



Amélie ROLLAND

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master
Année universitaire 2018-2019

Télémédecine : Etat des lieux et perspectives

En quoi la pratique de la télémédecine permet-elle d'améliorer la prise en charge des patients ?

Sous la direction de Mme Dominique PICAULT-GOLDSTEIN

Composition du jury :

- Président : Monsieur Stanislas WOCH, maître de conférences associé
- Directeur de mémoire : Madame Dominique PICAULT-GOLDSTEIN, directrice de la stratégie du CHU de Lille
- Troisième membre du jury : Madame Perrine D'HONT, chargée de mission à la direction de la stratégie du CH de Valenciennes

Date de la soutenance : vendredi 30 août 2019 à 12h00

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé – ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS

Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements, en premier lieu, à ma directrice de mémoire et directrice de la stratégie du CHU de Lille, Madame Dominique PICAULT-GOLDSTEIN, pour son aide précieuse et ses conseils avisés tout au long de l'élaboration de ce travail.

Remerciements à mon établissement universitaire, la Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS) pour m'avoir permis d'effectuer ma deuxième année de Master en apprentissage et, en particulier à mon responsable de filière et président de jury, Monsieur Stanislas WOCH, pour m'avoir permis de travailler sur ce sujet et de bénéficier de ses enseignements tout au long de l'année.

Je remercie également Madame Perrine D'HONT, chargée de mission à la direction de la stratégie du CH de Valenciennes, pour avoir accepté d'être mon 3^{ème} membre de jury.

Je tiens aussi à remercier l'ensemble des professionnels ayant accepté de participer à l'enrichissement de ce mémoire par leurs expériences pratiques et leurs idées constructives.

Merci enfin à mes proches pour leur soutien au quotidien durant la rédaction de celui-ci.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire.....	3
Liste des abréviations	4
Introduction	5
PARTIE I : La télémédecine	6
I. Cadre légal et réglementaire de la télémédecine en France	6
II. Historique du déploiement de la télémédecine	14
II. Les enjeux de la télémédecine au regard de la prise en charge des patients.....	17
PARTIE II : État des lieux	21
I. Méthodologie.....	21
II. La télémédecine : une réponse pour l'amélioration de la prise en charge des patients ?.....	22
PARTIE III : Perspectives et préconisations.....	42
I. Déploiement de la télémédecine au service du patient : préconisations	42
II. Les perspectives de la télémédecine.....	45
Conclusion.....	52
Bibliographie	54
Table des matières	59
Annexes.....	61

Liste des abréviations

ADSL:	Asymetric Digital Subscribe Line
AMO :	Assurance Maladie Obligatoire
ARS :	Agence Régionale de Santé
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
ETAPES :	Expérimentation Territoriale
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire :
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CSP :	Code la Santé Publique
CPTS :	Coopération Professionnelle Territoriale de Santé
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP :	Dossier Médical Partagé
DRESS :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FIR :	Fond d'Intervention Régional
GHT :	Groupe Hospitalier de Territoire
GRADES :	Groupement Régionale d'Accompagnement au Développement de la E-Santé
HAS :	Haute Autorité de Santé
HD :	Haute Définition
HPST :	Hôpital, Patient, Santé et Territoires
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
NHS :	National Heath System
OGCDPC :	Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
IRDES :	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
SIAD :	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SFT :	Société Française de Télémédecine
TLM :	Télémédecine

Introduction

Afin de faire face à la baisse de la démographie médicale, au défi sanitaire posé par l'allongement de l'espérance de vie et la prévalence des maladies chroniques, et à la nécessité d'assurer une égalité d'accès aux soins pour tous, les conditions de prise en charge des usagers sur le territoire constituent un enjeu de santé publique. Dans ce contexte, la télémédecine apparaît comme une évolution majeure pour l'efficacité de notre système de soins.

Instaurée par la loi dite « HPST » de 2009 et légalisée par le décret du 19 octobre 2010 venu préciser ses conditions de mises en œuvre, la télémédecine est entrée dans le droit commun en 2018. Ainsi, l'étape franchie en France avec la loi du 13 août 2004 qui reconnaissait que l'acte de télémédecine était un acte médical à part entière fut consolidée. Toutefois, cette pratique médicale qui propose de venir compléter la médecine traditionnelle au service des patients pose de nombreuses interrogations.

