les deux principes fondamentaux : celui du respect du parcours de soin et la règle du déjà-vu qui veut que le patient ait déjà consulté le médecin dans l'année qui précède. Toutefois, l'Assurance Maladie constate que 80% des patients qui ont téléconsultés, l'ont fait avec un médecin qu'ils avaient déjà vu moins d'un an auparavant.

De plus, le Ministère des Solidarités et de la Santé a permis de déroger à la condition de vidéotransmission. En effet, pour certains patients résidant dans des zones blanches ou n'ayant pas accès à un outil de vidéo, pour les patients en affection longue durée, les âgés de plus de 70 ans et les femmes enceintes, il fut possible de consulter par téléphone. Toutefois, cette dérogation ne s'est visiblement pas appliquée à ces seules catégories de personnes. Selon Luc Téot, chirurgien

³² Egora, "ubérisation de la médecine", "outil de secours" : la téléconsultation bouleverse l'exercice des médecins, 14 avril 2020, disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/58832-uberisation-de-la-medecine-outil-de-seco-urs-la?nopaging=1>

plastique au CHU de Montpellier et des autres CH d'Occitanie, “80% des téléconsultations se sont faites par téléphone³³”.

Également, une dérogation a ouvert la possibilité d'utiliser tous les moyens technologiques disponibles pour réaliser une vidéotransmission, notamment ceux dits “grand public” tels que Skype, Whatsapp, Facetime... Nous verrons plus loin que cela n'est pas sans conséquence sur la protection des données à la fois des patients et des professionnels et que cette décision ne s'explique que par l'urgence de la situation et ne peut être pérenne.

Pour inciter au maximum au recours à la téléconsultation, celles-ci ont été remboursées à 100% par l'Assurance Maladie (au lieu du 70% pris en charge habituellement). Cette prise en charge s'étendra jusqu'à fin décembre 2020.

De même, les actes d'accompagnement à la téléconsultation pour les infirmiers ont été pris en charge à 100% ainsi que les facturations de consultations complexes et d'avis ponctuels de consultant et toutes les majorations applicables pour les consultations présentes (nuit, jour férié, permanence des soins) ont été appliquées à la téléconsultation.

Toujours dans un contexte de crise sanitaire et de difficulté d'accès aux soins dues à la restriction d'accès à certains établissements de soins, les téléconsultations ont été autorisées dans le cadre du parcours de l'IVG médicamenteuse, ouvertes aux sages-femmes pour l'entretien prénatal et les séances de préparation à l'accouchement.

C'est cet élargissement du cadre actuel qui a permis d'atteindre un nombre record de téléconsultations pendant la période de mars à juin 2020. Bien que cette mesure d'élargissement ne soit pas éternelle, on peut facilement s'imaginer que le nombre de téléconsultation restera relativement important dans les mois qui arrivent, puisque

33 Tribault G, Le collectif téléconsultation propose sept recommandations pour un déploiement pérenne, *Hospimédia*, 25/06/20

la télémedecine semble être entrée dans les habitudes de la population du fait de cette crise sanitaire.

L'Assurance Maladie constate que la très grande majorité des téléconsultations émane des médecins libéraux. Les facturations provenant de centres de santé ou d'établissement restent très rares. Il apparaît ainsi que dans les premiers temps de la téléconsultations, à l'ère d'ETAPES, la télémedecine était plus réservée aux établissements de santé. La tendance s'est peu à peu renversée, les médecins libéraux s'appropriant de plus en plus cet outil.

Ce sont notamment les médecins généralistes qui facturent le plus de téléconsultations (les $\frac{4}{5}$). Les autres spécialités sont les psychiatres, les pédiatres, les gynécologues, dermatologues et endocrinologues.

Parmi les médecins libéraux, ce sont les plus jeunes qui pratiquent la téléconsultation (50% d'entre eux ont moins de 50 ans) alors qu'ils ne représentent que 37% de l'ensemble des effets de généralistes libéraux.

En ce qui concerne les patients, avant le confinement, les patients de moins de 50 ans étaient les plus nombreux à recourir à la téléconsultation, en particulier les 30 - 40 ans.

A partir du confinement, les plus de 70 ans, alors qu'ils étaient le moins nombreux à recourir à la téléconsultation, ont eu davantage recours à la téléconsultation (20% des téléconsultations ont été facturées à des plus de 70 ans).

En ce qui concerne les régions, on peut observer un changement également lors du confinement. Avant cette période, les téléconsultations avaient lieu en majorité dans des zones très bien pourvues en nombre de professionnels de santé tels que l'Ile-de-France et Paris notamment. A l'inverse, les téléconsultations étaient sous-représentées dans les zones intermédiaires et peu denses.

Avec le confinement, cette situation tend à une légère modification. Les chiffres ne s'inversent pas mais la sur-représentation des zones très denses diminue, bien qu'elle demeure.

Ainsi, on observe que la période de confinement remet à plat les statistiques établis. Aujourd'hui, les écarts ont significativement diminué mais demeurent. Des mesures de communication et d'accompagnement des professionnels de santé dans l'achat de solutions de téléconsultations sont encore nécessaires pour inverser la tendance et faire tenir une de ses promesses à la télémédecine : un meilleur accès aux soins dans les zones peu denses en matière de professionnels de santé.

Depuis la fin du confinement et de l'état d'urgence sanitaire, on assiste à une décrue importante du nombre de téléconsultations. En effet, alors qu'au plus fort de l'épidémie, le nombre de téléconsultations a pu monter jusqu'à 27% de l'ensemble des consultations, ce nombre est aujourd'hui entre 5 et 7% pour la médecine générale selon un baromètre de GERS Data pour MindHealth.

Le nombre reste toutefois élevé, car au début de l'année 2020, les téléconsultations ne représentaient que 0,1% de l'ensemble des consultations.

L'essor de la téléconsultation pendant la crise sanitaire a permis l'élaboration de nouveaux usages. En effet, chez les psychologues, on a pu observer entre 45 et 50% de téléconsultations pour l'ensemble des consultations pendant la période du 5 avril jusqu'au 8 mai. Fin juin, le chiffre tombe à 17%, mais reste néanmoins élevé. Ainsi, dans une profession où l'on pouvait penser que l'écoute nécessitait la présence physique, il s'avère que l'on peut parfois s'en passer. Reste à voir si cela influe sur la qualité de cette écoute et du suivi des patients.

Le Comité National Pilote d’Éthique du Numérique, dans son Bulletin de Veille n°3, en date du 21 juillet 2020, dresse la liste des facteurs de réussite de la téléconsultation pendant le confinement.

Le Comité se félicite d’un système de santé préparé, d’outils numériques d’échange et de partage d’information de bonne qualité disponibles et de mesures dérogatoires prises par le gouvernement.

Toutefois il semble que ces dernières n’ont que *“partiellement atténué l’évitement du recours aux soins en ne compensant pas la diminution dès le début du confinement des consultations pour d’autres maladies que la Covid-19, en particulier des spécialistes³⁴”*. En effet, dès le début du confinement le message était clair : “restez chez vous”. La première mouture de l’attestation de déplacement indiquait une possibilité de sortir de son domicile pour *“motifs de santé”*. Cette restriction de déplacement, accompagnée d’une peur de la transmission du virus en cas de rendez-vous chez un médecin a fait brutalement diminuer le taux de consultation chez les généralistes et les spécialistes. C’est pourquoi la seconde mouture de l’attestation de déplacement indiquait ensuite *“Consultations et soins ne pouvant être assurés à distance et ne pouvant être différés ; consultations et soins des patients atteints d’une affection de longue durée”*.

