



**FACULTE D'INGENIERIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTE -ILIS
UNIVERSITE DROIT ET SANTE DE LILLE – LILLE II
UNIVERSITE SCIENCES HUMAINES – LETTRES ET ARTS DE LILLE – LILLE III
CERFEP**

**MASTER INGENIERIE DE LA SANTE
PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTE**

Mémoire de Master 2

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.**

Lille - 2018/2019

Stéphanie CUISSETTE

Directeur de mémoire : Dr Daniel DREUIL

Président du jury : Pr François PUISIEUX

Tuteur pédagogique : Dr Daniel DREUIL

Tuteurs professionnels : M. Christian HUART / M. Ronan ROUQUET

Soutenance : 7 octobre 2019

**Faculté ingénierie et Management de la Santé – ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS**

Sommaire

Remerciements

Listes des figures

Glossaires

Introduction

1. Émergence de la télémédecine en France

- 1.1. 2004 - 2011 : les balbutiements
- 1.2. 2012 - 2013 : les premières expérimentations dans le secteur hospitalier
- 1.3. 2014 - 2017 : Extension au secteur libéral et médico-social
- 1.4. 2018, inscription dans le droit commun de deux actes de télémédecine

2. Une réponse régionale ambitieuse dans la région des Hauts de France

- 2.1. Un bouquet de services numériques « Prédice »
- 2.2. La téléconsultation, le premier service mis en place

3. Des expérimentations au service du déploiement d'une solution régionale de téléconsultation.

- 3.1. La téléconsultation en médecine générale auprès de la population d'une zone médicalement sous dotée
- 3.2. La téléconsultation en médecine générale auprès des résidents en EHPAD
- 3.3. Des évolutions majeures au service de la solution régionale

4. Enquête auprès des généralistes : attentes et perception

- 4.1. Méthode
- 4.2. Résultats
- 4.3. Discussion

Conclusion

Bibliographie/sitographie

Annexes

Remerciements

Je tiens dans un premier temps à remercier le Pr François Puisieux coordinateur de ce master, master très enrichissant, qui m'a fait évoluer dans mon activité professionnelle ;

Le Dr Daniel Dreuil, Directeur de ce mémoire, pour son écoute, sa disponibilité ses ajustements tout au long de ce mémoire et d'avoir indirectement fait une supervision de mon mémoire via les nouvelles technologies ;

Le Dr Philippe Chazelle, Président de l'URPS Médecins Hauts-de-France d'avoir accepté que je poursuive cette formation dans le cadre de mon travail ;

Mme Caroline De Pauw, Directrice de l'URPS Médecins Hauts-de-France pour son soutien durant ces deux années, d'avoir initié la reprise de mes études pour une montée en compétence au sein de la structure ;

M. Christian Huart, Directeur du Groupement Sant&Numérique et tuteur professionnel de ce mémoire pour avoir accepté que je réalise mon stage au sein de sa structure et mais également pour l'accueil qui m'a été fait par les salariés ;

M. Ronan Rouquet, tuteur professionnel de ce mémoire, Responsable des Systèmes d'Information au sein de l'URPS Médecins Hauts-de-France puis Chargé de mission Système d'Information à l'ARS Hauts-de-France pour son soutien, son écoute, les temps d'échanges, l'accompagnement de ce mémoire mais également d'avoir initié mon évolution professionnelle ;

Mme Marion Gurruchaga, Responsable de l'Offre de soins au sein de l'URPS Médecins Hauts-de-France pour son soutien moral à des moments de doute et la transmission de ses petites astuces pour tenir moralement et physiquement cette deuxième année de master ;

Les médecins généralistes que j'ai interrogés, pour le temps qu'ils m'ont consacré, des échanges constructifs y en ont découlé pour faire évoluer leur pratique médicale ;

Pascal mon conjoint, pour ces deux années écoulées avec quelques concessions dans notre vie pour la réalisation de ce master, dans les moments de stress et de doute, merci pour ton soutien ;

Ma famille, mes amis, pour leur soutien sans faille ;

Enfin je termine par la promo, la rencontre de belles personnes, des moments passés en leur compagnie, ces deux années ont été très intenses mais chaque semaine, nous étions contents de nous retrouver, merci pour tout ;

Listes des figures et tableaux

Figure 1 - Présentation des 5 actes de télémedecine - source : Site du ministère de la santé	14
Figure 2- Bénéfices attendus de la télémedecine selon les différents acteurs - source DGOS « guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémedecine ». 15	15
Figure 3 - répartition des projets de télémedecine au 31 décembre 2012 - sources DGOS « la preuve par 10 : principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets de télémedecine 2013 »	18
Figure 4 - écosystème simplifié des acteurs de la télémedecine - source DGOS « la preuve par 10 : principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets de télémedecine 2013.....	18
Figure 5 - Schéma de prise en charge - téléconsultation Liancourt	38
Figure 6 - Organisation médicale d'une téléconsultation – EHPAD des Marronniers et MSP de Guise	42
Tableau 1 - Nombres de études retenues par pays - note de cadrage HAS juin 2011	19
Tableau 2 - Réseau sociotechnique Intérêts et enjeux du déploiement d'une solution régionale...	32

Glossaires

ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation de l'Offre de Soins
DMP	Dossier Médical Partagé
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ETAPES	Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
PRS	Projet Régional de Santé
PRT	Programme Régional de Télémédecine
SDRSIS	Schéma Directeur Régional des Système d'Information en Santé
SROS	Schéma Régional de l'Offre de Soins
TIC	Technologies de l'information et de la communication
URPS IDE	Union Régionale des Professionnels de Santé Infirmiers Diplômés d'Etat
URPS ML	Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux
VNI	Ventilation Non Invasive

Introduction

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) de 2009¹ a défini la télémédecine comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication...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 ». Le décret du 19 octobre 2010² a présenté les 5 actes de télémédecine, à savoir :

- **la téléconsultation** : a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. À noter que les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n°856772 du 25 juillet 1985 peuvent également être présents auprès du patient ;
- **la téléexpertise** : a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
- **la télésurveillance médicale** : a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant de prendre des décisions relatives à la prise en charge de patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;
- **la téléassistance médicale** : 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.
- **la régulation médicale** qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L.6311-2 et au troisième alinéa de l'article L.6314-1

¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

² Décret n°201061229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Le système de santé doit faire face au vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et des polypathologies, à une répartition inégale des professionnels de santé sur le territoire national mais également au contrainte budgétaire. Pour les pouvoirs publics, le déploiement et l'usage de la télémedecine permettraient d'améliorer la performance du système de santé et plus précisément d'améliorer l'accès à des soins de qualité pour la population sur l'ensemble des territoires notamment en zones médicalement sous dotées, d'améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux mais également améliorer le parcours de soins des patients.

En France métropolitaine, des projets de télémedecine ont émergé. Au 31 décembre 2012, un premier bilan des expérimentations, réalisé par la DGOS, soulignait que 4% des projets étaient extrahospitaliers et un projet sur deux était opérationnel. Les projets de télémedecine concernant majoritairement un établissement de santé, en 2013, la DGOS a souhaité déployer la télémedecine en milieu libéral.

Depuis 2014, dans la région des Hauts-de-France, différents projets de télémedecine impliquant des professionnels de santé libéraux ont émergé.

Une première initiative, un projet sur le suivi des plaies complexes à domicile dans le département de l'Oise donnait la possibilité à un infirmier libéral de réaliser un cliché d'une plaie avec une tablette tactile et de l'envoyer à un dermatologue du Centre Hospitalier de Compiègne/Noyon pour obtenir les recommandations de la prise en charge.

Puis une autre expérimentation a été mis en place en 2015, la téléexpertise en dermatologie sur les suspicions de tumeurs cutanées donnant la possibilité à un médecin généraliste dans un premier temps via son ordinateur puis en 2018 via une application smartphone de demander l'avis à un dermatologue libéral et ainsi obtenir une conduite à tenir, un diagnostic sous sept jours. Depuis le lancement de ce projet, plus de cinq cents actes ont été réalisés, les trois quarts des demandes ont été rendues en moins de 48 heures. Des lésions malignes, précancéreuses et des lésions douteuses ont pu être prises en charge précocement. À ce jour deux cent cinquante médecins et trente dermatologues utilisent cette application.

En 2018 sous l'impulsion d'un pneumologue libéral, la télésurveillance des patients insuffisant respiratoire sous ventilation non invasive (VNI) dans le cadre du programme ETAPES³ a été mis en place permettant aux pneumologues de suivre leurs patients sur une plateforme unique.

Enfin deux expérimentations de téléconsultation en médecine générale l'une dans le département de l'Oise et l'autre dans le département de l'Aisne ont été mises en place. Afin de dynamiser le territoire, et attirer de nouveaux professionnels de santé sur le territoire du liancourtois, à l'initiative d'un médecin généraliste de la commune de Liancourt (département de l'Oise), le projet d'une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) a émergé en janvier 2018. Pour rappel, ce concept de coordination, contribue à assurer l'accès aux soins de la population et favoriser la coordination entre les professionnels de santé tout en améliorant la qualité de la prise en charge. Afin d'avoir une reconnaissance de cette structuration, les professionnels de santé doivent le formaliser au travers d'un projet de santé. Ce document doit comporter certains éléments définis dans le cahier des charges national⁴. Parmi les missions de la MSP, les professionnels de santé souhaitaient développer la télémédecine, des médecins généralistes ayant une expérience positive sur cette thématique certains d'entre eux participaient à l'expérimentation de téléexpertise en dermatologie. Le projet de MSP ayant fédéré un grand nombre des professionnels de santé du territoire et avec l'émergence des communautés professionnelles territoriales de santé, les professionnels de santé ont travaillé en parallèle sur la mise en place de ce concept de coordination. Les « CPTS ont pour rôle de coordonner les professionnels d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre à des problématiques communes : organisation des soins non programmés, coordination ville-hôpital, attractivité médicale du territoire, coopération entre médecins et infirmiers pour le maintien à domicile... »⁵. Afin de répondre au problème d'accès aux soins à la population, et à l'initiative d'une municipalité, les professionnels de santé de la CPTS ont expérimenté la téléconsultation en Médecine Générale. C'est ainsi que ce premier projet s'est constitué. Dans le cadre de ces CPTS, le territoire est à définir, territoire sur lequel la coordination va se déployer en essayant de répondre aux enjeux et aux problématiques de santé. Le territoire selon Alexandre Moine est défini comme un « ... système [...] Le territoire

³ Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours de santé – arrêté du 11 octobre 2018 portant sur les cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n°2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018

⁴ Circulaire du 27 juillet 2010 n°EATTV1018866C faisant référence aux articles L6323-3 et L1434-2 du code de santé publique

⁵ Extrait du site internet du ministère des solidarités et de la santé

doit aujourd'hui être abordé de manière globale tant la recherche de consensus est nécessaire à toutes les étapes de son aménagement et de son utilisation. Les outils mis en œuvre à l'heure actuelle doivent intégrer sa diversification et sa complexification en coordonnant notamment les dimensions sociales, économiques et environnementales... »⁶.

Lors de la définition d'un territoire, au-delà de la superficie, il faut prendre en compte les différentes dimensions le caractérisant.

Le deuxième projet a été développé entre deux médecins généralistes de Guise (département de l'Aisne) et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) « les Marronniers » située à La Vallée au blé dans l'Aisne. Ces médecins généralistes devaient faire plus de vingt minutes de trajet pour se rendre à l'EHPAD. Afin d'optimiser le temps médical et apporter une réponse plus rapide aux résidents, ces deux professionnels ont souhaité expérimenter la téléconsultation en médecine générale.

Ces deux projets ont été développés avant l'entrée dans le droit commun de la téléconsultation à savoir le 15 septembre 2018, afin d'expérimenter deux modes de fonctionnement, l'utilisation de la téléconsultation auprès de l'ensemble de la population d'un territoire et l'autre auprès de résidents d'un EHPAD.

Malgré le virage numérique annoncé et les textes de loi incitant la mise en place d'expérimentations, la télémédecine peine à se développer. Les médecins ne se sont pas emparés de la thématique malgré les différentes mesures, arrêtés, textes de loi. Pour favoriser l'essor de la télémédecine, le gouvernement a légiféré pour la mise en place d'expérimentation en proposant des modèles de rémunération qui ont certainement freiné l'appropriation de cet outil dans la pratique médicale. Par ailleurs, en France, il est fréquemment rappelé que certains territoires sont médicalement sous dotés. Malgré toutes les incitations à l'installation certains territoires restent dépourvus en médecin. Afin de favoriser l'essor de cette nouvelle pratique, le gouvernement a promotionné la télémédecine comme un outil permettant de répondre aux inégalités territoriales en améliorant l'accès aux soins. Cette utilité donnée à cette nouvelle pratique n'est pas forcément le ressenti des médecins et peut créer un point de blocage et de réticence à son utilisation. Depuis l'entrée dans le droit commun de la téléconsultation, des startups se sont emparées de ce créneau, proposant une organisation de la téléconsultation avec des médecins requis répartis sur le territoire national pouvant potentiellement déstabiliser le territoire sur lequel est implanté la

⁶ Le territoire comme système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie – Alexandre Moine – Espace géographie 2006/2 tome 35 pages 115 à 132

solution, fragiliser l'organisation des soins et le parcours de soins du patient. Donnant potentiellement un caractère déshumanisant à la téléconsultation si le patient n'a plus la possibilité de voir en présentiel un médecin.

Nous pensons que l'intégration de la téléconsultation sur un territoire doit émaner et être réalisé par des professionnels de santé du territoire défini avec si possible le soutien des politiques pour favoriser son intégration. La téléconsultation sera un outil supplémentaire dans la prise en charge des patients. Pour que cette nouvelle pratique puisse s'intégrer au mieux dans l'exercice des médecins, il convient de vérifier que la téléconsultation apporte une plus-value dans la prise en charge des patients et réponde aux attentes des médecins en matière d'efficience des soins. Cette nouvelle pratique peut favoriser l'accès aux soins et lutter contre les ruptures mais ne peut être la seule réponse.

Dans le cadre ce mémoire, nous débuterons par la réalisation d'un historique des différents textes législatifs relatifs à la télémédecine et essaierons de comprendre pourquoi cette pratique peine à se développer dans les pratiques médicales. Puis dans un second temps, nous ferons un zoom sur la région des Hauts-de-France notamment sur la politique volontariste des institutions dans le cadre de la e-santé, en prenant comme exemple le déploiement d'une solution de téléconsultation sur ce territoire puis nous présenterons les deux expérimentations de téléconsultation en médecine générale dans l'Oise et dans l'Aisne. Enfin, dans la dernière partie nous tenterons de comprendre de façon plus macro les attentes et les craintes des médecins généralistes concernant l'arrivée de la téléconsultation dans les pratiques médicales au travers d'une étude qualitative.

1. Émergence de la télémédecine en France

1.1. 2004 - 2011 : les balbutiements

En 2004, première définition de la télémédecine au travers de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie⁷, qui présente cette pratique comme « permettant entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous 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 ».