En conséquence, en m'appuyant sur la littérature, ainsi que sur les apports dont certains acteurs centraux de la télémédecine m'ont fait le bénéfice au cours de différentes rencontres, l'objectif de ce mémoire est de dresser un état des lieux de la pratique de la télémédecine en France en cherchant notamment à répondre à la problématique suivante : « En quoi la télémédecine améliore-t-elle la prise en charge des patients ? ».

Dans un premier temps, ce mémoire s'attachera à définir la télémédecine en abordant notamment son cadrage historique et les enjeux de son déploiement. Dans un second temps, il mettra en exergue un état des lieux de la pratique de la télémédecine au regard de la prise en charge des patients. Dans un troisième temps, ce mémoire abordera des éléments de réflexions sur les améliorations à attendre de cette pratique sur la prise en charge des patients ainsi que les perspectives d'avenir envisageables dans ce nouveau paysage médical.

PARTIE I : La télémédecine

I. Cadre légal et réglementaire de la télémédecine en France

Les actes de télémédecine relèvent, en grande partie, du droit commun ; toutefois les pouvoirs publics ont clarifié la nature et les conditions de mises en œuvre de ces actes pour simplifier la pratique de la télémédecine et éviter la confusion avec la télésanté.

La télémédecine est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997 comme « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes rendus, enregistrements...) en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique ». Les applications de la télésanté sont larges, allant de la télémédecine médicale définie comme « une activité professionnelle qui met en œuvre des moyens de télécommunication numérique permettant à des médecins et d'autres membres du corps médical de réaliser à distance des actes médicaux pour des malades » à la télémédecine informative définie comme « un service de communication audiovisuelle interactif qui organise la diffusion du savoir médical et des protocoles de prise en charge des malades et des soins dans le but de soutenir et d'améliorer l'activité médicale ». La nécessaire distinction entre télésanté et télémédecine fut soulignée en décembre 1998 par le directeur général de l'OMS qui souhaitait que l'appellation « télémédecine » soit réservée aux actions cliniques et curatives de la médecine qui utilisent les systèmes de télécommunication. Le terme télésanté englobe quant à lui les pratiques du télésoin et toutes les applications et sites (Doctissimo etc.) que l'on trouve sur Internet.

1. Définition

La télémédecine renvoie tout d'abord à l'acte médical à distance tel qu'il a été défini dans la loi¹ : « La télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient, parmi des moyens de communications appropriés à la réalisation de l'acte médical ».

¹ Légifrance, Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie.

En 2009, suite aux recommandations de la Commission Européenne, une clarification juridique a été apportée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui donne la définition suivante de la télémédecine : « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. ».²

Ainsi, la loi HPST de 2009 a officiellement reconnu la pratique de la télémédecine et le décret du 19 octobre 2010 l'a légalisée en précisant les règles d'usage, notamment l'authentification des professionnels, le consentement du patient, la description de l'acte, l'élaboration d'un compte-rendu...

Ainsi, l'étape franchie en France avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui reconnaissait que l'acte de télémédecine était un acte médical à part entière, fut consolidée.

Le décret détermine également le cadre réglementaire de la télémédecine en délimitant son exercice. Ainsi, il reconnaît cinq actes constitutifs de la télémédecine : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale du centre 15.

En 2012, les priorités nationales ont été formalisées : la téléradiologie et l'accident vasculaire cérébral (AVC) ont bénéficié d'un dispositif régional incitatif intégrant les usages de la télémédecine. D'autres priorités nationales ont ciblé les soins aux détenus, la prise en charge des maladies chroniques, des patients en établissements médicosociaux ou en hospitalisation à domicile.

² Léfingrance, *Article L-6316-1 du code de la santé publique*.

La grille de pilotage et de sécurité pour le déploiement de la télémédecine, élaborée par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2013³, a défini les conditions favorables au déploiement de la télémédecine.

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2014 et 2017 ont infléchi le cadre médico-économique par la mise en œuvre du cadre expérimental du déploiement de la télémédecine dans neuf régions pilotes, ensuite élargi à l'ensemble du territoire.

En 2018, la stratégie nationale de la santé inscrit la télémédecine dans ses grandes priorités. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, en invitant les partenaires conventionnels à négocier avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine, a lancé un signal fort, éloignant la télémédecine de son caractère exclusivement expérimental jusqu'alors.