Doctolib, leader français de la prise de rendez-vous en ligne, alertait en avril d’une baisse de 40% des consultations chez les généralistes et de 70% chez les spécialistes entre janvier et avril. Nicolas Revel, directeur de l’Assurance Maladie, quant à lui, évoquait 40% de diminution de consultation chez les généralistes et 50% chez les spécialistes. Patrick Gasser, président du syndicat Avenir Spé parle même d’une baisse d’activité *“pouvant aller jusqu’à 98% en fonction des spécialités et des modes d’exercice³⁵”*.

³⁴ Comité National Pilote d’Éthique du Numérique, *Bulletin de Veille n°3*, 21/07/2020

³⁵ Egora News, “La baisse d’activité peut aller jusqu’à 98 %” : les spécialistes libéraux tirent la sonnette d’alarme, 02/04/2020, disponible sur <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2020/04/02/la-baisse-dactivite-peut-aller-jusqua-98-les-specialistes-liber-aux-tirent-la-sonnette-dalarme/>

D'où la nécessité pour ces professionnels de santé de proposer la téléconsultation, pour éviter toute dégradation de l'état de santé de leurs patients mais également d'un point de vue économique.

II- Les limites de la téléconsultation, des freins à dépasser et des enjeux à préciser

Malgré les chiffres parfois vertigineux donnés par l'Assurance Maladie pour la période du confinement, il faudra attendre encore quelques mois pour déterminer si la téléconsultation est rentrée dans les habitudes des français. Il est ainsi loisible d'exprimer quelques doutes sur le plein développement de la téléconsultation, tant que certains freins persistent (A) et que certains enjeux ne sont toujours pas réglés (B).

A- Des freins encore présents

Le Conseil National du Numérique et l'Institut Montaigne appellent à lever les freins restants pour accélérer et pérenniser la télémédecine.

De nombreux freins sont encore présents quant au développement de la télémédecine et notamment de la consultation. Si une nouvelle crise sanitaire de ce type se présente, ou une nouvelle vague de Covid-19 arrive dans les mois qui viennent, serions-nous mieux préparés et plus prêts à utiliser la téléconsultation de meilleure manière ?

Une enquête Odexa publiée en janvier 2020 montre que 29% des patients qui ont expérimenté une téléconsultation sont insatisfaits, principalement à cause des aspects techniques. Il en découle ainsi un besoin d'une diffusion large d'une information efficace et simple relative à la démarche d'utilisation de la téléconsultation et des outils associés. Se démontre également un besoin d'un certain type de population d'une assistance lors de la téléconsultation par une tierce personne, qu'il s'agisse d'un infirmier, aide-soignant, pharmacien.

De plus, on peut parler de la méfiance de certains patients face au diagnostic posé par le médecin. Cette méfiance pourrait être accrue lors d'une téléconsultation du fait de l'absence de relation humaine, de toucher diagnostic et des difficultés occasionnées par l'usage de la technologie (difficulté d'entendre l'autre, de le comprendre, absence de diagnostic du langage corporel, non-verbal...).

1- La barrière technologique

a- L'exclusion numérique ou l'illectronisme

Parmi les freins relatifs au déploiement plus large de la téléconsultation, vient également celui de l'exclusion numérique.

Elle peut toucher plusieurs catégories de personnes, notamment :

- ceux qui ne sont pas à l'aise avec la technologie
- ceux qui ne sont pas équipés en outils technologiques
- ceux qui vivent dans un logement trop petit pour s'isoler et bénéficier de suffisamment d'intimité pour une consultation médicale
- ceux qui ne consultent que trop rarement un médecin : ceux qui souffrent de maladie mentale, de grande précarité, les désocialisés, les personnes migrantes)

La connexion internet est également un frein. Au delà des zones dites blanches, de nombreux français ne disposent toujours pas d'un accès internet. L'Insee, dans une étude d'octobre 2019³⁶, montre que 12% des 15 ans et plus n'ont aucun accès internet depuis leur domicile. 53% des plus de 75 ans n'ont aucun accès internet. 34% des personnes sans diplôme ou titulaires d'un certificat d'études primaires (CEP) et 16% des plus modestes.

³⁶ Legleye (S.), Rolland (A.), Une personne sur six n'utilise pas Internet, plus d'un usager sur trois manque de compétence numérique de base, Insee Premières, n°1780, octobre 2019

Les problématiques d'accès aux soins des personnes les plus précaires ne se limitent pas uniquement à l'absence d'accès internet mais celui-ci permettrait d'améliorer cet accès aux soins, évitant les frais liés au déplacement par exemple. Bien entendu cet objectif nécessite des investissements, via l'équipement de ces personnes en outils numériques en plus de l'accès internet.

Il existe également la problématique des zones blanches : si 95% de la population française peut avoir accès à une connexion internet, les 5% restant font partie d'une frange de la population qui nécessite une attention particulière car reculée aussi bien des professionnels de santé que de services publics. Des efforts ont actuellement été commencés par le gouvernement .

b- La facilité d'utilisation des outils technologiques

Il existe plus d'une centaine de plateformes de téléconsultations recensées par l'Assurance Maladie. Ce nombre important ne reflète toutefois pas les pratiques. En effet, il semblerait que l'efficacité et l'amélioration de la prise en charge du patient dépendent fortement du niveau de maîtrise des outils technologiques par les utilisateurs³⁷.

2- Le manque de collaboration comme entrave au déploiement de la téléconsultation

La téléconsultation fait intervenir de nombreux acteurs et ne se limite pas qu'à un simple interaction entre un patient et un médecin. Pour que la téléconsultation fonctionne, d'autres professionnels de santé peuvent intervenir afin de faciliter cette

³⁷ Kat Jercich, The successes - and pitfalls- of using telehealth for home-based primary care, *HealthCare It News*, 26/06/20, disponible sur : <https://www.healthcareitnews.com/news/successes-and-pitfalls-using-telehealth-home-based-primary-care>

pratique, et d'aider les patients. C'est notamment le cas des pharmaciens et des infirmiers.

Le rôle central des infirmiers n'est pas une surprise pour David Barrett³⁸, la consultation, l'interaction et la discussion avec les patients ont toujours été la pierre angulaire du métier d'infirmier.

Quoi de plus normal alors que ces professionnels aient un rôle central dans la mise en oeuvre de la télémédecine et notamment de la téléconsultation ? Pourtant, il semblerait que les pouvoirs publics aient sous-estimé cette fonction lors de l'écriture des textes encadrant l'usage de la télémédecine.

En effet, on constate que parmi les freins à l'usage de la téléconsultation, aussi bien parmi la population générale que parmi les professionnels de santé, le manque de connaissances quant à cette pratique et la complexité de la prise en main des outils de télémédecine soient en tête.

Un moyen efficace de remédier à ces limites serait alors de passer par les infirmiers pour faire la promotion de la téléconsultation et aider dans la prise en main des dispositifs, voire d'apporter leur propre équipement. Cette aide serait précieuse notamment dans les zones sous-denses en professionnels de santé (dits déserts médicaux) ou pour les populations les moins à l'aise avec ce type de technologie.