En 2008, dans le cadre d'un rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins⁸, Pierre Simon et Dominique Acker, à la demande de Madame Annie Podeur, directrice de la DHOS, ont réalisé un état des lieux des pratiques de télémédecine, les freins de son développement en France, en formulant des préconisations pour une amélioration de son déploiement en vue du futur projet de loi Hôpital Patient Santé et Territoire de 2009. Ce rapport mettait en avant que la plupart des projets de télémédecine en France n'étaient pas encore opérationnels, les freins au développement étaient le caractère expérimental du fait de l'absence de protocoles dans le cadre de son utilisation et dans l'intégration des pratiques médicales mais également l'absence d'un financement pérenne empêchant le développement. Des préconisations ont donc été faites en direction des autorités politiques, des professionnels de santé, des usagers et des patients comme notamment :

- Faire du développement de la télémédecine une priorité en définissant les actes de télémédecine et rendant obligatoire le volet télémédecine des SROSS⁹
- Améliorer et préciser le cadre juridique de la télémédecine
- Développer la télémédecine dans les territoires isolés
- Organiser un financement clair et suffisant pour accompagner son déploiement
- Rendre possible la généralisation des plateformes de télésanté régionales avec un impératif la sécurisation des données médicales informatisées
- Des outils de pilotages et d'évaluation afin de rendre lisible les apports de la télémédecine
- Mettre en œuvre une formation initiale dès la faculté de médecine et au sein des IFSI
- Intégrer la télémédecine dans l'éducation thérapeutique des usagers atteints de maladies chroniques

⁷ Article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie

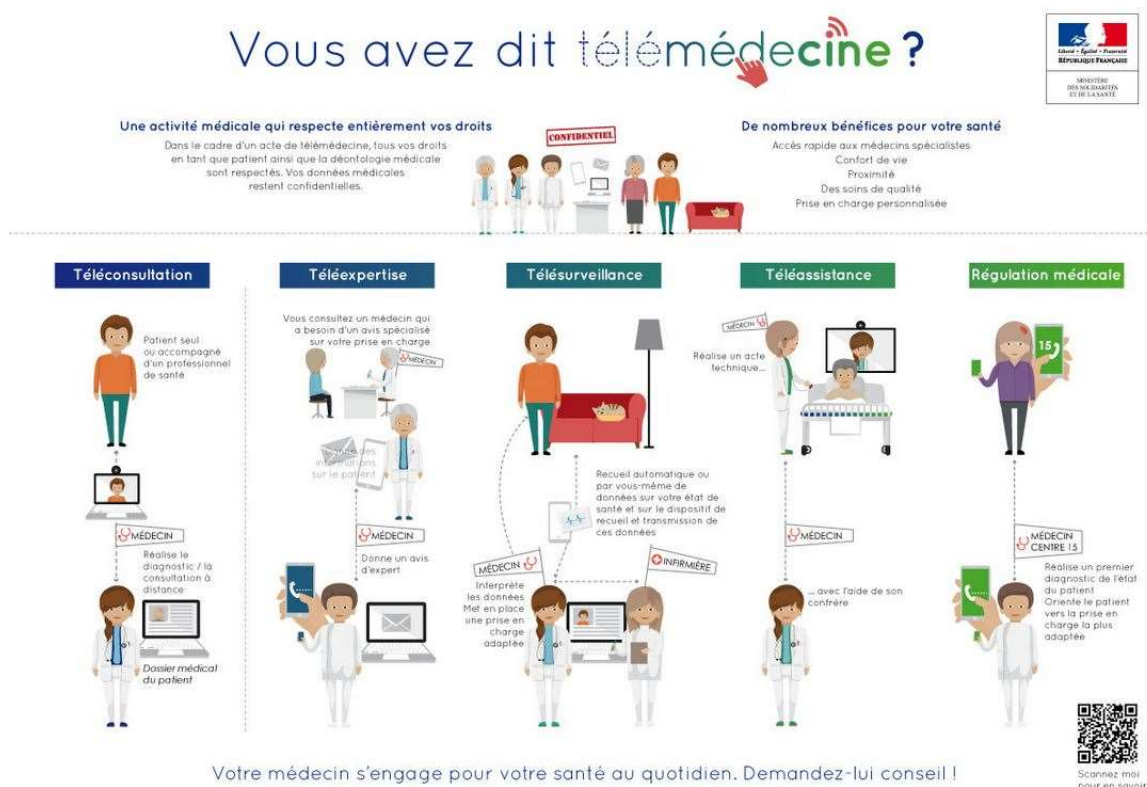
⁸ Rapport « la place de la télémédecine dans l'organisation des soins – Pierre Simon et Dominique Acker - 2008

⁹ Schéma régional d'organisation sanitaire : Issu de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, le SROS participe à la planification sanitaire

- Envisager des nouveaux métiers en lien avec la télémédecine, notamment pour le maintien de la personne âgée à domicile.

Suite à ce rapport et dans le cadre de la loi « Hôpital patient santé et territoire » de 2009¹⁰ la télémédecine a donc été définie comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication...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 » puis le décret du 19 octobre 2010¹¹ a présenté les 5 actes de télémédecine à savoir la téléexpertise, la téléconsultation, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale au travers du centre 15 (Figure 1 – présentation des 5 actes de télémédecine).

Figure 1 - Présentation des 5 actes de télémédecine - source : Site du ministère de la santé



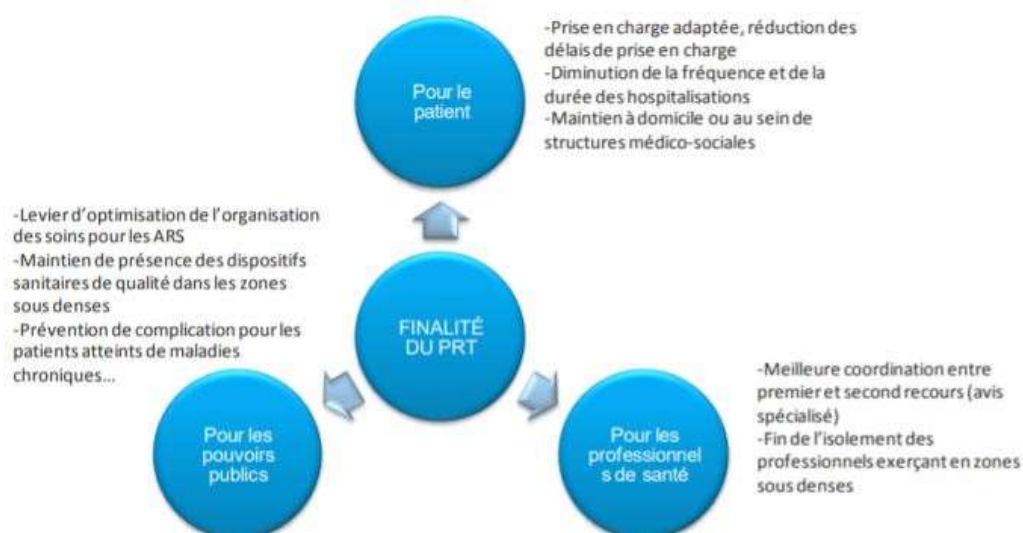
¹⁰ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹¹ Décret n°201061229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Pour favoriser l'inclusion dans les pratiques, le décret du 18 mai 2010¹², relatif au Projet Régional de Santé (PRS)¹³, soulignait qu'un projet régional de télémédecine (PRT) devait être établi pour définir les orientations de la télémédecine en région selon les axes retenus dans le schéma d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et de prévention.

Le PRT définit ainsi les actions et les financements permettant la mise en œuvre du PRS, les résultats attendus des actions, les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation, le calendrier de mise en œuvre des actions prévues et enfin les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions. Les objectifs attendus du développement des usages de la télémédecine ont été définis pour les patients, les professionnels de santé et les pouvoirs publics (*figure 2 – bénéfices de la télémédecine selon les différents acteurs*).

Figure 2- Bénéfices attendus de la télémédecine selon les différents acteurs - source DGOS « guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine »



Pour faciliter l'élaboration d'un PRT en région et pour aider les Agences Régionales de Santé, la DGOS a établi en 2011, un guide méthodologique¹⁴. Ce guide rappelait également les différents modes de financement mobilisables pour développer les projets à savoir un financement de l'investissement initial ou ponctuel (financement européen/national/local) et le financement du fonctionnement récurrent à savoir la tarification des actes de

¹² Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé

¹³ Objectifs du PRS : le PRS portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

¹⁴ Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine – DGOS 2011

télémédecine intégrée au droit commun du financement des structures professionnels de santé et des structures médico-sociales¹⁵.

Les textes de loi ont défini la télémédecine et les orientations stratégiques pour essayer de déployer cette nouvelle pratique auprès des professionnels de santé en s'appuyant sur les recommandations de Pierre Simon et Dominique Acker. Au travers de ces recommandations, il avait été jugé nécessaire de proposer un financement clair et suffisant pour accompagner son déploiement afin de favoriser l'émergence d'expérimentations pour que les médecins puissent s'approprier l'outil.

1.2. 2012 - 2013 : les premières expérimentations dans le secteur hospitalier

Le gouvernement avait établi cinq priorités nationales pour déployer la télémédecine dans le cadre du PRT et pour chacun les objectifs attendus. Les priorités étaient les suivantes :

- **Permanence des soins en imagerie** : permet d'assurer la continuité et la permanence des soins dans le cadre de la pénurie des radiologues et l'accroissement de la demande des examens de radiologie ; Un radiologue peut interpréter à distance des examens radiologiques en temps réel (téléconsultation), en différé (la téléexpertise).
- **Prise en charge de l'AVC** : permet de prendre en charge des AVC précocement afin d'éviter l'extension des lésions cérébrales et l'apparition des déficits et des séquelles. La mise en place de la télémédecine peut contribuer à optimiser les conditions d'accès tant en urgence que dans le suivi des patients, peu importe le lieu et le territoire de la survenue de l'AVC, à une structure assurant la prise en charge initiale dans les conditions de sécurité et à une organisation performante, notamment d'améliorer la fiabilité des diagnostics, d'assurer des décisions thérapeutiques mais également une prise en charge adaptée avec un bénéfice immédiat pour le patient.
- **Santé des personnes détenues** : le développement de la télémédecine au sein des établissements pénitentiaires permet de faire bénéficier la qualité et la continuité des

¹⁵ Code de la sécurité sociale : article L.162-1-7 (dispositions générales relatives aux prestations de soins), L.162-14-1 (dispositions relatives aux relations conventionnelles), L.162-22-1 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en SSR et psychiatrie), L.162-22-6 (dispositions relatives aux frais d'hospitalisation en MCO) et L. 162-32-1 (dispositions relatives aux centres de santé)

soins avec l'accès à certaines spécialités. Les extractions peuvent donner lieu à de nombreux obstacles notamment la distance, l'escorte à mettre en place dont le coût est estimé à 700 euros, les moyens de transports et la sécurisation.

- **Prise en charge d'une maladie chronique** : La télémédecine permet de mettre en place de nouvelles prises en charge de soins favorisant la coordination entre les patients atteints d'une maladie chronique, les paramédicaux et les médecins. Les maladies chroniques pouvant être pris en charge en télémédecine sont l'insuffisance cardiaque chronique, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle, la surveillance du diabète, l'apnée du sommeil et l'insuffisance respiratoire chronique.
- **Soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile** : le développement de la télémédecine permet de maintenir, voire d'étendre la couverture médicale d'un territoire en offre de soins pour la spécialité de médecine générale et les autres spécialités, diminuer les hospitalisations et donc potentiellement une dégradation de l'état de santé et de l'autonomie, éviter ou limiter pour les résidents fragiles les transports et déplacements qui peuvent perturber le résident et générer un coût non négligeable et enfin faciliter l'accès à des soins après un épisode d'hospitalisation.

Pour contribuer au déploiement de la télémédecine en France, un plan national de déploiement de la télémédecine¹⁶ a été communiqué en mars 2012. Ce plan national devait permettre de développer les usages de la télémédecine, de proposer un modèle de déploiement d'un point de vue technique et économique réalisable, de capitaliser et valoriser les projets existants ainsi que leurs impacts en proposant une méthode d'accompagnement et de suivi des projets. Ce document permettait de donner une visibilité à tous les acteurs concernés du cadre et des démarches à réaliser.

Après la parution de ces différents outils, des expérimentations ont émergé. Au 31 décembre 2012, selon la DGOS¹⁷, 331 projets de télémédecine ont été recensés sur l'ensemble du territoire (*figure 3 – répartition des projets par région – source DGOS*). Un projet sur deux était en phase opérationnelle assurant la prise en charge effective de

¹⁶ Plan national de déploiement de la télémédecine « recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine – déploiement technique : urbanisation et infrastructure » Mars 2012 DGOS

¹⁷ « La preuve par 10 : principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets de télémédecine 2013 » - DGOS

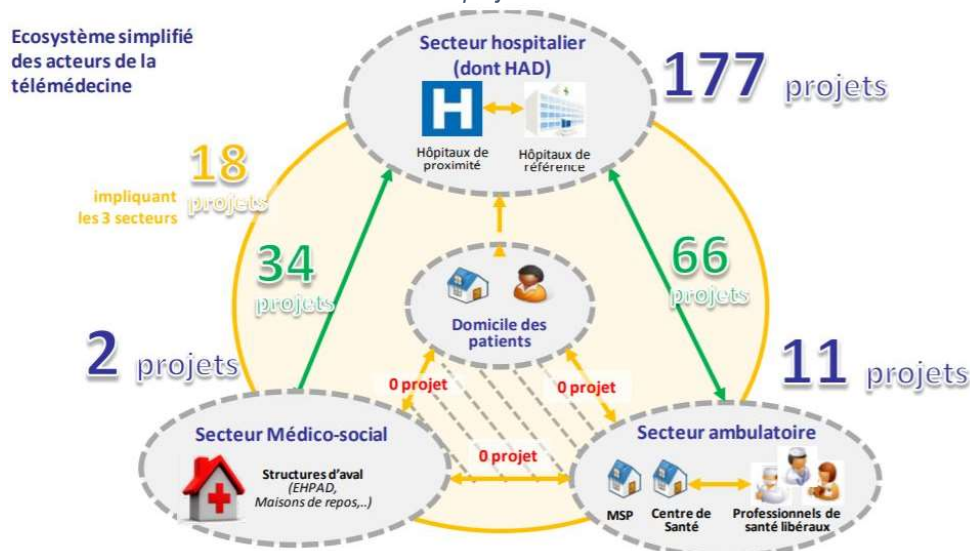
patients (3/4 des projets destinés à tout public et 1/3 pour des personnes âgées). 78% des projets de télémédecine concernaient une activité de téléconsultation et/ou de téléexpertise.

Figure 3 - répartition des projets de télémédecine au 31 décembre 2012 - sources DGOS « la preuve par 10 : principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets de télémédecine 2013 »



Parmi tous ces projets, 53% étaient exclusivement hospitaliers et 96% concernaient au moins un établissement de santé (figure 4 – écosystème simplifié des acteurs de la télémédecine – source DGOS). Peu d'acteurs du secteur libéral ne s'étaient emparés de la thématique.

Figure 4 - écosystème simplifié des acteurs de la télémédecine - source DGOS « la preuve par 10 : principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets de télémédecine 2013



Ce rapport mettait en exergue les principaux facteurs de déploiement et de pérennisation des projets de télémédecine identifiées par la DGOS à savoir la fédération des acteurs autour du projet médical avec des objectifs communs et l'appui à la maîtrise d'ouvrage

expérimentée d'un point de vue technique et métier pour accompagner les acteurs. Les principales difficultés lors du déploiement étaient la réticence des acteurs libéraux à s'engager sur des projets de télémédecine notamment par l'absence de visibilité sur la rémunération des actes de télémédecine, mais aussi par la complexité de la coordination des projets interrégionaux.

Les projets étaient majoritairement orientés sur les priorités nationales à savoir la prise en charge de l'AVC, l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque et les plaies chroniques.

En parallèle, la Haute Autorité de Santé avait été missionnée à la demande de la DGOS 2011 pour réaliser un état des lieux des études d'évaluation médico-économique de la télémédecine afin d'alimenter les réflexions sur l'efficacité de cette nouvelle forme de pratique, définir les axes de déploiement et identifier les modèles de financement. Il était également question de proposer un cadre d'évaluation médico-économique pour favoriser la mise en œuvre d'évaluations. Une note de cadrage¹⁸ avait d'ailleurs été réalisée mettant en avant qu'en France, très peu d'évaluations économiques avaient été menées sur les expérimentations en télémédecine contrairement aux pays étrangers. Sur les quatorze études identifiées en France, seules sept études avaient été retenues (tableau 1).

Tableau 1 - Nombres de études retenues par pays - note de cadrage HAS juin 2011

Pays	Nombre de références identifiées	Nombre de références retenues
France	14	7
Europe (hors France)	134	58
Canada	39	19
Japon	13	6
Australie	39	16
USA	359	54
Autres	54	17
Total	652	177 (27,14%)

Les conclusions de cette mission ont donné lieu à un rapport en 2013¹⁹ mettant en avant l'existence quasi exclusive de projets étrangers, une faiblesse concernant la qualité méthodologique et une forte hétérogénéité des projets de télémédecine. Il était donc impossible de proposer une classification des pratiques de télémédecine identifiées comme efficiente. La HAS ne pouvait pas formuler des orientations pour guider des choix politiques de déploiement mais également des réflexions sur les modalités de financement de la

¹⁸ Note de cadrage « efficacité de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation » Haute Autorité de santé – Juin 2011

¹⁹ Efficacité de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation – rapport d'évaluation médico-économique – HAS – Juillet 2013

télémédecine en France. Cependant, il a été mis en avant que le déploiement de la télémédecine devait se baser sur le contexte et répondre à la problématique médicale. Chaque problématique étant différente d'un territoire à l'autre, il était donc difficile de réaliser des comparaisons entre les différents projets mis en place.