Ainsi, afin d'assurer le déploiement des actes de télémédecine sur le territoire, un accord conventionnel a été conclu entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins libéraux avec l'avenant 6 à la convention médicale. Ce dernier a permis le remboursement par l'Assurance Maladie des actes de téléconsultation et de la téléexpertise qui entrent de ce fait dans le droit commun. Cet accord pose un cadre pérenne et favorable à la pratique de télémédecine.

2. Les actes de télémédecine

Dès les prémises de la télémédecine, les pouvoirs publics français ont eu la volonté de prendre connaissance des possibilités, enjeux et impacts de cette nouvelle façon de pratiquer la médecine.

En 2008, les missions de service publics furent réévaluées par la Commission Larcher pour s'intégrer dans un parcours de soins du patient prenant en compte à la fois l'hôpital, l'ambulatoire et le médico-social. C'est dans ce nouveau paysage sanitaire que la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST) de 2009 a rendu légales de nouvelles organisations de soins et de nouvelles pratiques médicales et paramédicales telles que la télémédecine

³ Haute Autorité de Santé (2013). *Evaluation et amélioration des pratiques, grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine.*

2.1 La téléconsultation

Selon le décret du 19 octobre 2010⁴ relatif à la télémédecine, la téléconsultation permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. Elle permet au professionnel de santé médical requis de réaliser une évaluation globale du patient en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation.

L'acte médical traditionnel de consultation repose sur un dialogue entre le médecin et son patient, complété par la consultation du dossier médical et si nécessaire d'un examen physique. La réalisation d'un examen physique a d'ailleurs longtemps été considérée comme la condition préalable et obligatoire à toute prescription de médicament(s). Cette position a évolué depuis la loi du 13 août 2004 autorisant l'acte médical par télémédecine et mettant ainsi fin à l'interdiction de l'exercice médical à distance.

La télémédecine ne modifie pas fondamentalement l'acte médical traditionnel. Elle permet de le réaliser dans des conditions et des situations qui améliorent l'accès aux soins, leur qualité et leur sécurité. En effet, le médecin agit dans le respect des règles professionnelles. Le médecin requis doit avoir accès à l'ensemble des informations médicales du patient, délivrées par le patient lui-même ou par le médecin ou le professionnel de santé requérant. Aussi, il est essentiel que le patient puisse voir le médecin et dialoguer avec lui de manière compréhensible et confidentielle. En dehors d'une situation d'urgence, le patient doit donner son consentement préalable à tout acte de télémédecine. Le consentement doit être donné en parfaite connaissance des risques afférents à l'acte de télémédecine mais également en parfaite connaissance de l'alternative de la consultation traditionnelle.

De plus, la téléconsultation médicale, initiée par le médecin traitant est à distinguer du téléconseil médical personnalisé qui est à l'initiative de la personne. Le téléconseil médical personnalisé oriente sur l'éventuelle nécessité, pour l'utilisateur qui appelle, de se soumettre à une consultation avec un examen clinique. Nous pouvons parler de « téléconsultation d'orientation ». Le téléconseil médical personnalisé vise effectivement à orienter les usagers suite aux premiers symptômes ou inquiétudes vécues vis-à-vis de leur état de santé. Ainsi,

⁴ Légifrance, *Décret n°2010-1219 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine*. Journal officiel n°0245 du 21 octobre 2010.

le téléconsultant dispose d'informations plus parcellaires que celles dont dispose le médecin qui effectue une téléconsultation puisqu'il peut s'appuyer sur le dossier médical du patient et qu'il a, en amont, rencontré son patient lors d'une consultation en présentiel. La téléconsultation s'inscrit dans un parcours de soins, là où le téléconseil médical répond davantage à un besoin de régulation.

2.2 La télésurveillance

La télésurveillance est un acte médical qui découle de la transmission et de l'interprétation par un médecin d'indicateurs médicaux, recueillis par le patient lui-même ou par un professionnel de santé médical. Ainsi, il 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 sa prise en charge.

La télésurveillance permet d'assurer pour un patient à risque un suivi préventif ou thérapeutique. Par exemple, les appareils implantés dans le cadre de la télécardiologie, dans le cas d'un pacemaker, transmettent automatiquement des informations à heure fixe telles que le rythme cardiaque, les stimulations délivrées par l'appareil, l'état de la pile et de la sonde... sur un site que le médecin traitant peut consulter. Il s'agit d'alléger le suivi en ne maintenant que les rendez-vous nécessaires et ainsi libérer du temps de consultation pour les médecins, et du temps de déplacement et d'attente pour les patients⁵.