Actuellement, les infirmiers bénéficient d'une aide à l'équipement d'une hauteur de 350€ pour l'équipement de vidéotransmission, y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposées en matière de recours aux actes de télémédecine et de 175€ pour l'équipement en appareils médicaux connectés.

Si la convention nationale des infirmiers, par son avenant n°6, prévoit une participation des infirmiers lors d'une téléconsultation, notamment dans l'article 6.2.2 Rôle de l'infirmier accompagnant : *“L'infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le*

³⁸ Barrett (D)., Rethinking presence : a grounded theory of nurses and teleconsultations, *Journal of Clinical Nursing*, 22/10/16

patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée”. Il n’en reste pas moins que dans la pratique, l’assistance des infirmiers soit limitée.

Il pourrait ainsi être prévu des incitations pour les infirmiers quant à la pratique de la téléconsultation, qui seraient financières par exemple.

Les pharmaciens, quant à eux, ont signé le 6 décembre 2018 l’avenant n°15 à la convention nationale qui précise les conditions dans lesquelles les pharmaciens pourront contribuer à la réalisation d’actes de téléconsultation à partir de leur officine.

Leur rôle est défini à l’article 13.1.2 : *“Le pharmacien, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d’assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l’examen clinique et éventuellement d’accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.*

Du point de vue organisationnel, le pharmacien met à disposition le plateau technique nécessaire à la réalisation de la téléconsultation au sein de son officine, et se charge de son organisation en prenant contact avec le médecin”.

La rémunération annuelle des pharmaciens au titre de cet avenant n°15 sera versée en 2 volets : une participation forfaitaire de 1 225€ la première année pour l’équipement en objets connectés utiles (stéthoscope, otoscope, oxymètre, tensiomètre connectés) puis de 350€ les années suivantes, ainsi qu’une participation au temps passé en fonction du nombre de téléconsultations (entre 200 et 400€ par an).

Afin de satisfaire aux exigences de l’avenant en question, les pharmacies doivent disposer d’un espace permettant de préserver la confidentialité des échanges. C’est à dire d’une salle suffisamment grande pour accueillir le patient, le pharmacien éventuellement si le patient le demande, ainsi que l’équipement approprié pour la téléconsultation, c’est à dire le plateau technique. Cette exigence peut sembler

difficile à combler et est potentiellement un des plus gros freins au développement de la téléconsultation auprès des pharmacies d'officine.

Les Maisons de Santé démontrent que les pratiques de télémédecine peuvent émerger du fait des besoins de coordination entre les professionnels de santé. Ainsi, au vue de la diversité des différents professionnels de santé, la télémédecine apparaît comme un lien entre ces différents professionnels et est développée dans l'objectif de suivre l'état du patient à distance.

Les pratiques de télémédecine se structurent et se pérennisent lorsque les acteurs sont impliqués et réussissent à faire émerger un ensemble coopération où la cohésion entre les membres est forte. Ainsi, l'appartenance à une Maison de Santé est susceptible de favoriser l'émergence de nouveaux modes de collaboration externe informatisés grâce à la télémédecine³⁹.

La télémédecine peut être influencée par l'environnement externe de la structure de soins. En effet, le territoire sur lequel la structure de soins exerce joue un rôle sur le développement de la télémédecine. Lorsque ce territoire est déficitaire en termes d'offres de soins, s'il s'agit d'un "désert médical" par exemple ou que les déplacements y sont difficiles, s'il s'agit de zone rurale isolée alors la prise en charge médicale, l'offre de soins peuvent être améliorées grâce à l'expertise à distance. Ainsi, la télémédecine pourra améliorer l'accès et la qualité des soins en diminuant le temps de prise en charge⁴⁰.

Toutefois, la télémédecine est déployée de façon limitée dans les Maisons de Santé. En effet en 2019 seulement 5 structures déclarent avoir pratiqué la télémédecine et 22 structures indiquent avoir un projet de télémédecine en cours, contre 956 établissements recensés.

³⁹ J. HABIB, F. YATIM, J. SEBAI, Analyse des facteurs influençant l'émergence des pratiques de télémédecine : le cas des Maisons de Santé en France, dans *Systèmes d'information et management* 2019/1 (Volume 24), pages 47 à 85

⁴⁰ J. HABIB, F. YATIM, J. SEBAI, id.

Néanmoins, la jeunesse de ces structures explique en partie la pratique limitée de la télémédecine, celles-ci sont encore en développement et souhaitent s'intéresser à la télémédecine à moyen terme⁴¹.

La télémédecine, lorsqu'elle est utilisée de façon optimale peut faire naître des stratégies entre établissements. Ils pourront être complémentaires sur certains points et pourront en tirer des bénéfices réciproques. En outre, des établissements de territoires pourront mutualiser des moyens ou des équipes via la télémédecine. C'est ce que l'on appelle le concept d'Hôpital étendu. Ce concept pourra se mettre en place au coeur des filières de soins, afin de maîtriser les flux d'amont et d'aval de patients.

En amont, il faudra des relations stables et durables avec les prescripteurs et demandeurs d'avis notamment pour le service des urgences. En aval, il faudra une relation structurée notamment avec le retour à domicile, les soins de suite et de réadaptation, l'hospitalisation à domicile ou encore les soins infirmiers à domicile⁴².

La télémédecine se présente comme un levier d'évolution de l'organisation des soins. Il est supposé répondre à des enjeux majeurs en termes d'accès, de qualité des soins, de continuité des prises en charge, de réponse à la désertification médicale et d'efficience des dépenses de santé.

3- La règle du déjà-vu, un frein nécessaire ?

Les entreprises de téléconsultation et l'Institut Montaigne souhaiteraient voir cette règle du déjà-vu disparaître, afin de permettre un développement économique plus important pour la téléconsultation. Rappelons que cette règle impose, pour le remboursement par l'Assurance Maladie de l'acte de téléconsultation, que le patient

⁴¹ J. HABIB, F. YATIM, J. SEBAÏ, *ibid.*

⁴² E. PARIZEL, P. MARREL, R. WALLSTEIN, La télémédecine en question, dans *Etudes* 2013/11 (Tome 419), pages 461 à 472

ait déjà vu le médecin téléconsultant au moins une fois dans les douze derniers mois.

Allaert et Quantin⁴³ estiment que l'utilisation trop importante de la téléconsultation viendrait bousculer la démographie médicale. En effet, *“en privant les spécialistes locaux régionaux d'un volume important de consultations, ce recours risque de mettre en péril la rentabilité économique de leur cabinet et de les conduire à devoir s'installer ailleurs. Cet élément ne doit pas être négligé car dans de nombreux endroits, ce n'est pas tant le manque de médecins spécialistes qui a suscité leur absence dans certaines zones géographiques que le manque de clientèle liée à la désertification démographique générale”*.

4- De la difficulté de réguler la téléconsultation

L'offre de soins de ville est par nature extrêmement difficile à réguler, bien plus que celle de l'hôpital.

La téléconsultation amène de nouvelles pratiques. Comme il a été vu précédemment, les aléas de la téléconsultation veulent que parfois, le patient doit être vu lors d'une consultation en présentiel car le diagnostic ne peut se faire sans une meilleure visualisation et un toucher, une manipulation par le médecin. Celui-ci va alors facturer deux consultations, celle en distanciel et celle en présentiel.