Au vu de l'enquête de la DGOS, 96 % des projets étaient issus de l'hôpital et un projet sur deux était opérationnel. Les médecins libéraux ne sont pas emparés de la thématique à cause de l'absence de visibilité concernant la rémunération des actes de télémédecine, malgré les préconisations du rapport de Pierre Simon et Dominique Acker en 2008 à ce sujet. Sans une rémunération de l'activité de télémédecine, l'intégration de cette pratique novatrice dans l'exercice médicale des médecins libéraux, payés à l'acte, pouvait paraître complexe.

1.3. 2014 – 2017 : Extension au secteur libéral et médico-social

Pour relancer le déploiement de la télémédecine, la HAS a publié une « grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine »²⁰. Cette grille présentait les quatre phases pour déployer une expérimentation à savoir : la conception, le déploiement, la réalisation de l'activité de la télémédecine et les retours d'expérience et enfin l'évaluation du projet. Cette grille avait pour objectif de constituer une aide pour les futurs porteurs de projet. Il était évoqué la sécurité de la prise en charge au niveau informatique, logistique, organisationnelle et éthique.

En 2014, pour favoriser l'émergence d'expérimentations de télémédecine dans le secteur libéral et secteur médico-social, la DGOS a souhaité mettre en avant le déploiement de la télémédecine hors de l'hôpital en présentant la télémédecine comme un outil au service du premier recours avec une logique de parcours. Les enjeux étaient d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé, recentrer l'organisation du système de santé autour du parcours de la personne, lutter contre les déserts médicaux. Pour faciliter, les

²⁰ Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine – évaluation et amélioration des pratiques - HAS Juin 2013

expérimentations en secteur libéral un premier modèle de rémunération des actes de télémédecine avait été proposé.

L'article 36²¹ de la loi de financement de la sécurité sociale a été promulguée pour favoriser le déploiement des expérimentations de télémédecine en dehors de l'hôpital. Ces expérimentations devaient être mises en place dans neuf régions pilotes. Afin de les définir, un appel à candidature²² avait été lancé auprès des ARS. Les régions pilotes sélectionnées²³ avaient la possibilité pour une durée de quatre ans à compter du 1^{er} janvier 2014 de mettre en place des expérimentations portant sur la réalisation d'actes de télémédecine pour les patients souffrants de plaies chroniques et/ou complexes pris en charge en médecine de ville ou en structure médico-sociales, en vue d'une généralisation conformément à l'arrêté du 17 avril 2015²⁴. La HAS était missionnée pour réaliser l'évaluation. Dans le cadre expérimental initial, il était prévu l'élaboration d'autres cahiers des charges en fonction de cinq thématiques à savoir la dermatologie, la gériatrie, la psychiatrie, la néphrologie et la cardiologie.

Le cahier des charges présentait les objectifs et le périmètre des expérimentations, les missions et les engagements des acteurs impliqués dans la prise en charge par télémédecine des patients souffrant de plaies chroniques et/ou complexes, les missions et engagements des organismes de tutelle et le premier modèle de rémunération et enfin les modalités pour l'évaluation des expérimentations.

Le modèle de rémunération proposé jugé non adapté par les acteurs, peu d'expérimentations ont été mises en place. Ces expérimentations concernant les actes de téléconsultation et de téléexpertise pouvaient être réalisées dans le cadre de protocole article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009²⁵ et la rémunération proposée pour la téléconsultation était de 28 euros par acte (pour le médecin requis ou l'IDE requis) et 14 euros pour la téléexpertise (pour le médecin requis ou l'IDE requis). Il n'est pas fait référence

²¹ Article 36 de loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de la loi de financement de la sécurité sociale

²² Instruction n°DGOS/PF3/DSS/1B/2014/17 du 17 janvier 2014 relative au dossier de candidature et aux critères de sélection des ARS pilotes en vue de leur participation aux expérimentations en télémédecine prévues à l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

²³ Les 9 régions pilotes : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de La Loire et Picardie

²⁴ Arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

²⁵ Article 51 loi HPST protocole de coopération : expérimentation de nouvelles organisations en santé portant sur la coordination du parcours de santé, la pertinence et la qualité des prises en charge sanitaire, social ou médico-social, la structuration des soins ambulatoires et l'accès aux soins afin d'inciter la coopération entre les acteurs sur des nouveaux modes de financements

à la rémunération de l'acte pour le médecin requérant ou le paramédical accompagnant, ce qui signifie une absence de rémunération pour ces derniers.

L'arrêté du 17 avril 2015 a été abrogé par l'arrêté du 28 avril 2016 portant sur le cahier des charges relatives à la prise en charge de la téléexpertise et la téléconsultation²⁶ issue de l'article 36 a abrogé. Au travers de ce cahier des charges, le périmètre des expérimentations a été élargi auprès des patients présentant une ou plusieurs affections de longue durée ou résident en structure médico-sociale. Cet arrêté a également revu les modalités de rémunération.

Dans le cadre de la téléconsultation le professionnel de santé requis était rémunéré dans la limite de trois actes par patient et par an, à 26 euros pour un médecin généraliste effectuant des activités de gériatre, 28 euros pour un médecin spécialiste (sauf gériatre et psychiatre) et 43,70 euros pour maximum cinq actes et par patient pour un psychiatre ou un gériatre. Les professionnels réalisant les actes dans le cadre d'un protocole de l'article 51 de la loi HPTS pouvaient bénéficier de ces trois modèles de rémunération. Aucun modèle de rémunération n'était encore proposé pour le médecin requérant.

Pour la téléexpertise, la rémunération était de 40 euros par an et par patient à partir d'une téléexpertise réalisée et peu importe le nombre réalisé. Le nombre de patient pris en charge dans le cadre de la téléexpertise ne pouvait excéder cent patients par an et par professionnel de santé.

Enfin pour la télésurveillance d'autres arrêtés ont été publiés notamment l'arrêté du 6 décembre 2016 concernant les cahiers des charges télésurveillance des patients insuffisants cardiaques chroniques, insuffisants rénaux chroniques et insuffisants respiratoires chroniques, l'arrêté du 25 avril 2017 concernant le cahier des charges télésurveillance du diabète et enfin l'arrêté du 14 novembre 2017 portant sur le cahier des charges télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique.

Le 30 janvier 2017, la HAS en charge de l'évaluation des différentes expérimentations mises en place dans le cadre de l'article 36 au travers de son rapport a indiqué que « le démarrage

²⁶ Arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

des expérimentations n'étant pas effectif à ce jour, la HAS n'a pas été en mesure d'en réaliser l'évaluation »²⁷. Par ces mots la HAS soulignait l'échec des expérimentations. Elle ne disposait pas d'information nécessaire pour évaluer ces expérimentations, peu de projets étaient fonctionnels et permettaient de disposer de données pour l'évaluation. Cette évaluation s'est donc transformée en un rapport préalable retraçant les principales étapes de l'élaboration des cahiers des charges des expérimentations et les différents projets mis en place.

Pour essayer de relancer le déploiement d'expérimentation en téléconsultation, l'arrêté du 10 juillet 2017 proposait un forfait structure pour les sites demandeurs des établissements de santé et médico-sociaux, les centres de santé et aux maisons de santé pluriprofessionnelles permettant de financer entre autres le matériel mais également la réalisation de cinquante téléconsultations à réaliser sur douze mois permettant ainsi de rémunérer l'accompagnement du patient. Le montant alloué était de 28 000 euros. Les établissements souhaitant en bénéficier, devaient répondre à un appel à candidature et démontrer que la mise en place au sein de leur structure permettrait de prendre certains actes mais également éviter les transports.

Quelques mois plus tard, il y a eu la promulgation de l'article 54²⁸ relatif aux expérimentations de télésurveillance, projets pouvant être mis en place à compter du 1^{er} janvier 2018 pour une durée maximale de quatre ans. Ce même article abrogeait également l'article 36²⁹. Le programme ETAPES³⁰ était donc reconduit pour favoriser la coordination des différents acteurs notamment entre la télésurveillance médicale, le fournisseur de la solution technique mais également l'accompagnement thérapeutique. Ces expérimentations permettaient aux acteurs de trouver une organisation efficiente pour cet acte de télémedecine. Pour ce faire, cinq cahiers des charges³¹ ont été établis pour la prise en charge des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique, des patients diabétiques, des patients insuffisants cardiaques chroniques,

²⁷ Expérimentations relatives à la prise en charge par télémedecine – article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 - HAS – septembre 2016

²⁸ Article 54 de la loi N° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

²⁹ Article 36 de la loi N° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

³⁰ Expérimentations de télémedecine pour l'amélioration des parcours en santé

³¹ Issus de l'arrêté du 11 octobre 2018 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi no 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018

des patients insuffisants rénaux chroniques et enfin pour les patients en insuffisance respiratoire chronique.

De façon à obtenir suffisant de données pour réaliser une évaluation des expérimentations en vue de décider une généralisation de la télémédecine, l'article 91 de la loi de finance de la sécurité sociale de 2017, a donc prorogé d'un an les expérimentations dans le cadre de l'article 36 et a élargi le cadre des expérimentations de télémédecine à l'ensemble du territoire. Au terme des expérimentations, un rapport au parlement validé par la HAS³² a été transmis en 2017. Ce document présentait toutes les évolutions dans le cadre de l'article 36 en vue d'une généralisation de la télémédecine.

De 2014 à 2017, pour favoriser la mise en place des expérimentations, différents arrêtés, cahiers des charges ont été promulgués notamment pour que les professionnels de santé libéraux s'approprient cette nouvelle pratique. Cependant, les modèles de rémunérations préfigurateurs proposés étaient jugés insuffisants pour les actes de téléconsultation et téléexpertise pour les médecins requis. Les accompagnants passaient d'aucune rémunération, à une valorisation proposée dans le cadre du forfait structure. L'établissement était en charge de définir le montant au travers des 28 000€ accordée pour la réalisation de cinquante actes de téléconsultation. La HAS était dans l'incapacité de réaliser l'évaluation des expérimentations dans le cadre de l'article 36 faute de projets non opérationnels proposés dans les 9 régions sélectionnées. L'article 36 étant abrogé par l'article 91 pour proposer un autre modèle de rémunération, est-ce que ce modèle permettra l'essor de la télémédecine ?

1.4. 2018, inscription dans le droit commun de deux actes de télémédecine

Afin de faciliter l'accès aux soins, le 13 octobre 2017, Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la Santé promulguait un plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires afin de trouver des solutions aux problématiques identifiées par les patients, les élus et les

³² Rapport au parlement sur les expérimentations en télémédecine DGOS - 2017

professionnels de santé. Ce plan devait être construit et mis en œuvre avec les ARS et les partenaires institutionnels régionaux. Il s'articulait autour de quatre axes prioritaires dont le deuxième point portait sur « la mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances ».

Les priorités étaient les suivantes :

- **Inscrire la télémédecine dans le droit commun des 2018** : lancement des négociations conventionnelles pour permettre de définir une tarification pour la téléconsultation et la télé-expertise.
- **Accompagner l'équipement des établissements médico-sociaux, des établissements de santé (dont les hôpitaux de proximité), des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé dans le déploiement de la télémédecine** : Les EHPAD et toutes les zones sous-denses d'ici 2020 seront équipés d'un matériel permettant de réaliser des téléconsultations
- **Faire émerger les territoires digitaux** : avec la généralisation du Dossier médical personne (DMP) en 2018, développer des services numériques pour faciliter les échanges d'information et la coordination entre les professionnels, développer la compatibilité entre les logiciels métiers des professionnels de santé et enfin généraliser les possibilités de prises de rendez-vous en ligne pour les hôpitaux et les structures ambulatoires.

En parallèle en octobre 2017, trois délégués nationaux à l'accès aux soins avait été nommés pour faire remonter de chaque territoire les expériences réussies mais aussi d'identifier les difficultés rencontrées afin de permettre la mise en œuvre du plan pour un égal accès aux soins. Un rapport a été remis le 15 octobre 2018³³ à la Ministre des Solidarités et de la santé, mettant en avant six axes dont le troisième portait sur le déploiement de la télémédecine en mettant en avant trois points de vigilance :

- Cohérence des projets avec l'organisation territoriale des soins
- Accompagnement des professionnels de santé et l'information des patients avec cette nouvelle forme de prise en charge
- La possibilité pour les autres professionnels de santé d'accompagner les téléconsultations et de recourir à la téléexpertise.

³³ Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins – Elisabeth Doineau, Thomas Mesnier, Sophie Augros – Octobre 2018

Conformément à l'une des priorités pour l'égal accès aux soins, au travers de la loi de finance de la sécurité sociale pour 2018, le gouvernement a confié à l'Assurance Maladie et aux syndicats professionnels de définir les modalités des actes de téléconsultation et la téléexpertise.

En juin 2018, l'avenant 6 à la convention médicale d'août 2016³⁴ a été signé par quatre syndicats sur cinq représentants des médecins libéraux et l'assurance maladie. La signature de cette convention permettait le déploiement des actes de téléconsultation à compter du 15 septembre 2018 et à partir février 2019 des actes de téléexpertise pour une certaines catégories de patients (affection longue durée, atteints de maladies rares, résidant en zones dites sous denses et sans médecin traitant désigné, résident en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales et les détenus. Un calendrier courant 2020 devrait être publié pour le déploiement de la téléexpertise à l'ensemble des patients.

Le médecin serait rémunéré pour une téléconsultation au tarif de 25 euros comme une consultation en face à face et 30 euros pour certains types de consultations. Pour faciliter son déploiement deux aides financières à l'équipement pouvaient être versées via le forfait structure 350 euros pour l'équipement de vidéotransmission et de 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés.

Les conditions pour que le patient soit remboursé, la téléconsultation doit être réalisée dans le respect du parcours de soins, orienter par le médecin traitant quand cet acte ne peut pas être réalisé par ce dernier. Le médecin téléconsultant doit avoir vu en consultation présentiel le patient dans les douze derniers mois qui précèdent la téléconsultation. Néanmoins l'orientation par le médecin traitant n'est pas requise pour les enfants de moins de 16 ans pour les spécialités d'accès direct (pédiatre, gynécologue, ophtalmologue, psychiatre et stomatologue), pour les patients ne disposant pas de médecin traitant et dans le cadre des situations d'urgence. Il est également mentionné que dans le cas de doubles exceptions, le patient doit se rapprocher d'une organisation territoriale de soins coordonnés type communauté professionnelle territoriale de santé, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé ou équipe de soins primaires.

³⁴ Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant no 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 et l'arrêté du 16 août 2018 complétant l'annexe de l'arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

Pour répondre aux défis auxquels est confronté le système de santé français, en septembre 2018 est annoncé par le Président de la république, la stratégie « Ma santé 2022 ». Parmi les treize engagements, l'une des mesures est d'accompagner l'essor de la télémédecine par un accompagnement territorial depuis son entrée dans le droit commun auprès des structures d'exercice coordonné, les EHPAD, les hôpitaux de proximité avec l'association d'autres professionnels de santé.

Lors d'une téléconsultation, les patients ont la possibilité d'être accompagnés par un professionnel de santé. Le 6 décembre 2018, l'avenant n°15 à la convention nationale pharmaceutique³⁵ a été signé, permettant le déploiement de la télémédecine en officine. Une participation forfaitaire a été fixée pour l'achat du matériel nécessaire pour réaliser des téléconsultations à savoir 1 225 euros pour la première année puis 350 euros les années suivantes. Un autre forfait a été prévu pour l'accompagnement en fonction du nombre de téléconsultations réalisées à savoir par an 200 euros (entre 1 et 20 téléconsultations) 300 euros (entre 21 et 30 téléconsultations) et 400 euros (plus de 30 téléconsultations). Puis le 29 avril 2019, deux des trois syndicats représentant les infirmiers libéraux ont signé l'avenant 6 à la convention nationale du 22 juin 2007 favorisant les nouveaux usages numériques en valorisant l'accompagnement des infirmiers lors de la réalisation d'actes de téléconsultation à compter du 1^{er} janvier 2020. La valorisation de l'acte est différente selon la mise en place, lors d'un soin infirmier prévu ou organisé de manière spécifique à domicile de 10 à 15 euros selon les situations.