2.3 La téléassistance

La téléassistance peut être un acte médical lorsqu'un médecin assiste un autre professionnel de santé en train de réaliser un acte médical ou chirurgical. Le médecin peut également assister un autre professionnel de santé qui réalise un acte d'imagerie ou de soins, ou lors d'un acte d'assistance dans un contexte d'urgence.

La téléassistance d'un professionnel de santé peut par exemple se développer dans certaines situations de téléconsultation, comme en neurologie pour la réalisation à distance d'une thrombolyse chez un patient qui présente un AVC avant son transfert dans l'unité neuro-vasculaire (UNV), comme dans le cadre du réseau télé-AVC développé au sein du GCS Hainaut-Artois permettant ainsi « de fluidifier le parcours du patient et éviter toute

⁵ Serrie A., 2014. Prise en charge de la douleur chronique par la télémédecine : états des lieux et recommandations. *Douleurs Évaluation – Diagnostique – Traitement*, 15, 232-238.

rupture de prise en charge » mais également « une mutualisation des ressources humaines et des compétences rares, ce qui crée une forte valeur ajoutée » selon Mme Lambert, directrice de la stratégie du CH de Valenciennes.

2.4 La téléexpertise

La téléexpertise se décrit comme un échange entre médecins qui statuent réciproquement sur un diagnostic et/ou une thérapeutique en se basant sur des données médicales issues du dossier médical d'un patient. Il s'agit pour le médecin requérant d'obtenir un avis complémentaire auprès d'un ou plusieurs médecins requis, considéré(s) comme référent(s) dans une spécialité particulière.

En favorisant les collaborations médicales, la téléexpertise est un exercice collectif de la télémédecine qui offre aux patients une mutualisation des savoirs médicaux au service de sa prise en charge, dans des domaines où la complexité de la médecine ne permet plus à un seul professionnel médical d'obtenir à lui seul les savoirs nécessaires à son intérêt.

2.5 La régulation médicale

La régulation médicale est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15. Le médecin du centre 15 réalise un premier diagnostic de l'état du patient et l'oriente vers la prise en charge la plus adaptée.

3. La télémédecine : un acte médical pertinent

Si la télémédecine est une pratique médicale qui contribue à améliorer les conditions de travail des médecins, cette pratique doit avant tout servir l'intérêt premier des patients et ainsi leur offrir des actes pertinents.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la pertinence d'un acte médical se définit par « un bon acte, pour le bon patient, au bon moment ». Selon la RAND Corporation de l'Université de Californie de Los Angeles, un traitement médical est approprié quand le bénéfice pour la santé est supérieur aux conséquences négatives attendues, d'une façon suffisante pour estimer qu'il est valable d'entreprendre la procédure, sans rapport à son coût.⁶

⁶ IRDES (2018). *La pertinence de soins en France, les principaux dispositifs et leurs évaluations.*

Le système de santé en Angleterre, le National Health Service (NHS), complète cette définition en évoquant l'individualité du patient et la disponibilité des ressources de santé. Selon la NHS, une intervention médicale pertinente signifie qu'elle a été choisie parmi un ensemble d'interventions disponibles comme étant la plus à même de produire les bénéfices attendus pour un patient donné. Aussi, l'intervention doit être réalisée de manière telle qu'elle soit acceptable pour le patient et ce dernier doit être tenu informé de manière adéquate de l'ensemble des interventions potentiellement efficaces.

Ainsi, la HAS recommande d'analyser la pertinence selon plusieurs critères. Le premier d'entre eux concerne le rapport bénéfices/risques. Concernant la téléconsultation par exemple, les bénéfices de la télémédecine sont, sur le plan médical, la diminution des délais de rendez-vous, la continuité des soins, l'amélioration du diagnostic... Sur le plan social, l'amélioration de qualité de vie et, sur le plan économique, la réduction des hospitalisations et des transports. Les risques sont quant à eux considérés comme minimes.

Le second critère concerne la probabilité pour l'intervention d'aboutir aux résultats attendus. Par exemple lors d'une téléconsultation, l'examen physique est absent, même si l'utilisation d'objets connectés permet d'approcher la réalité d'une consultation en présentiel. Cette absence d'examen physique peut être la raison pour laquelle la consultation n'aboutira pas aux résultats attendus. Cela est d'autant plus vrai lorsque le patient n'est pas connu du médecin. C'est pourquoi, lors d'une téléconsultation, le médecin a l'obligation d'organiser une consultation en face en face afin de lever toute forme de doute.