Si le renoncement aux soins est plus axé sur l'angle économique et vers des spécialités peu ou mal remboursées (les soins bucco-dentaires et ophtalmiques), on rapporte un faible taux de renoncement aux soins envers les généralistes. Ainsi, une téléconsultation très facile d'accès, via un smartphone ou un ordinateur. Le patient pourra alors être tenté d'avoir une téléconsultation plus facilement. Il ne restera plus qu'au patient à payer 7.50€, c'est à dire les 30% de la consultation non pris en charge par l'Assurance Maladie. Si cette solution semble réjouissante d'un point de

⁴³Allaert, F. & Quantin, C. (2018). Les applications sur smartphones permettront-elles une généralisation de la télémédecine ? . *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36(2), 145-151. doi:10.3917/jgem.182.0145.

vue de santé publique, car la population sera soignée plus souvent et certaines pathologies ou complications détectées plus tôt, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une charge financière importante pour l'Assurance Maladie.

De plus, cette tendance des patients à la téléconsultation plus fréquente est aidée par la facilité qu'ont certains professionnels de santé à enchaîner les téléconsultations. Si un renouvellement d'ordonnance se faisait autrefois par téléphone, avec le patient qui n'avait simplement qu'à venir chercher l'ordonnance au cabinet, sans avoir à payer une consultation, celle-ci pourrait bien entrer dans le champ de la téléconsultation. Cette pratique génère des revenus supplémentaires pour les médecins qui ne faisaient pas payer ces actes auparavant.

La pratique de la téléconsultation est aujourd'hui toujours encadrée par l'avenant n°6 qui pose les conditions du remboursement de l'acte de téléconsultation. Aucun changement n'est envisagé pour l'heure, même si la dérogation à cet avenant est prolongée jusqu'au 31 décembre maximum pour permettre aux personnes à risques de consulter un médecin à distance. Il se pourrait qu'à l'aube de 2021, des réflexions soient engagées à ce sujet, pour modifier ce cadre. En effet, certains acteurs (dont l'institut Montaigne) souhaiteraient que certaines conditions de l'avenant 6 soient abolies de manière à libéraliser la téléconsultation. C'est le cas notamment de la règle du déjà-vu.

Si la question ne se pose pas encore à l'heure actuelle, car avant la période de confinement, le nombre de téléconsultations était plus bas, et pendant le confinement, la téléconsultation était nécessaire pour assurer la continuité des soins, cette interrogation pourrait devenir un sujet par la suite, si le nombre de téléconsultation, qui s'est stabilisé aujourd'hui, venait à augmenter.

B- Des enjeux qui persistent

1- La télémédecine et le RGPD

L'essor de la télémédecine suit la même temporalité que celle du RGPD. En effet, les dates concordent à l'année près. C'est le 25 mai 2018 que le RGPD entre en application. Quelques mois plus tard, le 13 septembre 2018, la télémédecine reçoit enfin un cadre juridique pour son remboursement par l'Assurance Maladie par le décret n°2018/788. Les deux sont étroitement liés.

En effet, la télémédecine est basée sur l'échange d'informations dites sensibles (données de santé) qui doivent être protégées au regard de la réglementation existante : la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et le Code de la Santé Publique. La technologie utilisée par les différents acteurs de la télémédecine étant multiple (ordinateur, smartphone, cabine de consultation, applications, site internet...) et faillible (piratage informatique ou dit d'ingénierie sociale), les risques de violation de données sont grands et les télé-échanges nécessitent d'être protégés.

Le décret du 10 mars 2020 qui déroge aux exigences de l'avenant 6 pour le remboursement des actes de télémédecine est celui qui a permis son essor, mais a été pris dans l'urgence. Il fallait agir vite. Les professionnels de la protection des données s'en sont inquiétés.

En effet, bien que les grandes plateformes de télémédecine sur le marché, que ce soit Doctolib, Livi, Qare, sont prêtes et disposent de tous les moyens techniques aux fins d'assurer la protection des données personnelles échangées lors d'une téléconsultation, l'urgence de la situation a fait que ces plateformes, encore méconnues du grand public n'ont pas toujours été les premières sollicitées. La nécessité d'une prise en charge rapide des patients, qu'ils soient atteints du Covid ou qu'ils aient besoin d'assurer la continuité de leur suivi médical les a parfois amenés à réaliser des téléconsultations via des applications non sécurisées et non adaptées, telles que WhatsApp, Skype ou encore FaceTime.

C'est dans ce cadre que les mesures issues du RGPD n'ont pas été respectées, telles que l'information des patients et ainsi leur consentement à l'acte de télémedecine, l'hébergement des données sur un hébergeur de données de santé certifié par le Ministère des Solidarités et de la Santé si une ordonnance était transmise par le même canal utilisé que pour la téléconsultation (notamment WhatsApp) et le respect du secret médical. En effet, les applications issues des GAFAM sont connues pour stocker les informations plus longtemps que nécessaire, parfois à l'insu de la personne concernée.

Le collectif téléconsultation, nouvellement formé, initié par le Catel et la Société Française de Médecine Générale (SFMG), a formulé le 25 juin sept recommandations afin de pérenniser le déploiement de la téléconsultation. L'une d'elle concerne le recours au téléphone, qui doit rester autorisé mais de manière exceptionnelle uniquement. Le collectif se prononce contre l'utilisation d'outils webs ou applications comme Messenger, FaceTime, Whatsapp qui *""ne tracent pas la téléconsultation, ne permettent pas l'envoi sécurisé de documents et ne présentent pas les garanties de sécurité et confidentialité attendues⁴⁴*.

De même, il semblerait que certaines formalités préalables à la téléconsultation n'aient pas toujours été mises en oeuvre par les médecins, trop peu formés, notamment en ce concerne le consentement à la téléconsultation. En effet, aucun soin ne peut être pratiqué sans le consentement de la personne. Le patient doit ainsi consentir à l'acte médical réalisé, c'est à dire la réalisation d'un diagnostic et éventuellement de soin(s) et à l'acte de téléconsultation. Il s'agit bien de deux consentement distincts.

Le professionnel de santé doit ainsi être authentifié et doit disposer de l'accès aux données médicales du patient nécessaires à l'acte. Le compte-rendu de la réalisation de l'acte doit être fait à la suite de la consultation et la prise en charge

⁴⁴ Tribault G, Le collectif téléconsultation propose sept recommandations pour un déploiement pérenne, Hospimédia, 25/06/20

financière de l'acte de télémedecine doit être annoncée (70% pour un médecin généraliste si la téléconsultation rentre dans le cadre de l'avenant n°6).

De plus, la confidentialité des données et le respect absolu de la liberté de choix du patient sont les éléments primordiaux de la mise en oeuvre de la télémedecine.

Le patient doit au préalable être informé de la nécessité, de l'intérêt, des conséquences et de la portée de l'acte médical. La garantie de la communication concernant le recueil des données personnelles de santé du patient, leur hébergement, leur transmission et leur traitement doit être sans équivoque, tout comme la garantie de la sécurité, la disponibilité et la fiabilité des dispositifs technologiques. Chaque professionnel doit être couvert par une assurance de responsabilité professionnelle.

De la nécessité de protéger les données de santé

Données dites sensibles aux termes du RGPD, le traitement des données de santé est en principe interdit, leur usage se fait par exception, à l'article 9 du Règlement qui dispose que le traitement des données à caractère personnel qui révèle des données concernant la santé est interdit.