Avec l'entrée dans le droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise, et afin d'assurer la qualité et la sécurité des actes, la Ministre des solidarités et de la santé a demandé à la HAS de « définir les situations cliniques, les champs et les publics pour lesquels les actes de téléconsultation et de téléexpertise devraient être exclus ». Une fiche mémo a été élaboré intitulée « qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise » en avril 2018³⁶.

³⁵ Avenant n°15 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

³⁶ Fiche mémo – qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise – HAS Avril 2018

En 2018, deux actes de télémedecine sont entrés dans le droit commun. La CNAM a été missionnée pour négocier avec les syndicats des professionnels de santé les modalités et la rémunération des actes de téléconsultation et de téléexpertise, rémunérations qui seraient validées par les corps représentatifs médicaux et potentiellement en adéquation avec l'activité médicale libérale.

Cependant avec l'entrée dans le droit commun, différentes entreprises ont vu l'opportunité d'avoir un nouveau marché auprès de leurs adhérents ou de la population. Les mutuelles, les assurances et les startups proposaient à leurs adhérents ce nouveau service. Différentes startups proposent la mise en place de téléconsultation avec des médecins requis basés sur le territoire national, critère à l'heure actuelle contraire à l'avenant 6. Les professionnels de santé se trouvent devant une multitude de solutions de téléconsultation pouvant rendre ainsi difficile la lisibilité et le choix d'un outil.

Cette multitude d'outil sur le marché appelle également une autre question à savoir l'interopérabilité des solutions et donc la difficulté technique de favoriser la coopération entre les professionnels de santé d'un territoire s'ils sont équipés de solutions différentes.

Nous allons nous intéresser au déploiement d'une solution de téléconsultation portée par les acteurs de la région des Hauts-de-France, région dans laquelle une politique volontariste a permis la mise en place d'une solution régionale de téléconsultation.

2. Une réponse régionale ambitieuse dans la région des Hauts de France

2.1. Un bouquet de services numériques « Prédice »

En région Hauts-de-France, suite à l'instruction du 10 janvier 2017³⁷, l'ARS a mis œuvre une stratégie régionale e-santé au travers de quatre actions :

- **La définition d'un objectif général dédié au numérique en santé au sein du Projet Régional de santé 2 (PRS2)** dont un des objectifs est de mener le défi de la révolution numérique en santé notamment le déploiement régional de services numériques ;

³⁷ Instruction n° SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région

- **La constitution d'un Comité Régional Stratégique des SI de Santé (CORSSIS)** : organisme de concertation qui a vocation d'associer les acteurs régionaux du champ de la santé numérique, à mettre en œuvre toutes les phases de l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionales d'e-santé ;
- **La mise en service programmée d'un groupement d'intérêt public « Sant&Numérique Hauts de France »** assistant à maîtrise d'ouvrage de l'ARS, le groupement Sant&Numérique participe à l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie régionale d'e-santé ; conduit les projets de la stratégie régionale de e-santé confié par l'ARS ; contribue à l'urbanisation, la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information de santé à l'échelle régionale et accompagner la convergence des initiatives locales vers la cible régionale.
- **L'élaboration d'un Schéma directeur régional des SI de Santé (SDRSIS) 2018-2023³⁸** formalisant les actions en faveur d'une révolution numérique en santé au niveau des territoires en faisant une déclinaison détaillée des services numériques en santé à mettre à disposition des acteurs du système de santé (professionnels, usagers) sur cinq ans. Les services numériques sont présentés selon cinq axes stratégiques dont l'axe deux qui concerne le développement de la télémédecine pour enrichir l'offre de soins dans les zones les moins favorisés et diminuer les délais de prise en charge. Cet axe deux comprend trois services, le service d'accompagnement à la construction de dispositifs de télémédecine s'appuyant sur les services socles, le service de formation des professionnels de santé et des patients à l'usage des dispositifs de télémédecine et enfin les dispositifs de télémédecine régionaux.

Afin de contribuer à la mise en œuvre des services identifiés dans le SDRSIS 2018-2023, et en cohérence avec les orientations nationales notamment « Ma Santé 2019-2022 », l'ARS a lancé courant 2018 le programme Prédice « Ma santé Hauts-de-France » ayant pour objectif d'offrir à l'ensemble des acteurs du système de santé un bouquet de services numériques structurés autour de 3 axes la **mise en relation** pour les rendez-vous en ligne et réaliser sa préadmission, les **services de coordination** avec le partage d'information via le dossier de coordination, l'échange d'informations via le dossier de coordination, l'échange

³⁸ Schéma Directeur Régional des Systèmes d'Informations de Santé (SDRSIS) des Hauts-de-France 2018-2023 – janvier 2018.

instantané, les parcours de situation complexe et enfin les **services de télémédecine** notamment la téléconsultation et la téléexpertise.³⁹

Ce portail serait accessible par les usagers du système de santé et des professionnels de santé que ce soit la médecine de ville, les établissements sanitaires publics et privés, les réseaux de santé ainsi que les établissements et acteurs sociaux et médico-sociaux et permettrait de disposer d'une vue consolidée des informations concernant le patient provenant des différents acteurs de sa prise en charge pour contribuer à son suivi tout au long de son parcours.

Les professionnels de santé auraient accès à un bouquet de services numériques pour faciliter la prise en charge du patient. Ce programme serait déployé en quatre étapes avec l'ouverture dans un premier temps du service de télémédecine régional, puis l'espace régional numérique - la plateforme -, les services numériques qui seront à disposition des professionnels de santé, des usagers et enfin l'ouverture d'un portail pour les usagers de la région.

Dès juin 2018, les acteurs dans la région Hauts-de-France, ont souhaité déployer une solution de téléconsultation. Cette solution est présentée comme construite par et pour les professionnels de santé de la région, conforme à l'éthique à la réglementation en vigueur en matière de sécurité des données de santé. Les acteurs ont souhaité développer une solution commune aux professionnels de santé des Hauts-de-France s'intégrant à l'exercice médical au quotidien, tout en respectant le parcours de soins du patient.

Nous allons nous intéresser à la mise en place de ce premier service. Quel a été le positionnement des acteurs, comment le projet a été construit en partant du projet initial vers la solution proposée en juin 2019.

2.2. La téléconsultation, le premier service mis en place

Le service de télémédecine étant l'un des premiers services mis en place dans le cadre du programme Prédice, nous allons nous intéresser à l'émergence de la solution régionale de téléconsultation entre les différents acteurs jusqu'aux premiers usages par les professionnels de santé de la région.

³⁹ Programme Prédice Plaquette de présentation du programme Prédice

Pour rappel la téléconsultation « a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation »⁴⁰. Ainsi, la téléconsultation peut prendre différentes formes⁴¹ :

- Une consultation directement avec le patient sur son ordinateur ou son smartphone, sans outils biomédicaux, avec usage obligatoire de la vidéo transmission et d'une messagerie sécurisée.
- Une consultation avec le patient accompagné par exemple d'un infirmier ou d'un pharmacien, sur un lieu avec un poste fixe ou mobile (mallette, smartphone connecté) équipé d'outils biomédicaux : stéthoscope, otoscope, ECG...
- Une consultation entre médecins en présence du patient.

2.2.1. Une solution respectant le parcours de soins

Avec la reconnaissance de la téléconsultation par son remboursement par l'assurance maladie différentes solutions nationales ont émergé (des assurances, des mutuelles, des startups). En région Hauts de France, les représentants de la profession et les pouvoirs publics ont mis en avant différents problèmes avec l'arrivée sur le marché de ces prestations :

- **Un problème technique** : la non interopérabilité des solutions entre elles. On appelle interopérabilité, la possibilité d'un système informatique à fonctionner avec d'autres produits. Les professionnels de santé utilisant une solution X ne pourraient pas mettre en place une téléconsultation avec un professionnel de santé utilisant une solution Y.
- **Un problème juridique** : le non-respect pour certaines solutions du parcours de soins et donc de l'avenant 6.
- **Un problème politique** : avec l'émergence de solutions venant d'assurances et de mutuelles dans le secteur de la santé.

Partant de ce constat, les acteurs institutionnels ont souhaité développer une solution régionale. Cependant comment déployer ce service ? quelle solution utiliser ? Est-ce que ce service serait ouvert à toutes spécialités ? Est-ce que les différentes formes de

⁴⁰ Définition du décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

⁴¹ Article « la téléconsultation » - URPS ML Infos n°13 – Mars 2019 – Article co-rédigé par Sant&Numérique, ARS HDF, URPS ML HDF et la CPAM

téléconsultations pourraient être déployées à savoir de la téléconsultation en vision simple et la téléconsultation avec des dispositifs biomédicaux ?

Dans le cadre de la mise en place du programme « Prédice », un réseau sociotechnique s'était constitué (tableau 2 – réseau sociotechnique intérêts et enjeux du déploiement d'une solution régionale). L'objectif était de mettre en place une solution régionale de téléconsultation disponible sur le programme « Prédice » pouvant s'intégrer dans la pratique médicale au quotidien des professionnels de santé de la région.

Tableau 2 - Réseau sociotechnique Intérêts et enjeux du déploiement d'une solution régionale

Acteurs	Type de structure	Intérêts/enjeux
ARS des Hauts de France	Structure publique	Répondre aux enjeux du SDRSIS Accès aux soins, zones médicalement sous dotées, Être la première région à proposer une solution de téléconsultation régionale
URPS Médecins Libéraux des Hauts de France	Association de loi 1901, représentant l'ensemble des médecins libéraux de la région HDF « Porte-parole » de la profession	Devenir un acteur incontournable dans le domaine de la télémédecine Développer un projet de téléconsultation n'excluant pas le secteur libéral Proposer une offre concurrente aux plateformes qui veulent faire fi des organisations territoriales
Groupe Santé Numérique des Hauts de France	Groupe d'intérêt public	Proposer un service régional unique de TLC utilisable et utilisé par l'ensemble des acteurs de la santé (libéraux, hospitaliers, MS) Conforter le positionnement du Groupe en région, en inscrivant un premier service à l'échelle régionale Être incontournable dans le domaine de la e-santé Continuer à développer les liens avec l'URPS Médecins Utiliser la solution de téléconsultation de l'industriel choisi pour « Prédice »
Maincare	Industriel	S'inscrire comme un acteur majeur de la téléconsultation en région et, partout, en France Pouvoir se positionner dans un champ hautement concurrentiel avec l'arrivée de plusieurs startups Industriel choisi pour déployer Prédice

Un groupe de travail s'est constitué second semestre 2018 pour la mise en place de ce projet. L'objectif était de proposer une solution commune aux professionnels de santé de la région afin de faciliter les téléconsultations entre eux, d'éviter le problème de non opérabilité entre les différentes solutions proposées par différents industriels mais également de favoriser la coopération entre les différents acteurs du territoire. Par la même occasion les

acteurs du réseau sociotechnique souhaitaient mettre en place une organisation respectant le parcours de soins dans le cadre de l'avenant 6 de la convention médicale, que les médecins requis fassent partie du territoire de la région des Hauts de France et non du territoire national. Ils souhaitaient déployer un service répondant aux besoins des médecins en s'intégrant à l'exercice médical en proposant un service de qualité respectant le cadre législatif, réglementaire et éthique tout en permettant d'optimiser le temps médical.

2.2.2. Illustration de la trajectoire du projet au travers de deux controverses

Afin de poursuivre la construction de cette solution, la dimension médico-organisationnelle devait être travaillée à savoir, identifier les scénarii d'usages, le matériel type, la typologie des actes en visiosimple ou avec des dispositifs biomédicaux et le workflow utilisé⁴². Cependant, différentes controverses sont apparues au fur et à mesure de la mise en place du projet. Nous allons vous présenter deux exemples.

2.2.2.1. Controverse 1 : la typologie des actes, un point de divergence

Pour rappel, la téléconsultation peut être réalisée en visiosimple ou à l'aide de dispositifs biomédicaux. Afin de favoriser l'utilisation de cette solution, l'URPS Médecins pensait judicieux de débiter la téléconsultation en visiosimple, solution déjà proposée par les industriels au niveau national et donc de se positionner sur le marché. L'URPS proposait que la téléexpertise soit déployée en parallèle en s'appuyant sur l'application de téléexpertise en dermatologie expérimentée depuis 2015. Un bouquet de services serait alors proposé à savoir la téléexpertise, la téléconsultation en visiosimple puis avec l'inclusion de dispositifs biomédicaux en priorisant la spécialité de médecine générale. L'intérêt d'intégrer la téléexpertise permettrait aux deux cent cinquante utilisateurs de cette application de pouvoir utiliser les autres services du bouquet. De plus la téléexpertise était plus simple à intégrer aux pratiques médicales et moins onéreux au niveau de l'équipement.

Première controverse, l'industriel choisi n'était pas en capacité de fournir une solution en visiosimple mais pouvait fournir un outil doté de dispositifs biomédicaux sur un chariot de téléconsultation. Cette solution qui avait été éprouvée dans le cadre des expérimentations dans l'Aisne et dans l'Oise en médecine générale. Les acteurs ont donc décidé de travailler sur le déploiement de chariots de téléconsultation, en s'appuyant sur les deux expérimentations. En parallèle Maincare s'engageait à fournir pour octobre 2019 une

⁴² Formulaire utilisé dans le cadre de la réalisation d'une téléconsultation

solution en visiosimple. Après avoir validé la typologie, des lieux de déploiement devaient être définis pour installer le matériel de téléconsultation.

2.2.2.2. *Controverse 2 : le choix des lieux d'installation orienté par les négociations conventionnelles de la CNAM*

L'industriel étant dans l'incapacité de mettre à disposition une plateforme en visiosimple, le groupe de travail a donc travaillé à la définition des lieux dans lesquels le matériel pouvait être installé. Plusieurs hypothèses ont été posées :

- **Officine** : non retenue, l'avenant à la convention était en cours de négociation. Les officines ne pouvaient donc se faire rémunérer pour l'accompagnement du patient
- **Cabinet de l'IDE** : non retenu ; même difficulté que pour les officines l'avenant à leur convention était en cours de négociation
- **Domicile du patient** : *avec dispositifs biomédicaux* : non retenu – matériel non transportable. De plus avec l'utilisation de dispositifs biomédicaux, le patient devait être accompagné. La convention étant en cours de négociation, il n'était pas possible de le déployer cette typologie au moment des échanges
sans dispositif biomédicaux : non retenu – l'industriel était dans l'incapacité de fournir la solution.
- **MSP** : non retenue : la spécialité de médecine générale étant retenue dans le cadre du déploiement, il n'était pas possible d'installer cette solution ou des médecins généralistes exerçaient.
- **EHPAD** : retenu ; certaines EHPAD du territoire des Hauts de France avaient déjà expérimenté cette nouvelle forme de prise en charge en spécialité. Les accompagnants étaient des infirmiers salariés de la structure donc il n'était pas nécessaire d'attendre la fin des négociations de la convention pour les infirmiers. La mise en place de l'outil pouvait se baser sur les expérimentations. Cependant il s'est posé la question d'ouvrir la téléconsultation au sein de l'EHPAD à la population du territoire. Cette solution n'a pas été retenue car l'outil ne proposait pas la prise de rendez-vous, l'ouverture au public des EHPAD était compliquée d'un point de vue juridique à savoir l'accueil du public, l'accompagnement par les infirmiers de la structure, faisant référence à l'expérimentation de Liancourt. De plus, pour respecter le parcours de soins notamment dans le cadre de l'avenant 6, il était difficile de remplir cette condition pour la population. Comment vérifier que le médecin traitant du patient n'est pas disponible ? Comment recruter les médecins requis ?

Après de multiples échanges, il a été décidé de commencer le déploiement auprès des EHPAD des Hauts-de-France et pour la spécialité de médecine générale permettant ainsi de transposer l'expérimentation de téléconsultation du département de l'Aisne de l'organisation médicale jusqu'au workflow ainsi que les dispositifs biomédicaux utilisés. Pour ce faire, les rôles de chaque acteur ont été répartis pour mettre en place ce déploiement. Un planning a été établi de mars 2019 à juin 2019 avec différentes vagues de déploiement auprès des EHPAD afin que pour le 26 juin 2019, des structures puissent être opérationnelles.