Le troisième critère est relatif à la qualité de l'intervention en santé au regard des standards techniques, organisationnels et cliniques.

Concernant les standards techniques, il existe en France de nombreuses zones dépourvues de réseau, pourtant primordial pour la pratique de la télémédecine. Les médecins doivent donc s'assurer des possibilités techniques de leurs patients, ou de solutions palliatives, comme les solutions fixes dans les officines, maisons ou centres de santé de proximités ou au sein des EHPAD.

Les standards organisationnels font référence aux conditions de mise en œuvre telles qu'elles sont définies par le décret relatif à la télémédecine. Le standard clinique est la consultation en présentiel, mais la téléconsultation sait s'en rapprocher par le biais des objets connectés, efficaces et sécurisés.

Le quatrième critère assurant la pertinence d'un acte médical est la prise en compte des préférences du patient et *de facto* le respect des droits des patients. Conformément à la loi Kouchner⁷, tout médecin a l'obligation légale d'informer son patient sur toute pratique médicale et cela est également valable pour la pratique de la télémédecine. En effet, la pratique d'une téléconsultation par exemple doit s'appuyer sur un consentement préalable du patient, après que celui-ci ait reçu une information claire et appropriée, comme nous l'évoquions précédemment selon le décret relatif à la télémédecine.

La bonne prise en compte du contexte social et culturel des patients est également un élément caractérisant la pertinence de l'acte médical qui est dispensé. Le contexte social est un domaine de pertinence qui peut s'appliquer à la télémédecine, notamment parce qu'elle vise à améliorer la vie sociale des personnes éloignées des médecins. Le contexte culturel peut également être illustré par les téléconsultations réalisées au sein des territoires d'Outre-Mer, nécessitant l'intervention de traducteurs pour les patients n'ayant pas comme langue courante la langue française, et ainsi assurer une compréhension éclairée et une prise en charge de qualité.

Nous comprenons que les pratiques de télémédecine se doivent d'être pertinentes en premier lieu au service de l'intérêt du patient, puis du médecin. Dans un communiqué de presse en date du 20 juin 2019⁸, la HAS rappelle effectivement que l'usage de la télémédecine doit être adapté à la situation clinique des patients. Pour se faire, elle a notamment élaboré une fiche d'information pédagogique « ma consultation médicale à distance »⁹ destinée aux patients, afin de les informer en amont des avantages de la télémédecine et de leur expliquer les raisons pouvant amener un professionnel de santé à proposer une téléconsultation, l'équipement technique, le déroulement-type de la séance, leurs droits... Par ailleurs, afin de s'assurer que les actes de télémédecine répondent aux attentes et aux besoins des patients, elle fournit des grilles d'entretien pour mettre en place la méthode du patient-traceur et ainsi interroger la qualité des prises en charge. Enfin, des guides de bonnes pratiques pour la qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de

⁷ Légrifrance, *Loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Journal officiel du 5 mars 2002.

⁸ Haute Autorité de Santé. *Communiqué de presse du 20 juin 2019*.

⁹ Haute Autorité de Santé (2019). *Fiche d'information du patient et rendez-vous téléconsultation*.

téléexpertise sont élaborés¹⁰. Ceux-ci permettent de décrire pour chaque acte de téléconsultation et de téléexpertise les conditions requises pour une mise en œuvre sécurisée et les conditions de réussite à chaque étape de la prise en charge.

II. Historique du déploiement de la télémédecine

1. Une volonté nationale¹¹

Afin de favoriser le déploiement de la télémédecine, les pouvoirs publics ont privilégié la mise en œuvre d'actions expérimentales.

La volonté de développement de la télémédecine s'est concrétisée par un Plan stratégique de déploiement de la télémédecine, lancé en 2010 par le Ministère de la Santé, piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Toutefois ce plan a difficilement été mis en œuvre et a finalement été abandonné au cours de l'année 2012¹¹, à défaut d'un modèle de financement pérenne. Les initiatives individuelles ont été poursuivies dans le cadre de plusieurs régions pilotes, compétentes chacune sur un domaine particulier de la télémédecine.