Les données à caractère personnel sont très prisées car elles constituent une véritable manne financière, notamment pour les acteurs de la publicité. En France, l'individu ne possède pas de droit de propriété sur ses propres données, car cela induirait une cession de ces données et par conséquent l'impossibilité d'en disposer par la suite. Au contraire, les données de santé sont vues comme un élargissement de la notion de la personne. L'indisponibilité de la personne humaine s'applique dès lors.

Les données de santé, plus particulièrement, sont extrêmement prisées sur le "Darknet", la face cachée de l'internet et peuvent valoir très cher. Selon un rapport de 2019, les secteurs les plus touchés par les ransomwares (rançongiciels) sont la

finance - assurance (35%) et la santé (18%)⁴⁵. L'interdiction de commercialisation de ces données est en France un moyen de les protéger.

L'hébergement des données de santé est réglementé en France et doit obéir aux conditions fixées par l'article L1111-8 du Code de la Santé Publique *“Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données ou pour le compte du patient lui-même, réalise cet hébergement dans les conditions prévues au présent article.*

L'hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou numérique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime.

La prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel fait l'objet d'un contrat”.

La certification Hébergeurs de Données de Santé exige des organismes qui l'obtiennent qu'ils assurent la sécurité, la confidentialité et l'accessibilité des données qu'ils hébergent. Ces mesures prises incluent une procédure d'authentification et d'autorisation puissantes, des systèmes de sauvegarde fiables et de puissantes méthodes de chiffrement.

Ce qui a conduit à une telle situation est bien évidemment l'absence de préparation à l'arrivée de la télémédecine et notamment l'absence d'équipement de télémédecine chez les médecins libéraux.

De plus, une enquête de l'Agence du Numérique en Santé (ex - ASIP) en 2019 démontrait que seulement 20% des internes en médecine étaient formés à la consultation à distance, ce qui laisse à penser que les médecins en exercice le sont encore moins.

45 Vectra, Spotlight Report 2019

Dans un communiqué en date du 11 mars 2020 (soit au lendemain du décret levant les contraintes liées au remboursement de la télémedecine), la Société Française de Santé Digitale (SFSD) appelait les professionnels de santé à faire usage de la télémedecine pour la *“coordination des parcours de soins et la maîtrise de la propagation de Covid-19”*.

2- Le respect du secret professionnel

Le secret médical est un fondamental du soin de la personne. Ce secret est déjà présent dans le serment d'Hippocrate d'origine, daté du IV^{ème} siècle avant JC : *“Quoi que je voie ou entende dans la société pendant, ou même hors de l'exercice de ma profession, je tairai ce qui n'a jamais besoin d'être divulgué, regardant la discrétion comme un devoir en pareil cas”*. Il est aujourd'hui énoncé sous la forme suivante : *“Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers”*.

Dans une déclaration à l'Académie des sciences morales et politiques du 5 juin 1950, Louis Portes, qui sera président en 1958 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) dit en ces termes : *“Le secret professionnel est, en France du moins, la pierre angulaire de l'édifice médical et il doit le rester parce qu'il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confidence et de confidence sans secret”*.

Dans un arrêt de la Cour de Cassation en date de 1985 dit Watelet, le juge énonce même que : *“L'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue, et il n'appartient à personne de les en affranchir”*.

Car si le terme secret médical a disparu pour laisser place à celui de secret professionnel, il n'est pas vidé de sa substance pour autant. Obligation

déontologique du médecin, punie sévèrement par le code pénal⁴⁶, il s'agit également d'un droit du patient, comme en atteste l'article L1110-4 du Code de la Santé Publique : *“Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant”*.

Ce secret est nécessaire dans l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin et son patient. Toutefois ce secret a quelque peu été malmené lors des téléconsultations effectuées pendant la période de confinement.

En effet, l'utilisation de plateformes peu sécurisées, n'étant pas Hébergeur Agréé de Données de Santé, parfois facilement piratables ou faisant partie d'une grande entreprise gourmande en données n'a pas réellement permis de protéger les échanges entre le médecin et le patient. De plus, l'obligation de rester confiné, parfois à plusieurs dans de petits logements ne permet de respecter le cadre de la téléconsultation qui veut que le patient puisse effectuer la téléconsultation dans une pièce à part du logement, où la confidentialité des échanges peut être observée.

L'hypothèse de la télémédecine sous X.

Dans un article paru en 2012⁴⁷, Jérôme Béranger et ses coauteurs évoquent la possibilité d'une télémédecine sous X, garantissant l'anonymat total, c'est à dire qu'il n'existe aucun moyen d'identifier la personne car ni son nom, ni son prénom n'ont été recueilli et inscrit soit sur papier, soit dans un système informatique. L'anonymat

⁴⁶ Article 226-13 du Code Pénal : *“La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende”*.

⁴⁷ Béranger, Jérôme et al. “Télémédecine sous X ? Pourquoi prolonger cette protection individuelle historique ?” Les Tribunes de la santé 35.2 (2012): 83–96. Web.

est bien à différencier du secret, dans lequel l'information est connue mais n'est pas divulguée.

Ainsi, au même titre que l'accouchement sous X et la possibilité de se faire dépister pour des maladies sexuellement transmissibles, il serait alors possible d'effectuer un acte de télémedecine (téléconsultation, téléexpertise, télésuivi...) de manière totalement anonyme.

Les auteurs se justifient car la technologie est faillible. En effet, tout système d'information est susceptible d'être piraté, soit par une action extérieure, soit par une action intérieure. De plus, le facteur humain est également source d'incident dans le secteur informatique. Ils mentionnent en sus la valeur économique de bases de données importantes, agrégeant un grand nombre de données, source d'envie pour les pirates potentiels.

Les auteurs de l'article se basent sur deux principes éthiques pour justifier leur raisonnement : l'autonomie du patient, c'est à dire le "fait qu'une personne se donne à elle-même sa propre règle de conduite" (*auto* = soi-même, *nomos* = loi, règle) et le principe de non-malfaisance : "éviter le mal à celui dont on a la responsabilité et épargner au patient des préjudices ou des souffrances qui ne feraient pas sens pour lui". La télémedecine sous X permet de cette manière de faire participer les deux acteurs principaux : le patient dans sa faculté de décision propre et le médecin dans sa volonté de ne pas causer de tort.

Ainsi, la télémedecine sous X permet "d'éviter les risques technologiques sur la protection, la confidentialité et la sécurité des données médicales personnelles".

Cette possibilité amène des problématiques, et notamment celle de la facturation des actes de télémedecine effectués. Comment faire payer un patient un acte alors qu'il est à distance et qu'on n'a pas son identité ? La solution serait alors de prendre en charge les frais issus de la téléconsultation. Quid alors de ceux qui abuseraient de cette possibilité aux fins de se faire soigner sans payer ces soins ?

De plus, il faudrait créer une technologie totalement anonymisante qui poserait des problèmes d'identitovigilance ? Ne risquerait-on pas de prendre en charge un patient deux fois pour la même pathologie, de lui prescrire des médicaments déjà prescrits ou non adaptés à son état ?

De même, en cas de contentieux, comment établir des preuves alors qu'aucune traçabilité du patient et de l'acte effectué n'est possible ?

Si l'accouchement sous X et le dépistage anonyme tiennent de problématiques de santé publique complexes et se justifient par leur caractère xx, en est-il de même pour la télémédecine sous X ? Les deux premiers sauvent potentiellement des vies, celles de la mère et du nouveau-né dans le premier cas et celles des dépistés et de leurs partenaires dans le second. Il semble plus difficile à imaginer que la télémédecine sous X procure les mêmes avantages. Les circonstances ne sont pas les mêmes.