Pour débiter le déploiement de la téléconsultation au sein des EHPAD, certaines structures avaient été présélectionnées par l'ARS, d'autres ont candidatés. L'URPS Médecins et la CPAM ont également proposé certains sites en ayant identifié au préalable des médecins généralistes volontaires.

Afin de respecter l'avenant 6 de la convention médicale, notamment le parcours de soins du patient, les EHPAD étaient contactés par l'URPS ML pour connaître le nom des médecins généralistes intervenant au sein de la structure afin de leur proposer de réaliser des téléconsultations avec des résidents pris en charge. L'URPS était interlocuteur des médecins généralistes tout long de l'accompagnement pour le déploiement de la solution (prérequis technique, mise en place de la formation pour utiliser la plateforme, ...) auprès des médecins ayant souhaité intégrer cette pratique dans leur activité médicale.

Le groupement Sant&Numérique était l'interlocuteur auprès des EHPAD (vérification des prérequis techniques voire de leur proposer une mise en conformité) mais également auprès de l'industriel pour connaître l'évolution des déploiements auprès des différents sites. Sant&numérique a également mis en place la formation médicale des infirmiers en collaboration avec l'URPS Médecins. Un point hebdomadaire était réalisé avec l'ARS, l'URPS Médecins et la CPAM sur le déploiement et les actions à venir.

Maincaire se chargeait d'installer le matériel de téléconsultation et de former les infirmiers et médecins généralistes à son utilisation. En parallèle, l'industriel s'engageait à mettre à disposition pour le second semestre 2019, le paiement en ligne et la prise de rendez-vous ainsi que la visiosimple afin de pouvoir déployer la solution vers d'autres sites et d'autres professionnels de santé.

Le planning prévisionnel, concernant les autres typologies, était le suivant :

- Octobre 2019 : le déploiement de la solution en visiosimple auprès médecins
- 1^{er} semestre 2020 : le déploiement auprès des cabinets des infirmiers libéraux et des officines, date à laquelle, ils pouvaient se faire rémunérer pour l'accompagnement du patient.
- 2^{ème} semestre 2020 : Ouverture de la téléconsultation aux autres spécialités.

Ainsi chaque acteur trouvait un intérêt dans la poursuite de ce projet. L'ARS répondait aux enjeux du SDRSIS, permettait de favoriser l'accès aux des résidents en EHPAD et plus largement dans les prochains mois auprès de la population en étant l'une des premières régions à proposer une solution régionale. L'URPS Médecins restait l'interlocuteur auprès des médecins et donc un acteur incontournable pour le déploiement de ce type de solution auprès des médecins libéraux de la région voire plus largement auprès des autres professionnels de santé libéraux. Une commission inter-URPS⁴³ e-santé était mise en place, et le responsable des SI réalisait un point d'information sur les évolutions du projet. Le groupement sant&numérique confirmait son positionnement en tant qu'acteur de la e-santé en développant une solution à l'échelle régionale quant à l'industriel, la mise en avant de leur solution.

Le déploiement a fait l'objet d'un communiqué de presse conjoint ARS et URPS Médecins Libéraux Hauts de France en juin 2019 (**annexe 1**). A la date du communiqué, cinquante-six médecins généralistes et vingt-quatre EHPAD étaient volontaires.

Au travers de ce projet, le déploiement de la téléconsultation était facilité auprès des médecins ayant montré un attrait à la thématique lors des différentes communications des acteurs

⁴³ Commission regroupement les 9 URPS des Hauts de France

Cette solution s'est inspirée des deux expérimentations qui ont eu lieu dans les départements de l'Aisne et l'Oise. Comment ces projets se sont mis en place et quelles ont été les évolutions majeures pour faciliter l'intégration de cet outil dans la pratique médicale ?

3. Des expérimentations au service du déploiement d'une solution régionale de téléconsultation.

Des acteurs du territoire des Hauts de France ont souhaité expérimenter la téléconsultation avec deux configurations différentes. Pour un site, la téléconsultation était proposée aux résidents d'un EHPAD et avec comme médecins requis les médecins traitants des résidents et l'autre la mise en place de la téléconsultation auprès de la population d'un territoire médicalement sous doté dans le cadre d'une CPTS avec des médecins généralistes requis du territoire concerné.

3.1. La téléconsultation en médecine générale auprès de la population d'une zone médicalement sous dotée

Afin de favoriser l'accès aux soins de la population de la communauté de communes du Liancourtois située dans le département de l'Oise, en 2018 à l'initiative d'une municipalité de ce territoire, les professionnels de santé ont expérimenté la téléconsultation en médecine générale. L'ARS a donc été sollicitée en ce sens. L'objectif était de renforcer l'offre de soins du territoire en médecine générale mais également la coordination entre les différents acteurs du territoire. Cette expérimentation s'inscrivait dans une démarche de constitution d'une communauté professionnelle territoriale de santé dans laquelle une maison de santé pluriprofessionnelle émergeait. Il a été proposé l'installation d'un chariot de téléconsultation doté de dispositifs biomédicaux. Le lieu restait à définir, le projet de MSP étant validé mais le projet architectural n'ayant pas débuté.

Après de multiples échanges, le chariot de téléconsultation a été installée au sein de l'EHPAD de Liancourt. Le choix de ce lieu a eu de multiples rebondissements car ce dossier avait une forte visibilité politique⁴⁴. La téléconsultation ne serait pas proposée aux résidents de l'EHPAD mais à la population de la communauté du liancourtois. Un projet médical a donc été réalisé en ce sens avec le soutien de l'URPS Médecins.

⁴⁴ Communiqué de presse du Maire de Laigneville paru sur bien vivre à Laigneville 21 juin 2018

3.1.1. Une organisation médicale à éprouver

Aucune expérimentation de téléconsultation en médecine générale sur le territoire des Hauts-de-France n'avait été déployée auprès de la population. Une organisation médicale a donc été initiée, de la prise de rendez-vous à la réalisation de la téléconsultation. L'EHPAD étant doté d'un chariot, les patients devaient être accompagnés d'un professionnel de santé. Au niveau des accompagnants, huit infirmiers de l'EHPAD se sont portés volontaires ainsi que six infirmiers libéraux du territoire. Pour les médecins généralistes requis, neuf médecins sur le territoire du liancourtois et limitrophe ont souhaité participer à cette expérimentation.

Figure 5 - Schéma de prise en charge - téléconsultation Liancourt



3.1.2. Construction d'un projet s'appuyant sur des retours d'expérience

Lors des premières téléconsultations, les professionnels de santé ont rencontré des difficultés d'ordre technique (flux internet insuffisant, dispositifs biomédicaux pas réglés, manipulation plateforme, non visualisation agenda). Les infirmiers éprouvaient des difficultés pour utiliser les dispositifs biomédicaux et les médecins généralistes pour les guider à placer les dispositifs biomédicaux sur les foyers d'auscultation.

Afin de pouvoir répondre aux problématiques soulevées, des évolutions ont été réalisées au fur et à mesure du projet afin de s'approprier ce nouveau mode de consultation (*tableau 1*

– *évolutions du projet de téléconsultation à Liancourt*) et l'industriel s'est déplacé à plusieurs reprises sur site pour essayer de régler les problèmes techniques. Ces évolutions portaient sur cinq domaines l'organisation médicale, la formation des professionnels de santé, les documents mis à disposition, la plateforme de téléconsultation et le matériel.

	Problèmes rencontrés	Évolutions
Organisation médicale	Dispositifs biomédicaux déconnectés, voire décharger (coupure intempestive de la caméra à main) Pas de procédure en cas de dysfonctionnement	Mise sous tension du chariot en amont de la téléconsultation et s'assurer du fonctionnement de l'ensemble des dispositifs Définition d'une procédure en cas de dysfonctionnement technique et applicative Définition du processus de prise en charge du patient en cas de dysfonctionnement
Formation des professionnels de santé	Difficultés pour les infirmiers d'utiliser des dispositifs biomédicaux notamment sur les foyers d'auscultation, rendant difficile l'écoute du cœur et des poumons par le médecin. Difficultés pour les médecins d'expliquer à distance le placement des dispositifs biomédicaux Son du stéthoscope non satisfaisant ne permettant pas de rendre un avis	Mise en place d'une formation médicale auprès des infirmiers pour présenter l'utilisation des dispositifs biomédicaux mais également les foyers d'auscultation Réalisation de test à blanc entre les médecins et les infirmiers afin de se familiariser avec l'utilisation de la plateforme et réaliser les réglages nécessaires pour l'utilisation des dispositifs biomédicaux.
Documents mis à disposition	Difficultés pour contacter le médecin, lors de la survenue de problème technique n'ayant pas à disposition les numéros de téléphone des médecins Dispositifs biomédicaux non rebranchés au chariot de téléconsultation, la batterie n'étant plus suffisante pour réaliser la téléconsultation suivante. Difficultés à manipuler certains dispositifs biomédicaux par manque de pratique et le livret communiqué par l'industriel était trop dense pour favoriser la consultation lors d'une téléconsultation	Simplification des guides utilisateurs en fiche « mémo » Mise en place d'une fiche contact reprenant les coordonnées téléphoniques des acteurs du projets
Le matériel	Otoscope fourni n'était pas facile d'utilisation et pouvait blesser le patient au niveau du tympan	Changement de l'otoscope. La caméra à main a donc été dotée d'un embout otoscope
La plateforme de téléconsultation	Beaucoup de manipulation à effectuer sur le formulaire de téléconsultation. Données redondantes Données non ordonnancées notamment pour les constantes. Impossibilité pour le médecin et l'infirmier de visualiser l'agenda	Simplification du workflow, la présentation a été simplifiée, des ajustements ont été réalisés au niveau de la collecte des informations pour les infirmiers, suppression de manipulations sur le formulaire qui rendait l'utilisation de la plateforme fastidieuse. Visualisation de l'agenda par les professionnels de santé

D'autres difficultés avaient été identifiées par les utilisateurs mais n'ont pu avoir une solution lors de l'expérimentation. La signature électronique sur les ordonnances, le médecin était obligé de réaliser de multiples manipulations pour intégrer son ordonnance sur la plateforme (l'imprimer, la scanner puis l'intégrer à la plateforme). Ils souhaitaient également l'interfaçage avec le DMP pour connaître les antécédents du patients et la messagerie sécurisée pour envoyer de manière sécurisée l'ordonnance auprès de l'officine choisie par le patient. Les médecins ainsi que les infirmiers suggéraient également d'obtenir la

notification par mail du positionnement d'un rendez-vous de téléconsultation afin de ne pas devoir constamment se connecter à la plateforme pour savoir si des téléconsultations étaient positionnées. Ils évoquaient même l'historisation des téléconsultations pour un même patient afin de ne pas refaire une double saisie des coordonnées du patient mais également de connaître l'objet des autres téléconsultations.

3.1.3. Après onze mois d'expérimentation, le bilan

Depuis la mise en place de cette expérimentation, soixante-dix-sept patients avaient été pris en charge. La durée moyenne d'une téléconsultation était de 20 minutes. À noter que les plages de téléconsultation avaient été diminuées en raison du peu de rendez-vous.

Afin de connaître les avis des professionnels de santé, une étude qualitative a été réalisée. Certains médecins requis et infirmiers ayant souhaité ne plus faire partie de l'expérimentation du fait du peu de téléconsultations programmées, des problèmes techniques récurrents, les entretiens ont été menés auprès des quatre professionnels de santé réalisant encore les téléconsultations. Les médecins ont été interrogés par l'URPS Médecins et les infirmiers par l'URPS IDE. Les entretiens portaient sur l'organisation, la réalisation des téléconsultations et d'un point de vue un peu plus technique sur la plateforme de téléconsultation.

3.1.3.1. Retour d'expérience des médecins généralistes

Concernant l'organisation des téléconsultations, les médecins généralistes interrogés étaient globalement satisfaits de l'organisation médicale proposée ainsi que de l'accompagnement réalisé par les IDE notamment depuis la formation médicale portant sur l'utilisation des dispositifs biomédicaux. Il est également indiqué que quelques rendez-vous n'avaient pas été honorés et que certains patients étaient en retard. Enfin certaines téléconsultations ne respectaient pas les recommandations HAS (bébé, urgences, ...).

La durée moyenne d'une téléconsultation constatée par les médecins est d'environ de 15 à 20 minutes. Ils ont souligné que la téléconsultation ne remplaçait pas une consultation en présentiel.

Les médecins trouvaient la plateforme fonctionnelle en soulignant que l'ergonomie était tout de même à revoir. Le délai d'accès à la plateforme pouvait s'avérer long si la connexion internet n'est pas reliée à la fibre. Enfin, les dispositifs biomédicaux étaient fonctionnels suite aux différents réglages effectués.

3.1.3.2. *Retour d'expérience des IDE*

Les infirmiers interrogés ont mis en avant que depuis peu il y avait une bonne coordination entre les médecins, les infirmiers et l'EHPAD. Les premières téléconsultations étaient « anxieuses, peur d'avoir un problème technique » par manque de maîtrise des dispositifs biomédicaux ainsi que la plateforme. Après la formation médicale, les téléconsultations étaient plus fluides.

Concernant la plateforme de téléconsultation, les infirmiers interrogés ne la trouvaient pas adaptée, la prise en main n'est pas évidente en soulignant qu'il fallait un certain attrait à l'informatique pour l'utilisation surtout s'ils ne pratiquaient pas fréquemment.

Suite à ces retours d'expériences, il a été décidé de poursuivre ce projet jusque décembre 2019, date à laquelle les infirmiers pourraient se faire rémunérer pour l'accompagnement du patient. Au vu de ce bilan, nous pouvons penser que peu de téléconsultations ont été réalisées car ce projet était politique pour essayer répondre à un problème de démographie médicale et non à l'initiative des professionnels de santé.

3.2. La téléconsultation en médecine générale auprès des résidents en EHPAD

Le premier semestre 2018, sous l'impulsion d'un médecin généraliste installé à la MSP de Guise, la deuxième expérimentation a été déployée au sein de l'EHPAD les Marronniers dans le département de l'Aisne. Ils ont répondu à un appel candidature dans le cadre de l'arrêté du 10 juillet 2017 pour expérimenter la téléconsultation dans une structure médico-sociale. Pour rappel, après validation du projet par l'ARS, l'EHPAD pouvait prétendre à un forfait structure à hauteur de 28 000 euros (pour l'équipement du matériel de téléconsultation et pour la réalisation de 50 actes de téléconsultations) permettant ainsi de payer le temps médical à la création du télédossier et à l'accompagnement du résident lors d'une téléconsultation.

Les cinquante résidents de l'EHPAD les Marronniers étaient pris en charge par les deux médecins généralistes de la MSP de Guise située à 14 kilomètres de celle-ci soit une vingtaine de minutes en voiture. La mise en place de la téléconsultation au sein de cette structure permettait d'augmenter les plages de disponibilité des médecins généralistes pour l'EHPAD tout en maintenant une présence physique au sein de la MSP mais également

d'optimiser le temps médical dans une zone où la densité des médecins généralistes est fragilisée. Ainsi ce projet faisait bénéficier les patients d'un avis rapide et de qualité, d'éviter le transport et les déplacements des résidents ou des médecins généralistes en favorisant la coopération entre les différents acteurs du territoire. La proximité avec les patients étant toutefois nécessaire, la téléconsultation ne remplacerait pas les visites des médecins au sein de la structure. Un projet médical a donc été établi avec le soutien de l'URPS Médecins, comprenant un diagnostic territorial sur la communauté de communes de la Thiérache Sambre et Oise, la présentation du projet médical notamment l'intégration de la téléconsultation au sein de l'EHPAD ainsi que dans l'activité médicale des médecins généralistes, l'organisation médicale de la prise de rendez-vous à la réalisation de la téléconsultation (*figure 6 – organisation médicale d'une téléconsultation*), la description du projet technique (le matériel installé à l'EHPAD, le matériel utilisé par les médecins généralistes), et enfin l'évaluation du projet. Ce projet de téléconsultation s'inscrivait dans le cadre de la mise en place d'une CPTS.

Figure 6 - Organisation médicale d'une téléconsultation – EHPAD des Marronniers et MSP de Guise



3.2.1. Les premiers usages

Fort du constat dans le cadre de l'expérimentation de Liancourt, une formation médicale a été proposée aux infirmiers dès l'installation du chariot au sein de l'EHPAD. Cette formation a été réalisée par l'un des médecins généralistes de la MSP de Guise permettant au

requérant et aux requis de s'approprier l'outil, d'échanger sur son utilisation, au médecin d'indiquer ce qu'il attendait lors des téléconsultations.