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie avait donné la possibilité aux Agences Régionales de Santé (ARS) de définir des programmes régionaux de télémédecine. La loi HPST de 2009 a marqué une étape supplémentaire en prévoyant que les projets régionaux de santé comprennent obligatoirement un programme de développement de la télémédecine pour une durée maximale de cinq années. Ainsi, afin desoutenir les projets de télémédecine, les ARS ont mobilisé une partie des crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR) créée en 2012¹², financements dérogatoires au droit commun.

Un an plus tard, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a instauré le principe des expérimentations de télémédecine avec son programme ETAPES (Expérimentations

¹⁰ Haute Autorité de Santé (2019). *Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, guide de bonnes pratiques.*

¹¹ Legifrance, *Article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.*

¹² Legifrance, *Article 65 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.*

de Télémedecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé). L'objectif de ces expérimentations fut de développer les activités de télémedecine en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale. Le programme ETAPES fut initialement prévu dans 9 régions pilotes au 1^{er} janvier 2014, puis étendu à l'ensemble du territoire par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Cette dernière a également constitué un tournant en prévoyant la création d'un forfait « structure » permettant aux structures requérantes de supporter les surcoûts financiers de la mise en place d'activités de télémedecine.

La fin de l'année 2018 a marqué un nouvel élan pour la télémedecine. Le 15 septembre 2018, la télémedecine a atteint une maturité supérieure avec le financement dans le droit commun de la sécurité sociale de la téléconsultation par vidéo transmission et de la téléexpertise chez les patients atteints d'une maladie chronique en affection de longue durée, et dans le droit dérogatoire du FIR, pour l'expérimentation de la télésurveillance de cinq maladies chroniques jusqu'en 2021¹³ : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance respiratoire, diabète et prothèses cardiaques implantables.

2. Le virage numérique

La transformation du système de santé français sous-entend un développement massif du numérique en France. Le chantier du numérique est effectivement au cœur des priorités nationales. Afin d'accompagner la transformation du système de santé, le Grand plan d'investissement 2018-2022 a fait de la construction de l'État numérique l'une de ses priorités. Deux grands programmes sont initiés : moderniser l'action publique et moderniser le système de santé. Ce dernier consiste à accélérer la numérisation du système de santé.

En mars 2018, le Premier ministre Édouard Philippe et la Ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn ont impulsé l'ouverture de cinq chantiers prioritaires pour réformer le système de santé, dont celui du numérique. A l'issue de cet examen, six rapports ont été remis à la ministre, permettant de déterminer trois engagements prioritaires : placer le patient au cœur du système, organiser l'articulation entre la médecine de ville et les établissements hospitaliers et médico-sociaux, et repenser les métiers et la formation des

¹³ Legifrance, *Article 54 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.*

professionnels de santé. Ces engagements prioritaires ont fixé le cadre du projet « Ma santé 2022 ».

La stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » présentée le 18 septembre 2018 comprend un ensemble de mesures dont certaines visent à répondre aux problématiques d'accès aux soins pour la population française. Cette stratégie nationale entend s'appuyer sur le numérique pour améliorer l'organisation des soins. Comme évoqué par la ministre de la Santé « le vieillissement de la population, la forte augmentation des maladies chroniques, mais aussi les progrès technologiques, l'apparition de nouvelles thérapeutiques et l'entrée du numérique dans la santé ont considérablement changé nos besoins et nos approches en matière de soins »¹⁴.

Les travaux engagés en mars 2018 sur le chantier du Numérique avaient pour objectif d'aboutir à l'élaboration d'une feuille de route opérationnelle afin de renforcer le virage numérique dans le système de la santé. Le 24 avril 2019, Agnès Buzyn et Cédric O, secrétaire d'Etat chargé du Numérique, ont présenté cette feuille de route de la politique du numérique en santé, venue définir le cadre de Ma santé 2022. Cette dernière décline cinq grandes orientations : renforcer la gouvernance du numérique en santé, intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé, accélérer le déploiement des services numériques socles, déployer au niveau national des plateformes numériques de santé, soutenir l'innovation et favoriser l'engagement des acteurs.

La généralisation des technologies numériques en santé ouvre aux usagers et aux professionnels de nouvelles perspectives qui permettent de mieux partager l'information médicale tout au long du parcours du patient et d'améliorer sa prise en charge en abolissant les distances. La télémédecine constitue l'un des leviers incontestables pour l'amélioration du système de santé. Face aux nombreux défis de l'État au regard de la prise en charge des citoyens, il y a indiscutablement de nouveaux besoins. La télémédecine est une nouvelle manière de répondre aux enjeux d'aujourd'hui.