L'argument tenant à la protection de la confidentialité et de la sécurité des données des patients ne tient pas. En effet, un renforcement de la sécurité informatique (installation d'un proxy, de VPN, un chiffrement des communications et une politique de mots de passe forts) permet de combler cette éventuelle lacune.

3- Vers un changement de paradigme dans la relation patient - professionnel ?

a-La télémédecine, une dégradation du lien praticien – patient ?

Le déficit actuel en médecins généralistes et spécialistes nécessite le développement de nouvelles formes de pratiques. La télémédecine porte l'espoir d'une meilleure couverture des zones éloignées en offre de soins de second recours. Les objectifs du projet sont la facilité d'accès aux soins, de suivre l'évolution de la pratique médicale et l'engouement pour les nouvelles technologies. Mais néanmoins, par la télémédecine il y a une dégradation de la relation médecin-patient puisqu'il n'y a plus d'examen clinique physique, une perte d'informations non verbales est aussi à déplorer.

L'absence de vidéotransmission empêche le médecin de voir et ainsi décrypter le langage non-verbal, corporel.

De plus, il est possible pour le patient de se faire accompagner par une personne avec laquelle il est à l'aise (parents pour enfants, famille / ami pour personne peu à l'aise (handicap ou autre) afin de permettre une prise en charge plus adaptée mais si l'on rajoute l'auxiliaire qui assiste à la consultation pour guider le patient, ça fait du monde. Le médecin va-t-il chercher à pousser son diagnostic si celui-ci est trop difficile à établir compte tenu de l'absence de toucher ?

Elle entraîne des modifications quant à la pratique médicale. En effet, des protocoles très stricts doivent être respectés tant pour les actes que les entretiens pour préserver autant que possible la relation patient-médecin. De plus, la télémédecine permet de tirer le meilleur parti des avantages techniques et économiques de la

technologie. Elle transforme le simple acte médical en une nouvelle pratique médicale à inventer⁴⁸.

Il apparaît nécessaire également de former les professionnels de santé, notamment par le biais du développement professionnel continu (DPC) à la pratique de la téléconsultation, et non seulement à l'usage de la technologie mais également à la communication électronique, à distance.

Toutefois, cette dégradation du lien -médecin - patient à relativiser. En effet, si ce ne sont plus les médecins qui seront en face du patient, d'autres acteurs voient leur rôle élargi : notamment les infirmières, aides-soignantes - assistants de santé, pharmaciens qui peuvent accompagner le patient lors d'une téléconsultation (notamment pour aider à comprendre le diagnostic et utiliser les outils connectés au mieux).

On assiste ainsi à un changement de paradigme plutôt qu'une dégradation de ce lien. Les médecins perdent leur place prépondérante mais d'autres acteurs s'immiscent à cette place, pour permettre au patient de se sentir accompagné.

Toutefois cela ne s'applique que si ces professionnels de santé peuvent assister le patient lors d'une téléconsultation.

En effet, dans une étude publiée en novembre 2016⁴⁹, David Barrett, remarque que les infirmiers pratiquant la téléconsultation, c'est à dire lorsqu'ils n'ont pas de contact en face à face avec le patient, regrettent l'impossibilité de toucher le patient. Il s'agit à la fois d'un toucher diagnostic et d'un toucher dit relationnel, aux fins de rassurer le patient et d'établir un contact, une relation de confiance. Des études considèrent même le toucher comme "inhérent à leur rôle" d'infirmiers.

Les infirmiers interrogés dans l'étude vont alors tenter de compenser cet éloignement physique par divers moyens, en augmentant la fréquence des

⁴⁸ E. PARIZEL, P. MARREL, R. WALLSTEIN, La télémédecine en question, in Etudes 2013/11 (Tome 419), pages 461 à 472

⁴⁹ Barrett, David. "Rethinking Presence: a Grounded Theory of Nurses and Teleconsultation." *Journal of Clinical Nursing* 26.19-20 (2017): 3088–3098. Web.

interactions pour augmenter le temps de présence, ou le plus souvent, en permettant la présence d'un tiers auprès du patient, qu'il s'agisse d'un proche, aidant familial ou d'un autre professionnel de santé.

L'étude démontre également que les infirmiers interrogés préfèrent l'usage de la vidéo qui permet un contact visuel, la possibilité de voir les expressions faciales, de détecter la communication non-verbale, les hochements de tête, les sourires.

Toutefois, cette contrainte de l'absence du toucher n'est pas insurmontable. Les infirmiers peuvent affirmer une présence différente. Il faut néanmoins encore étudier comment cette présence peut-être être réinventée pour la concilier avec la téléconsultation.

b-La téléconsultation, vers une consommation commerciale du soin ?

Pendant le confinement, certains médecins ont évoqué faire jusqu'à 40 téléconsultations par jour⁵⁰. Ce chiffre très important peut inquiéter quant à une éventuelle industrialisation voire "ubérisation" du soin. En effet, ce rythme effréné pris par certains médecins pour consulter le plus de patients possibles dans la journée ne se fait-il pas au détriment du soin et de la qualité de la prise en charge du patient ?

On peut rétorquer que les médecins en question n'ont fait que répondre à une demande. Demande imposée par la réalité du contexte : les angoisses liées à une éventuelle contamination au Covid-19. Si le nombre global de consultations à distance a aujourd'hui baissé pour se stabiliser à environ 396 000 par semaine fin juin, ne peut-on pas craindre par la suite, une banalisation de ce type de comportements, aussi bien par le médecin que par le patient ? Le soin ne deviendrait-il pas uniquement un moyen de se rassurer.

⁵⁰ Egora, "ubérisation de la médecine", "outil de secours" : la téléconsultation bouleverse l'exercice des médecins, 14 avril 2020, disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/58832-uberisation-de-la-medecine-outil-de-seco-urs-la?nopaging=1>

Si ce type de consultations, plus rapide et moins contraignante pour les deux parties, peut permettre d'éviter la consultation de sites internet souvent anxiogènes, on ne peut que s'en féliciter.

Le Ministère des Solidarités et de la Santé a référencé sur son site internet une centaine d'outils de santé ainsi que des critères pour les sélectionner (facilité d'installation, sécurisation...). Si cette mesure de simplification du choix pour les médecins est à saluer, on ne peut que se poser quelques questions quant au nombre (environ cent) de ces outils. La santé est un marché comme un autre et il importe de le réguler.

En effet, le Comité National de Pilotage d'Ethique du Numérique, dans son Bulletin de Veille n°3 en date du 21 juillet 2020, recommande de maîtriser le marché de la santé et de s'assurer que les plateformes de téléconsultations respectent les obligations déontologiques et réglementaires. Il semble ainsi nécessaire d'éviter toute concurrence déloyale entre les différentes et nombreuses plateformes (certaines mutuelles proposent la prise en charge de quelques téléconsultations par an, en partenariat avec une entreprise de télésanté). De même, certaines plateformes ont ouvert gratuitement leur solution de téléconsultation pendant la période du confinement. Si cette mesure s'est révélée salubre pour que certains patients puissent bénéficier d'une solution sécurisée qui respecte leurs données de santé et la réglementation sur l'hébergement des données de santé, elle n'en reste pas moins un coup de publicité.