Lors des premières téléconsultations, des problèmes techniques sont apparus notamment le réglage du stéthoscope. Le son ne permettait pas de rendre un avis. Le flux internet n'était pas assez performant rendant difficile l'interaction avec le médecin. Après de multiples réglages, les professionnels de santé se sont appropriés l'outil, et ont pu réaliser des téléconsultations.

3.2.2. Evaluation

Depuis la mise en place de cette pratique au sein de l'EHPAD, plus de cinquante téléconsultations ont été réalisées. La mise en place de cet outil a permis aux médecins généralistes d'éviter certains déplacements auprès des résidents de l'EHPAD, de gagner du temps médical sur les dernières téléconsultations. Néanmoins, les premières téléconsultations, des réglages techniques et l'appropriation de l'outil ont pu générer une perte de temps. Au fil des téléconsultations, les professionnels de santé ont mieux appréhendé l'outil que ce soit du côté de l'accompagnant avec l'utilisation des dispositifs biomédicaux, la plateforme et que ce soit du côté du médecin généraliste pour l'utilisation de la plateforme ainsi que cette nouvelle forme de prise en charge à distance. Les professionnels de santé ont pu en dehors des créneaux de téléconsultation réaliser des téléconsultations à la demande et après échange avec l'infirmier.

À ce jour, la téléconsultation fait partie de la pratique médicale des médecins généralistes de guise et de l'EHPAD des Marronniers.

3.3. Des évolutions majeures au service de la solution régionale

Les points de forts de ces deux expérimentations ont été que les professionnels de santé étaient investis et souhaitaient expérimenter cet outil afin de l'intégrer dans leur pratique. Le retour d'expérience et les demandes d'évolutions ont permis de faire évoluer l'outil, de mettre en place une formation médicale auprès des accompagnants afin de leur montrer l'utilisation des outils et les foyers d'auscultation. Le matériel a également évolué avec le changement de l'otoscope dont le premier dispositif n'était pas pratique et risquait de blesser le patient lors de son utilisation et plus largement sur l'application de téléconsultation avec

l'intégration de la signature électronique, la visualisation de l'agenda, les notifications par mail lors du positionnement d'une téléconsultations.

Les évolutions et les ajustements demandés dans le cadre de ces deux projets ont permis de déployer un outil de téléconsultation favorisant la prise en charge à distance de patients par des médecins généralistes.

La plateforme utilisée a subi des évolutions majeures pour que les médecins généralistes faisant partie de ces expérimentations poursuivre la démarche novatrice dans leur pratique médicale. Cependant quelles sont leurs attentes vis-à-vis de cet outil ? Que pense-t-il de la téléconsultation ? Est-ce que cette nouvelle pratique sera une part de l'activité médicale dans les prochaines années ?

4. Enquête auprès des généralistes : attentes et perception

Depuis l'entrée dans le droit commun de la téléconsultation, les médecins peuvent proposer cette nouvelle forme de prise en charge à leurs patients. Cependant quelles sont les attentes des médecins généralistes fassent à ce nouvel outil. Souhaitent-ils l'intégrer dans leur pratique et de quelle manière ? Quelles sont leurs appréhensions ? Comme le suggère les pouvoirs publics, la téléconsultation peut répondre aux inégalités territoriales, est-ce que les médecins généralistes sont en adéquation avec cet objectif ?

4.1. Méthode

Une étude qualitative a été réalisée auprès de médecins généralistes libéraux conventionnés en secteur 1 de la région des Hauts de France. Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de huit médecins généralistes de mars 2019 à août 2019 soit en présentiel soit par téléphone. Le recrutement de ces médecins s'est effectué par téléphone ou lors de réunions relatives à des expérimentations de téléconsultation auxquelles des médecins généralistes participés. Les entretiens ont duré en moyenne 26 minutes.

Une trame d'entretien a été réalisée (annexe 2) comportant des questions ouvertes et des questions de relance pour étayer le débat. Dans un premier temps, l'échange débutait sur leur avis concernant la téléconsultation, leur perception et l'intégration de cette nouvelle pratique dans l'activité médicale et dans un second temps, sur l'organisation de la

téléconsultation, leurs attentes pour que cet outil puisse s'intégrer au mieux dans leur pratique médicale.

Les entretiens ont été enregistrés après information et accord oral des participants. Ces enregistrements ont été effectués à l'aide d'un smartphone. Ces entretiens ont été écoutés et analysés par question puis ont fait l'objet d'une analyse par thématique et ceux émergents lors des entretiens. L'analyse a été retranscrite sur un tableau reprenant les propos de manière anonymisés des participants et par thématique.

4.2. Résultats

4.2.1. Description de la population

Les médecins interrogés ont une moyenne d'âge de 53,5 ans. Un quart des participants étaient des femmes. Les trois quarts travaillent en cabinet de groupe et un quart en maison de santé pluriprofessionnelle. La majorité exerce en secteur rural sauf un médecin qui exerce en secteur urbain et un autre accolé à une grande ville.

Les trois quarts des médecins généralistes interrogés ont déjà pratiqué de la téléconsultation que ce soit au travers d'expérimentation ou lors de l'intégration dans le droit commun de la téléconsultation. Tous les médecins interrogés sont informatisés.

4.2.2. La téléconsultation, vers une appropriation d'un nouvel outil

Les médecins généralistes interrogés pensent majoritairement que la téléconsultation sera une part voire une petite part de l'activité médicale dans les prochaines années en évoquant que c'est « *...un nouvel outil, les médecins vont se l'approprier...* ». Cette nouvelle pratique pour la moitié des répondants va modifier le dérouler d'une consultation. Un médecin met en avant qu'« *une distance se crée et que la consultation n'est pas menée pareil...* ». Il peut y avoir jusqu'à deux intermédiaires la technique avec les dispositifs biomédicaux et l'accompagnant si le patient est accompagné d'un professionnel de santé. Il est également difficile pour les médecins de ne pas réaliser l'examen clinique, palper les gens le contact humain. L'échange avec le patient est important. D'ailleurs un médecin ne pratiquant pas de téléconsultation se posait la question du son d'un stéthoscope numérique comparé à un stéthoscope en présentiel.

Il est également souligné que les patients devraient également s'approprier l'outil. Certains patients ne sont pas encore équipés de smartphone voire d'un ordinateur équipé d'une caméra ou tout simplement ne savent pas utiliser les nouvelles technologies.

Certains médecins mettent également en avant que les jeunes médecins adhéreront plus facilement à cette nouvelle pratique, un d'entre eux étant maître stage présentait l'utilisation de cet outil lors de la présence d'internes « *moi en étant maitre de stage je leur montre la téléconsultation, que j'en fais...donc les jeunes médecins que j'ai en stage ont envie de pratiquer* ».

Cette pratique peut également pour les trois quarts des répondants apporter une plus-value dans la pratique au quotidien tant pour proposer une nouvelle prise en charge à leur patient pour gérer au mieux leur pathologie, que pour demander un avis à un spécialiste.

Il est fait un parallèle avec la téléexpertise, qui pour certains d'entre eux, la téléconsultation pourrait être le complément d'une téléexpertise. Pour une grande majorité des répondants la téléexpertise est pratique dans l'exercice au quotidien permet d'obtenir un avis de spécialistes sous quelques jours, et une prise en charge rapide si nécessaire tout en étant un outil de tri. Ces médecins font référence à l'expérimentation de téléexpertise en dermatologie. Ils aimeraient que la téléexpertise tel que proposée soit étendue à d'autres spécialités.

4.2.3. La téléconsultation, une part marginale dans leur activité médicale

Selon les trois quarts des répondants, la téléconsultation sera proposée pour prendre en charge des pathologies aiguës simples prenant comme exemple le dosage de l'IRN, les infections urinaires évitant ainsi au médecin ou au patient de faire des déplacements inutiles « *une solution de dépannage* ». Il est également mis en avant que la téléconsultation ne remplacerait pas toutes les visites, le présentiel est dans certaines situations nécessaires « *Pour les personnes âgées, il ne faut pas punir les personnes âgées, parce qu'elles sont en milieu rural et ne peuvent plus conduire et ne plus voir leur médecin en présentiel...ça peut rendre service une consultation sur 3* ».

La téléconsultation pourrait également faire suite à une consultation en présentiel notamment pour ajuster au mieux le traitement selon l'évolution de la maladie, des renouvellements d'ordonnance. Cette nouvelle pratique « *ne remplacera pas la consultation médicale mais pourra être un complément* ».

Il est également souligné que cette pratique pourrait formaliser les échanges téléphoniques et les conseils prodigués par téléphone, mettant en avant que la « visio » permettrait de voir le patient mais également d'imager si nécessaire les informations communiquées. Ils mettaient également en avant la rémunération du conseil et la traçabilité de l'acte d'un point

vue assurantiel *« ce serait plus simple avec le smartphone de leur montrer ce que c'est un quart du cachet... les gens font souvent des erreurs... on prend une grande responsabilité quand on dit au gens de prendre un quart... »*.

Cette nouvelle pratique, pour le médecin, permettrait de gérer à distance la pathologie des patients, de gagner du temps médical, de gérer le flux des patients au cabinet médical, de limiter les visites à domicile.

Des déplacements pourraient être évités, pour les patients grabataires, les personnes malades chroniques, les personnes âgées ou des résidents en EHPAD pour éviter les passages aux urgences voire à l'hôpital.

4.2.4. Respect du parcours de soins du patient avec une organisation territoriale

Les médecins généralistes interrogés mettent en avant que les médecins généralistes doivent réaliser des téléconsultations avec les patients de leur territoire respectant ainsi le parcours de soins. Un médecin indique que le patient doit faire une téléconsultation avec le médecin généraliste qu'il a choisi *« la téléconsultation doit être réalisée avec le médecin choisi par le patient »*. Il est mis en avant que cette nouvelle pratique pourrait encore plus fragiliser les territoires médicalement sous dotés si celle-ci n'est pas encadrée *« l'installation de la télémédecine dans une région en difficulté, vous remplacez les humains par la télémédecine vous baissez encore l'attractivité. Pour faire venir un jeune, il faut des critères attractifs avec notamment des possibilités de soins...peut déstabiliser le territoire en difficulté »*.

Un médecin souligne que cet outil peut également permettre de *« remettre au cœur du parcours de soins le médecin traitant »* et *« me permet de me concentrer sur mon métier qui consiste à soigner des gens et ne pas faire des paperasses. »*

Enfin si les patients ont la possibilité d'être accompagnés, les deux tiers des médecins généralistes interrogés souhaiteraient connaître l'accompagnant qui serait une plus-value lors de la réalisation de la consultation *« on préfère travailler avec des personnes que l'on connaît »*, *« on connaît sa pratique, on peut se fier à son avis »*, *« c'est une relation de confiance »*. Un médecin met également en avant que ce serait *« également un plus pour les médecins réticents à l'outils de connaître l'accompagnant à côté du patient »*. Il est également souligné par un médecin que d'un point de vue relationnel, cette pratique permettrait d'échanger et de discuter autour de cas patient.

Un tiers des médecins répondant n'a pas de préférence mais souhaite que ces professionnels de santé soient formés pour manipuler les dispositifs biomédicaux « *...pas de préférence de connaître ou non l'accompagnant...* » « *... J'ai une patientèle [...] sur un large territoire. Les IDE locaux changent régulièrement...* ». Deux médecins émettent l'idée d'avoir sur chaque territoire des infirmiers diplômés d'état dédiés à l'accompagnant des patients lors des téléconsultations. Ces IDE pratiqueraient souvent et manipuleraient régulièrement les dispositifs biomédicaux.

Les médecins interrogés pensent que le déploiement de la téléconsultation ne sera pas une réponse aux inégalités territoriales. La mise en place de cet outil permettra de limiter, lutter contre les ruptures de soins mais en aucun cas remplacera le médecin. C'est une solution de « *dépannage* » dont une partie considère que la téléconsultation est une « *sous-médecine* », une « *consultation au rabais...un ersatz* ». Un médecin met également en avant que la couverture numérique ne permet pas forcément ce type de technologie sur tous les territoires « *dans inégalité territoriale, il y a également l'accès au numérique et donc créer des outils dans des endroits où il est impossible de les utiliser ça ne va pas simplifier la vie* ».

La moitié des répondants a souligné également que la mise en place de cette nouvelle pratique sur un territoire sous dotées, ne remplacerait pas le médecin « *ne peut pas remplacer un médecin généraliste sur une commune où il n'y en a pas* ». Il faut que les patients aient la possibilité de le rencontrer.

4.2.5. Un outil intuitif pour favoriser son intégration dans la pratique médicale

Afin que cette nouvelle pratique s'intègre dans leur pratique médicale, un tiers des médecins a émis le souhait que ce soit un outil simple d'utilisation de la mise en place jusqu'au paiement de l'acte et surtout de manière sécurisée.

Les médecins interrogés seraient favorables pour proposer de la visiosimple à leur patientèle. Cette pratique permettrait de formaliser l'échange téléphonique, d'avoir une traçabilité de l'acte. Pour trois d'entre eux, ils évoquent plus du « *téléconseil* » que de la téléconsultation car il n'y pas la prise de constantes ni d'examen clinique. Pour les deux médecins ne pratiquant pas de téléconsultation, la visiosimple permettrait de débiter cette pratique innovante. Certains d'entre eux évoquent même la réalisation de visiosimple chez le patient grabataire accompagné d'un IDE.

Concernant la téléconsultation dotée de dispositifs biomédicaux, quasiment l'intégralité des médecins interrogés souhaitent que le professionnel de santé manipulant les dispositifs biomédicaux soient formés à son utilisation. Il était important notamment pour des médecins ayant utilisé une solution de téléconsultation dotée de dispositifs biomédicaux que l'accompagnant puisse savoir manipuler les outils et les placer correctement sur les foyers d'auscultation. Cette pratique permettrait d'avoir l'état général du patient notamment avec la prise de constantes et permettrait d'avoir un examen clinique *« j'utilise les dispositifs médicaux dont j'ai besoin lors de la téléconsultation...lors d'une téléconsultation j'écoute, j'interroge, j'examine et je conclus... »*. Cependant, l'information recueillie par l'accompagnant, certains médecins préféreront vérifier *« le problème est l'information recueillie par qui car ne sera plus un médecin donc une notion ne sera pas forcément validée de manière médicale par exemple l'allergie à un médicament... je ne vais pouvoir prendre pour argent comptant, je vais devoir vérifier derrière. »*

De plus, il est souligné que la téléconsultation n'est pas déshumanisante si le patient est accompagné d'un professionnel de santé ou si elle est réalisée avec le médecin choisi par le patient.

Pour la prise de rendez-vous, ils sont unanimes, il doit y avoir un filtre que ce soit par le secrétariat qui sera informé des motifs pouvant relever de la téléconsultation ou par la prise de rendez-vous en ligne où le patient pourra sélectionner la pathologie concernée pouvant être pris en charge via cette nouvelle pratique. Ils soulignent qu'il est important de connaître le motif de la téléconsultation. Selon leur organisation, les médecins répondant préféreront avoir des créneaux fixes pour ne pas perturber leur organisation, d'autre selon la demande proposeront un créneau au patient.

La prescription pour les deux tiers des répondants doit se faire sur leur logiciel métier avec une signature électronique, pour les autres, tout devrait être réalisé sur la plateforme de téléconsultation afin de limiter toute manipulation en soulignant que les téléconsultations ne sont pas forcément réalisées depuis le cabinet médical *« Je n'ai pas envie d'être au cabinet médical quand je réalise des téléconsultations »*. L'ordonnance doit ensuite être transmise au pharmacien communiqué par le patient, soit envoyé directement via une messagerie sécurisée soit via une plateforme d'ordonnance à laquelle le pharmacien se connectera pour récupérer la prescription ; pour d'autres l'ordonnance doit être accessible sur la plateforme de téléconsultation voire transférée sur le DMP du patient.

La feuille de soins doit également être simple à générer, un médecin émet l'idée d'avoir un onglet sur la plateforme pour produire la feuille de soins électronique. Le mode dégradé pourrait être une solution mais pour un médecin ce mode est très compliqué. Il est d'ailleurs indiqué que la dématérialisation de document peut prendre plus de temps (bug informatique, connexion au site internet...)

Pour faciliter le paiement des consultations, la moitié des médecins interrogés pensent que le tiers payant intégral pourrait être une solution permettant ainsi d'avoir la partie sécurité sociale et mutuelle. Cependant un médecin soulève qu'en dématérialisant le paiement, la valeur de l'acte médical est enlevée et risque d'y avoir une surconsommation. Deux médecins pensent que le paiement en ligne via une application pourrait être une solution.

4.2.6. Les spécialités envisagées en téléconsultation

Pour la plupart des répondants, ils seraient intéressés de mettre en place des téléconsultations avec d'autres spécialités notamment en anesthésie, pour les personnes habitant en zone rurale « ... *les transports des gens en milieux ruraux, transport non pris en charge et dont le transport est très compliqué... pour des patients qui doivent faire 150 km AR pour une consultation qui dure 10 minutes* ».

Il est également évoqué la chirurgie orthopédique, chirurgie abdominale, la cardiologie, l'endocrinologue, le dermatologue, chirurgie dentaire. La possibilité de mettre en place des téléconsultations permettrait d'obtenir des informations plus facilement d'avoir des conduites à tenir en sortie d'hospitalisation. Ils préfèrent que ces téléconsultations soient réalisées avec des spécialistes du territoire sauf pour des hyper-spécialités.

Cependant pour certaines spécialités évoquées, la présence du médecin est nécessaire notamment si le patient doit être palpé. Il est mis en avant les difficultés pour synchroniser les agendas du médecin généraliste et du médecin spécialiste « *Je pense que le chirurgien souhaite palper les gens, il faut que l'on soit présent. Faut-il encore que je sois disponible* ». Un des médecins souligne qu'il ne pourra pas parler librement avec son confrère en présence du patient. En revanche, deux spécialités sont nommées comme ne pouvant proposer des téléconsultations notamment la gynécologie et la gastroentérologie « *psychologiquement, le patient ne pouvant être devant un écran...* ».

4.2.7. Une dérive envisagée, une surconsommation de l'acte médicale

Cependant, la moitié des médecins mettent en avant que cette nouvelle pratique peut engendrer une surconsommation de soins notamment si les téléconsultations sont réalisées auprès de plateformes de téléconsultation avec des médecins étrangers ou francophones. Cette nouvelle pratique peut également modifier la symbolique de la consultation « *obtenir une consultation avec un médecin comme si on achetait une pizza* » avoir des médecins généralistes ne réalisant que de la téléconsultation voire jusqu'à désorganiser l'organisation territoriale « *...si je peux tout faire en étant au soleil et aller à la plage le soir et avec des horaires fixes le mode d'exercice va être agréable et donc attractif donc va encore dépeupler des zones où on n'a pas d'attache forte* ». Ce type de pratique peut donc ainsi déshumaniser la pratique médicale. Ils soulignent qu'il faut que ce soit bien encadré pour limiter ce type de dérive.

4.3. Discussion

Lors de la promulgation de la téléconsultation, le gouvernement soulignait que cette nouvelle pratique pouvait répondre aux inégalités territoriales. Cependant, au vu des réponses des médecins généralistes interrogés, la téléconsultation peut limiter les ruptures de soins mais ne peut être une réponse aux inégalités territoriales en soulignant notamment que l'inclusion de cette nouvelle pratique pouvait désorganiser encore plus ces territoires voire créer une nouvelle forme de médecine. Effectivement un article paru dans « le généraliste »⁴⁵ présentait l'implantation d'une solution de téléconsultation sur le territoire du Loiret où des maires ont déployé une solution de téléconsultation pour pallier le manque de médecin généraliste sur leurs communes. Les médecins généralistes requis sont des médecins n'exerçant pas sur le territoire en l'occurrence un médecin généraliste de Montpellier et l'autre un médecin généraliste retraité actif. Le médecin de Montpellier exerçant dans un cabinet de six médecins, secteur n'ayant pas de problème démographique pensait augmenter ses créneaux de téléconsultation en passant à une journée par semaine « en télétravail ». La téléconsultation peut donc amener une nouvelle forme de médecine notamment pour les médecins n'exerçant pas en zone médicalement sous dotées de pouvoir trouver de l'activité en réalisant des téléconsultations sur un territoire médicalement sous doté. On peut donc se poser la question de savoir si l'implantation de la

⁴⁵ Article « A Montargis, la téléconsultation au secours des déserts » Le généraliste n°2864 du 8 mars 2019 »

téléconsultation sur un territoire médicalement sous doté peut être un frein ou ne pas favoriser l'installation d'un médecin sur ce territoire.

Il paraît donc important que l'inclusion de la téléconsultation soit bien encadrée pour ne pas accroître encore plus les inégalités territoriales. Les médecins interrogés soulignaient l'importance que les médecins réalisant des téléconsultations doivent exercer sur le territoire où est implanté la téléconsultation. Au vu de l'article sur Egora⁴⁶ évoquant la décision du conseil d'état du 30 mai dernier de rejeter le recours en référé d'une société proposant une solution de téléconsultation contestant la décision de la CNAM de ne pas rembourser les téléconsultations réalisées par son centre de santé digital au motif du non-respect de l'avenant 6, il est important de favoriser la prise en charge du patient dans le cadre du parcours de soins afin que le patient puisse être remboursé. De plus, Il apparaît nécessaire que cette règle soit respectée afin que le patient est la possibilité de voir un médecin en présentiel sur son territoire notamment dans le cadre de concepts de coordination type CPTS, MSP,...mais également pour éviter les dérives de start-up, de mutuelles et d'assurances de proposer des téléconsultations avec des médecins salariés ne réalisant que des téléconsultations et donc de contrer l'ubérisation de la médecine comme dénoncé par l'ordre des médecins en février 2018 « *le CNOM s'inquiète du fait que les prestations proposées directement via des plates-formes par les assureurs complémentaires ou les mutuelles en santé installent de fait une rupture concurrentielle dans l'organisation territoriale des soins et le parcours de soins. ... L'Ordre des médecins affirme donc de nouveau qu'à ses yeux la sécurité des prises en charge impose de réglementer les offres des plates formes privées et que les activités médicales qu'elles proposent soient soumises aux mêmes obligations réglementaires et déontologiques que les autres formes de pratiques médicales dans un parcours de soin* »⁴⁷. Les différents exemples confirment la position des médecins. La téléconsultation peut éviter les ruptures de soins mais n'est pas une réponse aux inégalités territoriales avec le risque de développer une nouvelle pratique pouvant désorganiser d'avantage le territoire concerné.

Par ailleurs, comme l'évoqué un médecin quand on parle d'inégalité territoriale on peut également penser aux inégalités en termes de couverture numérique. Le gouvernement s'est fixé comme objectif de garantir d'ici 2020, un accès au bon haut débit ou très haut débit partout sur le territoire et de généraliser la couverture mobile⁴⁸. À ce jour 56 % des

⁴⁶ Article « téléconsultation : une autre approche du patient » - Egora n°222 du 23 juin 2019

⁴⁷ Session du conseil national de l'ordre des médecins du 8 février 2018 « la télémédecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales : rappel des positions du conseil national de l'ordre des médecins »

⁴⁸ Communiqué de presse du ministère de la cohésion des territoires n° 560 – 27 juin 2018

français ont accès au très haut débit. La mise en place et l'utilisation de la téléconsultation est sous couvert d'avoir un accès internet performant pour rendre efficient l'outil ou d'avoir une couverture mobile. Avant l'intégration de cet outil sur un territoire médicalement sous doté, il faudrait s'assurer que celui-ci soit éligible pour déployer une solution de téléconsultation.

Les médecins interrogés évoquent également la téléconsultation comme une pratique périphérique à leur activité quotidienne. Cette nouvelle pratique ne remplacera pas les consultations en présentiel. Cette vision de la téléconsultation peut donc s'expliquer par le faible nombre d'actes de téléconsultation depuis son entrée dans le droit commun. Un article de Medscape⁴⁹ fait état du bilan réalisé par la CNAM après 6 mois de mise en place la téléconsultation. Il est dénombré 7 989 actes de téléconsultation contre plus d'un milliard d'actes médicaux réalisés chaque année. Il est noté une montée progressive du nombre d'actes hebdomadaire qui est passé de 200 actes fin 2018 à 700 actes donc 40% réalisés par les médecins généralistes. La téléconsultation étant une nouvelle pratique, on peut supposer que les médecins doivent s'approprier l'outil et y trouver un intérêt pour l'intégrer dans son exercice au quotidien. De plus avec la signature de l'avenant 6 pour les IDE et de l'avenant 15 pour les pharmaciens, le nombre de téléconsultations risque de s'accroître dans les mois qui arrivent, les IDE et pharmaciens pouvant accompagner le patient. Est-ce que le peu de pratiques est également dû à l'âge des médecins exerçant ? un médecin pensait que « *les jeunes médecins adhéreront plus à la téléconsultation que les anciens* ». Est-ce que cela signifie que dans les années à venir, cet outil aura l'essor escompté ? Par ailleurs, T. Karsenti et B. Charlin ont « analysé l'impact des technologies de l'information et de la communication sur l'enseignement et la pratique de la médecine »⁵⁰. Ils ont identifié quatre défis notamment de « sensibiliser les futurs praticiens aux nombreux avantages que comportent les TIC pour la qualité des interventions et des soins fournis aux patients ». Faut-il inclure dans la formation des jeunes médecins l'utilisation de ces nouveaux outils ?

Lors des entretiens, les médecins généralistes ont indiqué que pour eux il était tout de même difficile de ne pas réaliser un examen clinique de ne pas être en contact direct avec la personne notamment palper, utiliser les dispositifs médicaux. Un médecin évoque même que la « *consultation lors d'une téléconsultation n'est pas menée pareil...créé une distance...il y a deux paramètres à prendre en compte la technique et l'accompagnant* ».

⁴⁹ Article « téléconsultation : un développement à deux vitesses (assurance maladie versus mutuelles) paru le 17 avril 2019 Medscape –

⁵⁰ Analyse des impacts des technologies de l'information et de la communication sur l'enseignement et la pratique de la médecine T. Karsenti B. Charlin Nouvelles technologie éducatives - 2010

Est-ce-que ce ressenti peut être expliqué du fait d'obstacles pour une bonne réalisation de la téléconsultation comme l'indique l'article d'Egora⁵¹ avec le « *manque de formation à l'usage des outils numériques, solutions techniques pas toujours au point, journées surchargées, connexions internet défaillantes, craintes sur la sécurité des données* » ou peut être également expliqué comme l'indique L. Esterle, A. Mathieu-Fritz et P. Espinoza⁵² que « *...la culture professionnelle, dont les formes peuvent grandement varier selon les spécialités médicales, pourrait constituer un facteur de résistance à l'utilisation de la téléconsultation, car la ritualisation des pratiques, qui rassure le médecin sur son efficacité (Pouchelle, 2003) risque de se heurter directement aux nouvelles tâches de délégation* ». Pour le médecin ne pas réaliser la consultation comme à l'accoutumé peut le perturber, freiner l'utilisation de cette nouvelle pratique et potentiellement douter du diagnostic comme l'indique A. Mathieu-Fritz, G. Gaglio⁵³ « *l'incertitude des médecins quant à leur capacité de jugement à distance expliquerait également la difficulté d'intégration, notamment du fait de la qualité des informations transmises (images notamment) et de la difficulté de se fier à des intermédiaires humains (Daudelin et al., 2008, P85)* ». Par ailleurs un autre facteur à prendre en compte lors d'une téléconsultation, le patient peut être accompagné d'un professionnel de santé notamment lors de l'utilisation de dispositifs biomédicaux, dispositifs utilisés par le médecin lors d'une consultation mais pas forcément expliqués lors de son utilisation. Le médecin va devoir apprendre à verbaliser toutes les actions qu'il va entreprendre afin de guider le soignant « *pour le délégateur, la téléconsultation implique un effort particulier qui consiste à mettre en discours des connaissances et des tâches qui ne sont toujours verbalisées dans le cadre des pratiques quotidiennes* » (L. Esterle, A. Mathieu-Fritz et P. Espinoza⁵⁴). Il va devoir également apprendre à déléguer certaines tâches voire transmettre des connaissances médicales « *l'utilisation de ce dispositif technique nécessite apprentissages et adaptations, et s'accompagne de nouvelles formes de coopération qui se traduisent notamment par la mutualisation et la transmission de connaissances médicales et cliniques entre professionnels de santé* » (A. Mathieu-Fritz, L. Esterle)⁵⁵. Cette nouvelle pratique engendre de nouveaux paramètres à prendre en compte, une nouvelle forme de

⁵¹ Egora n°222 du 23 juin 2019 « téléconsultation : une autre approche du patient »

⁵² « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? » L. Esterle, A. Mathieu-Fritz et P. Espinoza – Cairn – revue française des affaires sociales 2011/2 pages 63 à 79

⁵³ « A la recherche des configurations sociotechniques de la télémédecine » A. Mathieu-Fritz, G. Gaglio - Cairn – la découverte réseaux 2018/1 n°207 pages 27 à 63

⁵⁴ « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? » L. Esterle, A. Mathieu-Fritz et P. Espinoza – Cairn – revue française des affaires sociales 2011/2 pages 63 à 79

⁵⁵ « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales » - A. Mathieu-Fritz, L. Esterle – Cairn - revue française de sociologie 2013/2 Vol.54 pages 303 à 329.

prise en charge, la modification de la réalisation d'une consultation lorsqu'elle est réalisée à distance amenant à verbaliser davantage pouvant ainsi être un frein au développement et à son utilisation.

En résumé, l'enquête a mis en exergue que les médecins généralistes interrogés pensaient que la téléconsultation allait être une part de leur activité médicale dans les prochaines années. Cette nouvelle pratique pouvait apporter un plus dans leur pratique quotidienne. Mais pour l'heure actuelle il ne voit cet outil comme une solution de « dépannage » notamment pour éviter les déplacements du médecin ou du patient. Ils évoquent la mise en place des téléconsultations avec les patients grabataires, personnes âgées personnes ayant des difficultés pour se déplacer tout en évoquant que les consultations en présentiel seraient maintenues. Enfin, l'outil doit être sécurisé simple d'utilisation de la prise du rendez-vous au paiement de l'activité. Les médecins doivent accepter de modifier leur pratique quotidienne à travers cet outil, notamment la prise en charge à distance.

On peut se poser la question de l'intégration de la e-santé dans la formation médicale des jeunes médecins afin qu'ils s'approprient cette nouvelle pratique.

Conclusion

Depuis de nombreuses années, la télémédecine peine à se développer, malgré les différentes actions du législateur pour que cette nouvelle pratique soit déployée sur le territoire français. En 2017, la HAS en charge de l'évaluation des expérimentations dans le cadre de l'article 36 n'étaient pas en mesure de réaliser sa mission du fait du manque d'opérationnalité des expérimentations. Les médecins libéraux ne souhaitaient pas expérimenter cette nouvelle forme de prise en charge car la rémunération préfiguratrice ne permettait pas de s'approprier l'outil.

Selon les médecins et comme l'ont prouvé les deux expérimentations relatives à la téléconsultation menées sur le territoire des Hauts-de-France, l'inclusion de cette nouvelle pratique doit être à l'initiative des médecins et non des politiques locales. Les politiques locales doivent être facilitatrices pour déployer cet outil mais en aucun cas l'imposer comme étant une réponse à l'accès aux soins et aux inégalités territoriales au risque de déstabiliser encore plus le territoire. De plus l'implantation de solutions d'assurance de mutuelle, de startups ne respectant pas forcément l'avenant 6 risque de déshumaniser la médecine, le patient n'aura plus la possibilité de voir un médecin en présentiel.

Avec l'arrivée de ces différentes solutions sur le marché, la région des Hauts-de-France a fait le pari de mettre en place une solution de téléconsultation régionale qui serait proposée aux professionnels de santé du territoire au travers une plateforme prénommée « Prédice ». Ainsi cette solution permettrait de faciliter les téléconsultations entre les professionnels de santé et les patients du territoire. Cet outil pourra favoriser la coordination sur des territoires définis potentiellement au travers des futures CPTS de la région des Hauts de France et entre des professionnels de santé ayant une patientèle en commun.