En effet, doit-on craindre que la téléconsultation soit une chose commerciale comme une autre ? De la même manière qu'on utilise son téléphone pour se commander à manger, pour acheter des vêtements ou réserver un vol, peut-on aussi simplement téléconsulter ? Dans la pratique, il suffit de disposer d'une application mobile permettant la téléconsultation et de programmer un rendez-vous avec un médecin

pour le faire. Mais l'avenant n°6 permet d'encadrer la pratique de la téléconsultation. Ce sont les limites définies par ce cadre qui empêchent de tomber dans ce type de pratique commerciale. La règle du déjà-vu, qui suppose d'avoir déjà consulté le médecin au moins une fois dans les douze derniers mois est un rempart contre la banalisation de la téléconsultation, qui ne doit être qu'une solution d'appoint, pour faciliter l'accès aux soins aux personnes présentant des difficultés sociales ou de déplacement.

La levée de cette règle du déjà-vu pendant toute la durée de l'état d'urgence sanitaire a permis à plus de 5 millions de personnes de bénéficier de cet accès aux soins, fragilisé compte tenu de restrictions de déplacement intrinsèques à la nécessité du confinement. Cette règle ne doit toutefois disparaître que de façon temporaire, et pour faire face à une situation exceptionnelle comme on l'a connu il y a quelques mois. Elle évite un certain tourisme de téléconsultation en France et permet une prise en charge de meilleure qualité puisque faite avec un médecin qui connaît le patient, aussi bien son dossier médical que son caractère, et qui est plus à même de comprendre le langage non-verbal.

De même, cette industrialisation de la médecine par la téléconsultation voit ses limites en un nombre insuffisant de praticiens. Il y a de moins en moins de médecins généralistes. Les médecins les moins prompts à pratiquer la téléconsultation, c'est à dire les plus âgés, sont également ceux qui sont les plus proches de la retraite. En effet, en 2018, près d'un médecin libéral sur deux avait plus de 55 ans⁵¹. Il semblerait également que ce soit les plus jeunes médecins qui soient les plus friands de téléconsultation. L'Assurance Maladie constate que la moitié des médecins téléconsultants ont moins de 50 ans, alors qu'ils ne représentent que 37% de l'ensemble des médecins généralistes libéraux⁵². Si le nombre de médecins téléconsultants a vocation à augmenter dans les années qui suivent, le nombre de

⁵¹ Marie Anguis, Hélène Chaput, Claire Marbot, Christelle Millien et Noémie Vergier (DREES), 2018, « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », Études et Résultats, n°1061, Drees, mai 2020

⁵² Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, juillet 2020

médecins généralistes libéraux, lui est voué à diminuer à court-terme, avec les nombreux départs à la retraite qui approchent, et qui ne seront pas remplacés en raison d'un numerus clausus insuffisant et du manque d'attractivité de la profession de libéral, les jeunes médecins se tournant plus vers des professions salariées.

Conclusion :

Il fallait un élément déclencheur pour réellement lancer l'usage de la téléconsultation en France et ce fut la crise sanitaire traversée dans la première moitié de l'année 2020 qui en fut le moteur.

Ainsi, les débuts de la téléconsultation ont été plutôt lents, ce qui s'explique par le coût de l'équipement de la téléconsultation (et ce notamment pour les professionnels de santé qui ont dû souscrire à une plateforme de téléconsultation, acquérir des outils de bonne qualité, voire parfois un chariot ou une cabine de téléconsultation, alors que pour les patients, un simple smartphone ou ordinateur suffit) ou encore par la difficulté de coordonner les différents professionnels de santé. De même, la téléconsultation n'apporte pas toutes les solutions promises pour lutter contre les difficultés d'accès aux soins, qu'il s'agisse des difficultés de déplacement ou des déserts médicaux.

Puis l'épidémie de coronavirus a touché la France et a obligé les français à se rester chez eux pendant près de 2 mois. L'obligation de rester confiné, avec une autorisation de déplacement peu précise sur la possibilité de continuer à se faire soigner, la peur de contracter le virus,... nombreuses ont été les raisons du décollage de la téléconsultation, allié à l'allègement des conditions pour se faire rembourser celle-ci.

Pour éviter tout renoncement aux soins et faciliter l'accès à ceux-ci, le gouvernement a ainsi décidé de supprimer les barrières qui encadraient le remboursement d'un acte de téléconsultation, et permettre un remboursement à 100% de toutes les consultations réalisées à distance afin de garantir au maximum de personnes la possibilité de continuer à se faire soigner. Malgré les chiffres exceptionnels de téléconsultations au plus fort de la crise (5 millions en un mois), il semblerait qu'une partie de la population ait renoncé à se faire soigner ou n'ait pu avoir accès aux soins, ce qui entraînera par la suite des retards de diagnostics et de possibles

complications. Le rétablissement du cadre de l'avenant 6 à la convention nationale des médecins ne doit alors pas être complet, des mesures dérogatoires doivent être conservées, au moins pour encore quelque temps, permettant ainsi d'assurer aux personnes dites fragiles et vulnérables la possibilité de se faire soigner. Sur ce point, une campagne gouvernementale semble impérative. Car en effet, bien qu'elle puisse être une réponse partielle, la téléconsultation et plus largement la télémédecine sont des solutions pour faire face à ces défis.

Aujourd'hui, les chiffres retombent petit à petit, il restera à attendre quelques mois afin de déterminer si l'on atteint un pallier dans le nombre de téléconsultations par semaines, par rapport aux consultations physiques. Néanmoins, il ne semble pas probable que l'on revienne au niveau d'avant la crise sanitaire, où le nombre de téléconsultations ne représentait que 0.1% de l'ensemble des consultations.

Toutefois, ce pallier, que l'on atteindra ou non dans quelques mois, pourra être plus ou moins haut, en fonction des décisions qui seront prises dans les mois à venir pour faciliter le recours à la téléconsultation.

En effet, tant que certains freins existent, qu'ils soient d'ordre technologique (exclusion numérique, illettrisme, difficulté d'utilisation des solutions numériques proposées pour réaliser une consultation à distance), ou relatifs aux critères de remboursement (la règle du déjà-vu permet de garantir la qualité de la prise en charge, la téléconsultation se fait ainsi avec un médecin que le patient connaît), la téléconsultation ne pourra pas égaler les chiffres connus lors du confinement.

De même, certains enjeux autour de la téléconsultation subsistent, tels que le respect de la réglementation sur la protection des données (Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679, loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, code de la santé publique), ou encore le respect du secret professionnel (qui permet d'envisager ou non la téléconsultation sous X). Persiste également la question de la qualité du lien patient - professionnel de santé, dont on ne mesurera les effets que dans les mois à venir.

En ce qui concerne la téléconsultation, et l'usage qui en est fait par les médecins et par les patients, la pratique de la crise sanitaire nous permet de tirer quelques enseignements sur les mesures à prendre : une meilleure information du côté des médecins et des patients, des aides supplémentaires pour l'équipement.

La sécurité numérique est également un enjeu, avec une formation des patients et des professionnels aux outils de téléconsultation, un guide de bonnes pratiques permettrait également de diffuser des règles.

On peut toutefois affirmer que malgré ces observations, le recul nécessaire pour apprécier pleinement les effets de la crise sanitaire sur l'usage de la téléconsultation, aussi bien par les médecins que par les patients, n'est pas encore là.