Cette nouvelle pratique ne sera pour le moment qu'une part marginale de l'activité des médecins généralistes. Ils sont conscients que cette pratique pourra leur apporter un plus dans leur activité médicale mais ne remplacera la consultation en présentiel. Les médecins généralistes mettent en avant que la téléconsultation permettrait d'éviter des déplacements inutiles du médecin ou du patient. Il souligne que le patient doit réaliser la téléconsultation avec le médecin qu'il a choisi au risque de déshumaniser l'acte médicale. L'ouverture à d'autres spécialités serait également un plus notamment en secteur rural pour favoriser la prise en charge des patients. L'outil doit être intuitif pour faciliter son utilisation. De nouveaux paramètres sont à prendre en compte lors d'une consultation à distance, la conduite de la consultation, la technique, la verbalisation des actions, l'accompagnement médicale si

besoin. Ces nouveaux paramètres pourraient être inclus dans la formation médicale des jeunes médecins afin de les initier à cet outil.

Les pouvoirs publics souhaitent favoriser le déploiement des activités de e-santé, la téléconsultation va faire évoluer les pratiques des professionnels de santé et favoriser la coopération entre les médecins. Il serait intéressant de connaître les représentations et les attentes des médecins spécialistes face à cette nouvelle pratique. La téléconsultation en spécialité pourra-t-elle être une réponse pour réduire les délais d'attente et donc éviter les ruptures de soins.

Bibliographie/sitographie

« À la recherche des configurations sociologiques de la télémédecine » Alexandre Mathieu Fritz, Gérald Gaglio – Cairn « Réseaux » n°207 pages 27 à 63 (2018/1)

Analyse des impacts des technologies de l'information et de la communication sur l'enseignement et de la pratique de la médecine – Thierry Karsenti et Bernard Charlin
Nouvelles technologie éducatives (2010)

Arrêté du 1^{er} aout 2018 portant approbation de l'avenant n°6 de la convention nationale organisant les rapports ente les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

Arrêté du 16 août 2018 complétant l'annexe de l'arrêté du 1^{er} aout 2018 portant approbation de l'avenant n°6 de la convention nationale organisant les rapports ente les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

Arrêté du 17 avril 2015 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

Arrêté du 28 avril 2016 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

Arrêté du 11 octobre 2018 portant sur les cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n°2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018

Article 32 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de la loi de financement de la sécurité sociale

Avenant n°15 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

Circulaire du 27 juillet 2010 n°EATTV1018866C faisant référence aux articles L6323-3 et L1434-2 du code de santé publique

Communiqué de presse « Premier point d'étape sur l'avancée de la couverture numérique : le gouvernement accélère le déploiement sur l'ensemble du territoire » - Ministère de la cohésion des territoires (27 juin 2018)

Décret n°201661229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Fiche mémo – qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise – HAS (avril 2018)

Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine – évaluation et amélioration des pratiques – HAS (Juin 2013)

Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine – DGOS (2011)

Instruction n°SG/DSSIS/2017/8 du 10 janvier 2017 relative à l'organisation à déployer pour la mise en œuvre de la stratégie d'e-santé en région

« La HAS acte l'échec de l'expérimentation de financement de la télémédecine » - Télémédecine 360

« La télémédecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales : rappel des positions du conseil national de l'ordre des médecins » session du conseil national de l'ordre des médecins du 8 février 2018

« La preuve par 10 : principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets de télémédecine 2013 » - DGOS (2013)

« La télémédecine trébuche sur la question du remboursement par la sécu » Isabelle de Foucaud -Challenges (Juin 2019)

« La télémédecine en zones rurales : représentations et expérience de médecins généralistes » Maxime Durupt, Olivier Bouchy, Sonia Christophe, Joëlle Kivits, Jean-Marc Boivin – Santé publique volume 28/n°4 – (juillet-août 2016)

« Le territoire comme un système complexe : un concept opératoire pour l'aménagement et la géographie » Alexandre Moine – Cairn Espace géographique Tome 35 Pages 115 à 132 (2006)

« L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? » Laurence Esterle, Alexandre Mathieu-Fritz, Pierre Espinoza – Cairn Revue française des affaires sociales pages 63 à 79 (2011/2)

Les pratiques médicales et soignantes à distance. La télémédecine en acte Gérald Gaglio, Alexandre Mathieu-Fritz – Cairn Réseaux n°207 pages 9 à 24 (2018)

« Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales » Alexandre Mathieu-Fritz, Laurence Esterle – Cairn « revue française de sociologie » Vol.54 pages 303 à 329 (2013/2)

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

« Ma santé 2022, un engagement collectif » dossier Presse (19 septembre 2018)

Note de cadrage « efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation » HAS (juin 2011)

Plan national de déploiement de la télémédecine « recommandations pour la mise en oeuvre d'un projet de télémédecine – déploiement technique : urbanisation et infrastructure » - DGOS (Mars 2012)

Plaquette de présentation du programme Prédice (Programme Prédice)

Rapport au parlement sur les expérimentations en télémédecine – DGOS (2017)

Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins – Elisabeth Doineau, Thomas Mesnier, Sophie Augros (octobre 2018)

Rapport « expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine -article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 » - HAS (septembre 2016)

Rapport « la place de la télémédecine dans l'organisation des soins » Pierre Simon t Dominique Acker (2008)

Rapport d'évaluation médico-économique « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation » - HAS (juillet 2013)

Reportage « A montagis, la téléconsultation au secours des déserts » article paru dans le Généraliste n°2864 (8 mars 2019)

Schéma Directeur Régional des Systèmes d'informations de santé (SDRSIS) des Hauts de France 2018-2023 (Janvier 2018)

Site du ministère des solidarités et de la santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

« Téléconsultation : une autre approche du patient ? » article egora n°222 (23 juin 2019)

« Téléconsultation : un développement à deux vitesses (assurance maladie versus mutuelles) Article de Véronique Hunsinger – Medscape (17 avril 2019)

« Télémédecine et gériatrie – la place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégéria » - Alexandre Mathieu Fritz, Davis Smadja, Pierre Espinoza, Laurence Esterle – Cairn Gériontologie et société vol. 36 n°141 pages 117 à 127 (2012/2)

« Télémédecine : comment sortir de la spirale de l'échec ? » Frédéric Bizard (28 janvier 2018)

« Téléconsultation, téléexpertise les dix commandements de la HAS » Article paru dans le généraliste n°2877 le 21 juin 2019

Annexes

Annexe 1 : Communiqué de presse



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Le 27 06 2019

Téléconsultation : ouverture d'un service numérique régional

L'Agence régionale de santé (ARS) Hauts-de-France, en partenariat avec l'Assurance maladie et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux Hauts-de-France, accompagne et soutient le déploiement de la téléconsultation, désormais pris en charge par l'Assurance maladie. A ce titre, à compter du 28 juin, l'ARS propose un service numérique pour la réalisation d'actes de téléconsultation en région Hauts-de-France.

La télémedecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. En permettant d'optimiser le temps médical, la télémedecine constitue un levier dans la politique régionale de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. La téléconsultation constitue l'une des déclinaisons de la télémedecine. L'ouverture d'un service dédié en région, pensé par les professionnels et respectueux des principes mentionnés dans la convention médicale, fera de la télémedecine une réalité opérationnelle dès 2019.

Qu'est-ce que la téléconsultation ?

La téléconsultation est une consultation entre un professionnel médical « télé-consultant » et un patient, qui peut ou non être accompagné par un professionnel de santé, par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. Depuis le 1^{er} trimestre 2019, en partenariat avec l'ARS, l'Assurance maladie et l'URPS Médecins Libéraux ont déjà réalisé différentes communications à destination des médecins de la région, avec un seul objectif : apporter une information claire et de qualité auprès des praticiens souhaitant intégrer la télémedecine à leurs pratiques.

Le déploiement d'un service régional au bénéfice des professionnels et des patients

Le projet initié en région Hauts-de-France a pour ambition de mettre à disposition une solution simple et sécurisée. Ce service, pensé et conçu avec l'aide des professionnels de santé, propose ainsi aux médecins l'accès à un dispositif permettant la réalisation de téléconsultation et garantissant une prise en charge de l'acte par l'assurance maladie. Le patient dans ce cadre sera accompagné par du personnel soignant tout au long de sa consultation. Ce service, dans lequel les données transmises sont protégées, permet une prise en charge de qualité, dans le respect des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS).

Ce service constitue l'une des déclinaisons du programme Prédice, piloté par l'ARS Hauts-de-France avec l'appui de « Sant& Numérique, Groupement d'Intérêt Public », qui a l'ambition de proposer à l'ensemble des acteurs du système de santé de la région un bouquet de services numériques. Il s'agit d'un programme collectif porté par l'ensemble des acteurs de la région des Hauts-de-France.

« ce service a déjà été éprouvé au sein de deux EHPAD pilotes, avec 66 téléconsultations au bénéfice de 32 patients ont ainsi été réalisées du 15 mars au 25 juin 2019 ».

Une stratégie de déploiement progressif, visant des territoires prioritaires

L'outil sera proposé pour des téléconsultations de médecine générale. La priorité portera sur les lieux de téléconsultations identifiés en zones dites « sous denses », ainsi que sur les lieux de téléconsultation qui témoignent de difficultés d'accès à un médecin traitant. C'est dans cette perspective que dès le 28 juin 2019, l'outil sera mis à disposition de 24 EHPAD représentant près de 1780 résidents. 56 médecins généralistes se sont déjà portés volontaires pour utiliser ce service.

A partir du second semestre 2019, cette offre de service sera proposée à d'autres sites demandeurs (EHPAD, hôpitaux de proximité, structures d'exercice coordonné, ...) ainsi qu'aux téléconsultations de médecins spécialistes, hors médecine générale.

D'autres services sont amenés à se développer d'ici quelques semaines, via le programme Prédice. C'est le cas de la télé expertise en dermatologie. Près de 250 médecins libéraux sont concernés par ce déploiement et pourront en bénéficier

Pour en savoir plus : <https://www.youtube.com/watch?v=baUgflrl7YY&feature=youtu.be>

Contact presse :

ARS Hauts-de-France

Service communication

03 62 72 86 27

ars-hdf-communication@ars.sante.fr

URPS médecins libéraux Hauts-de-France

M. Ronan ROUQUET, Responsable SI

03 20 14 22 11 / 06 69 78 08 55

ronan.rouquet@urpsml-hdf.fr

Annexe 2 : Trame d'entretien pour l'étude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes de la région

1. Avis sur la téléconsultation

Est-ce que vous réalisez (ou souhaitez réaliser) des TLC ? Pensez-vous que la TLC sera une part de l'activité médicale dans les prochaines années ?

Comment voyez-vous la TLC ? Pensez-vous que la téléconsultation peut répondre aux inégalités territoriales, accès aux soins, éviter les ruptures de soins ?

Pensez-vous que la téléconsultation va déshumaniser la consultation médicale ?

Est-ce que la TLC pourrait amener un plus dans votre pratique médicale ?

Pour quelle spécialité et pour quel type de patient ?

Que pensez-vous de la téléexpertise ? pensez-vous que cette activité pourrait s'intégrer à vos pratiques ?

Quels sont vos souhaits ou appréhensions concernant le domaine du numérique en santé ?

2. Besoins en téléconsultations :

⇒ Réalisation

Pensez-vous que la réalisation des TLC en face time pourrait être inclus dans vos pratiques ? Avec des dispositifs biomédicaux ? Avec comme accompagnant un professionnel de santé ? Pourquoi ?

⇒ Organisation

Si votre patient devez être accompagné, souhaitez-vous réaliser les téléconsultations avec des professionnels de santé du territoire ? des professionnels de santé que vous connaissez ?

Comment souhaitez-vous organiser la prise de RDV ? créneaux dans la journée ? Utiliser une solution pour gérer les Rdv ?

Comment souhaitez-vous réaliser vos prescriptions d'ordonnance ? sur votre logiciel métier ? Comment les transmettre ?

La FSE ?

Le paiement => comment souhaitez-vous être rémunéré ?

Avez-vous quelques choses à rajouter ?

Table des matières

Remerciements	4
Listes des figures	6
Glossaires	7
Introduction	8
1. Émergence de la télémédecine en France	13
1.1. 2004 - 2011 : les balbutiements	13
1.2. 2012 - 2013 : les premières expérimentations dans le secteur hospitalier	16
1.3. 2014 - 2017 : Extension au secteur libéral et médico-social	20
1.4. 2018, inscription dans le droit commun de deux actes de télémédecine	24
2. Une réponse régionale ambitieuse dans la région des Hauts de France	28
2.1. Un bouquet de services numériques « Prédice »	28
2.2. La téléconsultation, le premier service mis en place	30
2.2.1. Une solution respectant le parcours de soins	31
2.2.2. Illustration de la trajectoire du projet au travers de deux controverses	33
3. Des expérimentations au service du déploiement d'une solution régionale de téléconsultation.	37
3.1. La téléconsultation en médecine générale auprès de la population d'une zone médicalement sous dotée	37
3.2. La téléconsultation en médecine générale auprès des résidents en EHPAD	41
3.3. Des évolutions majeures au service de la solution régionale	43
4. Enquête auprès des généralistes : attentes et perception	44
4.1. Méthode	44
4.2. Résultats	45
4.2.1. Description de la population	45
4.2.2. La téléconsultation, vers une appropriation d'un nouvel outil	45
4.2.3. La téléconsultation, une part marginale dans leur activité médicale	46
4.2.4. Respect du parcours de soins du patient avec une organisation territoriale	47
4.2.5. Un outil intuitif pour favoriser son intégration dans la pratique médicale	48
4.2.6. Les spécialités envisagées en téléconsultation	50
4.2.7. Une dérive envisagée, une surconsommation de l'acte médicale	51
4.3. Discussion	51
Conclusion	56
Bibliographie/sitographie	58
Annexes	I

Résumé

Titre : 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

Résumé : Malgré les différentes actions du législateur, la télémédecine peine à se développer en France. Pourquoi les médecins ne sont pas approprié l'outil, par manque de visibilité de rémunération ? Qu'attendent les professionnels de santé de la téléconsultation ? La téléconsultation peut-elle répondre aux inégalités territoriales comme promu par le gouvernement ?

Pour y répondre, nous nous sommes intéressés aux deux expérimentations de téléconsultation sur le territoire des Hauts de France, région moteur dans les projets de télémédecine en libéral, de l'émergence jusqu'à la pratique. Puis pour comprendre les attentes des médecins généralistes, nous avons mené une étude qualitative auprès de 8 médecins généralistes de la région pour connaître leurs attentes et avis concernant cette nouvelle prise en charge à distance.

Selon les médecins, l'intégration de la téléconsultation doit être sur un territoire défini, à l'initiative et réalisée par les médecins du territoire avec le soutien des politiques locales. Cette solution peut éviter les ruptures de soins que d'apporter une réponse aux inégalités territoriales aux risques de désorganiser les territoires médicalement sous dotés avec l'arrivée de solutions proposées par des startups ne respectant pas forcément le parcours de soins. Cette activité restera marginale dans leur activité médicale et ne remplacera pas une consultation en présentiel. La téléconsultation doit être encadrée afin de ne pas déshumaniser la pratique médicale.

Mots-clés : télémédecine, téléconsultation, médecin généraliste, rupture de soins, pratique médicale, parcours de soins.

Abstract

Title : Teleconsultation, a new tool in the patient's care journey. The expectations and fears of general practitioners in the Hauts de France region regarding this new medical practice

Summary : Despite the various actions of the legislator, telemedicine is struggling to develop in France. Why are doctors not appropriate the tool, due to lack of visibility of remuneration? What do healthcare professionals expect from teleconsultation? Can teleconsultation respond to territorial inequalities as promoted by the government?

To answer this question, we were interested in the two teleconsultation experiments in the territory of the Hauts de France, the driving force behind telemedicine projects in the private sector, from emergence to practice. Then, to understand the expectations of general practitioners, we conducted a qualitative study with 8 general practitioners in the region to find out their expectations and opinions regarding this new remote care.

According to the doctors, the integration of teleconsultation must be on a defined territory, initiated and carried out by the doctors of the territory with the support of local policies. This solution can avoid disruptions in care by responding to territorial inequalities and the risk of disorganising medically under-resourced territories with the arrival of solutions proposed by startups that do not necessarily respect the care path. This activity will remain marginal in their medical activity and will not replace a face-to-face consultation. Teleconsultation must be supervised in order not to dehumanize medical practice.

Keywords : telemedicine, teleconsultation, general practitioner, discontinuation of care, medical practice, care pathway.