Bibliographie

Articles de presse :

- Les Echos Entrepreneurs, "Ghislaine Alajouanine, "Madame Télémédecine", 16/07/2020, disponible sur : <https://business.lesechos.fr/entrepreneurs/toujours-plus-haut/role-modeles/0603515839292-ghislaine-alajouanine-madame-telemedecine-338879.php>
- Tribault G., Le collectif téléconsultation propose sept recommandations pour un déploiement pérenne, *Hospimédia*, 25/06/20
- TicPharma, Diabète, la surveillance glycémique avec Freestyle Libre associée à une réduction des acidocétoses, 08/07/20
- TicPharma, "La télémédecine ne convainc qu'à moitié les patients diabétiques, 15/11/19
- Tribault G., En large progression, la téléconsultation exclut toujours les entreprises du remboursement, *Hospimédia*, 13/09/19
- Kat Jercich, The successes - and pitfalls- of using telehealth for home-based primary care, *HealthCare It News*, 26/06/20, disponible sur : <https://www.healthcareitnews.com/news/successes-and-pitfalls-using-telehealth-home-based-primary-care>
- Egora News, "La baisse d'activité peut aller jusqu'à 98 %" : les spécialistes libéraux tirent la sonnette d'alarme, 02/04/2020, disponible sur <https://lesgeneralistes-csmf.fr/2020/04/02/la-baisse-dactivite-peut-aller-jusqua-98-les-specialistes-liberaux-tirent-la-sonnette-dalarme/>
- La tribune, Tessan déploie ses cabines de téléconsultation médicale sur l'Occitanie, 15 avril 2020, disponible sur : <https://objectif-languedoc-roussillon.latribune.fr/innovation/innovation-medical-e/2020-04-15/tessan-deploie-ses-cabines-de-teleconsultation-medical-sur-l-occitanie-845235.html>

- Doctolib, Covid-19 : Doctolib alerte sur la chute de fréquentation des cabinets et s'engage pour permettre aux patients de retourner consulter, communiqué de presse, 16 avril 2020
- Egora, "ubérisation de la médecine", "outil de secours" : la téléconsultation bouleverse l'exercice des médecins, 14 avril 2020, disponible sur : <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/58832-uberisation-de-la-medecine-outil-de-secours-la?nopaging=1>

Articles scientifiques :

- Guais M., "Médecine à distance", dans Hervé Guillemain (dir.), *DicoPolHiS*, Le Mans Université, 2020.
- Coste J., « Histoire de la médecine », *Annuaire de l'École pratique des hautes études (EPHE), Section des sciences historiques et philologiques*, 143 | 2012, 275-277.
- Stolberg M., Les lettres de patients et la culture médicale pré-moderne, *Maladies en Lettres : 17e - 21e*, éditions BHMS, 2013, p.13
- Barras V., Dinges M., Maladies en lettres : une introduction, *Maladies en Lettres : 17e - 21e*, éditions BHMS, 2013, p.13
- Services B on HC, Medicine I of. The Evolution Telehealth : Where Have We Been and Where Are We Going ? [Internet]. National Academies Press (US); 2012. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207141/>
- Iazzo PA, Handbook of Cardiac Anatomy, Physiology, and Devices, *Springer Sciences and Business Media*, 2009, 653 p
- Amenta F., Capone L., Sibilio F., Telemedical Assistance of Patients on Board Ships, Activity of Centro Internazionale Radio Medico (CIRM), *the Italian Telemedical Maritime Assistance Service (TMAS)*. 2013
- Zundel KM, Telemedicine : history, applications and impact on librarianship. *Bull. Med Libr Assoc.* 1996; 84 (1): 71-79
- Marescaux J., Nom de code : "opération Lindberg", *Annales de chirurgie*, Volume 127, n°1, pages 2-4, janvier 2002

- Maria S. Ruiz de Adana et Al, Randomized Study to Evaluation the Impact of Telemedicine Care in Patients With Type 1 Diabetes With Multiples Doses of Insulin and Suboptimal HbA 1c in Andalusia (Spain) : PLATEDIAN Study, *Diabetes Care* Feb 2020, 43 (2)
- Armenier S., Université de Lille et Knockaert FR., *Attentes et représentant des patients consultant en médecine générale au sujet de la téléconsultation* / Simon Armenier, sous la direction de François-René Knockaert, juin 2019
- Parizel, (E.), Marrel (P.), et Wallstein (R.). « La télémédecine en questions », *Études*, vol. tome 419, no. 11, 2013, pp. 461-472.
- Barrett (D)., Rethinking presence : a grounded theory of nurses and teleconsultations, *Journal of Clinical Nursing*, 22/10/16
- Després C, Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique, *Questions d'économie de la santé*, n°169, octobre 2011, disponible sur : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Ques169.pdf>
- Béranger, Jérôme et al. "Télémédecine sous X ? Pourquoi prolonger cette protection individuelle historique ?" *Les Tribunes de la santé* 35.2 (2012): 83–96. Web.
- Allaert, F. A, et C. Quantin. « Les applications sur smartphones permettront-elles une généralisation de la télémédecine ? », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. vol. 36, no. 2, 2018, pp. 145-151.
- Habib J., Yatim F., Sebai J., Analyse des facteurs influençant l'émergence des pratiques de télémédecine : le cas des Maisons de Santé en France, dans *Systèmes d'information et management* 2019/1 (Volume 24), pages 47 à 85
- Cuissette S., *La téléconsultation, un nouvel outil dans le parcours de soins du patient. Les attentes et les craintes des médecins généralistes de la région des Hauts-de-France face à cette nouvelle pratique médicale*. N.p., 2019. Print.
- Allaert, F. & Quantin, C. (2018). Les applications sur smartphones permettront-elles une généralisation de la télémédecine ?. *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36(2), 145-151. doi:10.3917/jgem.182.0145.

Rapports :

- IPSOS, Global Views on HealthCare, 2018
- Vectra, Spotlight Report, 2019
- Comité National Pilote d’Ethique du Numérique, Bulletin de Veille n°3, 21/07/2020
- Société Française de Santé Digitale, 10 préconisations pour accélérer la télésanté après le Covid-19, 3 juillet 2020, disponible sur : <https://sfds-umd.fr/10-preconisations-pour-accelerer-la-tele-sante-apres-le-covid-19/>
- Legleye (S.), Rolland (A.), Une personne sur six n’utilise pas Internet, plus d’un usager sur trois manque de compétence numérique de base, Insee Premières, n°1780, octobre 2019
- Marie Anguis, Hélène Chaput, Claire Marbot, Christelle Millien et Noémie Vergier (DREES), 2018, « 10 000 médecins de plus depuis 2012 », Études et Résultats, n°1061, Drees, mai 2020

Communiqués :

- Groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies, Société française de cardiologie, communiqué, août 2020
- Caisse Nationale d’Assurance Maladie, Communiqué de presse “Croissance record du recours à la téléconsultations en mars”, 31 mars 2020, disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/20200331_-CP_Teleconsultations_Covid_19.pdf
- Caisse Nationale d’Assurance Maladie, Communiqué de presse, L’effondrement du nombre d’actes de prévention constitue un enjeu majeur de santé publique, 23 juillet 2020, disponible sur :

<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/leffondrement-du-nombre-dactes-de-prevention-constitue-un-enjeu-majeur-de-sante-publique>

- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, juillet 2020

Guide de bonnes pratiques :

- Haute Autorité de Santé - Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise : guide de bonnes pratiques - Saint Denis la Plaine : HAS; 2019