¹⁴ Ministère des solidarités et de la santé. *Ma Santé 2022, un engagement collectif*. Dossier de presse du 18/09/2018.

II. Les enjeux de la télémédecine au regard de la prise en charge des patients

1. Faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques

Selon l'Insee¹⁵, en 2050, si les tendances démographiques se maintiennent, la France métropolitaine comptera environ 70 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. Cela représente un habitant sur trois âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. Le vieillissement de la population est inéluctable ; il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle et l'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fera qu'accentuer son ampleur. Sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et de l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, le nombre de personnes concernées par une ou plusieurs de ces maladies ne cesse de croître¹⁶. L'augmentation de la fréquence des maladies chroniques concerne également les personnes de moins de 65 ans.

Dans ce contexte, la télésurveillance apporte des réponses adaptées au suivi de la plupart de ces pathologies, en évitant la multiplication des actes de consultation traditionnelle, en raccourcissant la durée des hospitalisations et leur caractère répétitif. En effet aujourd'hui, par manque de temps médical, le suivi d'une maladie chronique par la pratique traditionnelle est insuffisant, car trop espacé, et de qualité moindre, car trop rapide. L'augmentation de ces maladies crée une surcharge de travail aux médecins ce qui impacte la fréquence et l'efficacité de leur suivi. Ainsi, la prévention des complications et des décompensations n'est pas efficiente. Par conséquent, les services d'urgences sont de plus en plus fréquentés par les patients atteints de ce type de maladies, ce qui représente des hospitalisations et un encombrement des services d'urgence qui auraient pu être évités si la surveillance avait été plus fréquente.

En effectuant un contrôle régulier d'un ou plusieurs indicateurs, le médecin traitant peut savoir si le patient est stabilisé dans sa maladie et ainsi corriger immédiatement une éventuelle déstabilisation. L'intégration de la télésurveillance dans le parcours de soins d'un

¹⁵ INSEE (2019), Projections de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050.

¹⁶ DRESS, Santé publique France (2017), L'état de santé de la population en France, rapport 2017.

patient permet de prévenir certaines complications et hospitalisations. Les indicateurs sont saisis soit par le patient, s'il est formé à cette démarche, soit par un professionnel de santé paramédical, selon un protocole élaboré et signé par le médecin traitant. Aussi, dans ce contexte d'augmentation des maladies chroniques, la téléconsultation permet de contribuer à la prévention primaire et secondaire.

2. Apporter une réponse à une démographie médicale sous-dense

La démographie médicale française est marquée par un paradoxe. Il n'y a jamais eu autant de médecins en France qu'aujourd'hui (296 755 au 1^{er} janvier 2019 soit + 2% par rapport à 2017)¹⁷ ce qui laisse penser qu'il n'y a pas de pénurie de médecins. Pour autant, l'expérience quotidienne montre le contraire car cette population est très inégalement répartie. Certaines agglomérations sont surpeuplées, alors que certaines campagnes deviennent des déserts médicaux. Il est également important de prendre en compte les changements sociologiques : nouvelles exigences de qualité de vie des jeunes médecins en raison notamment de la féminisation de la pratique, et part importante des non-exerçants ou non-installés ne faisant que des vacances temporaires¹⁸.

En effet, depuis 2010 le nombre de médecins en activité régulière a diminué de 10%. Cette tendance à la baisse concerne en premier lieu les médecins généralistes qui étaient 94 261 en activité régulière en 2010 et qui n'étaient plus que 87 801 en 2018, soit une baisse de 7,3%²¹.

Par ailleurs, la parcellisation du savoir médical rend de plus en plus difficile l'accès à un spécialiste. Ainsi, l'hyperspécialisation en médecine incite de plus en plus les professionnels médicaux à prendre l'avis de leurs confrères avant de poser un diagnostic ou d'entreprendre une thérapie ou un traitement. En favorisant les collaborations médicales, la téléexpertise est un exercice collectif de la télémédecine qui offre aux patients une mutualisation des savoirs médicaux au service de sa prise en charge, dans des domaines où la complexité de la médecine ne permet plus à un seul professionnel médical d'obtenir à lui seul les savoirs nécessaires. Outre le transfert de connaissances, en favorisant la pluridisciplinarité, la télémédecine promeut le transfert des bonnes pratiques médicales au service du patient. La pratique clinique devient plus collégiale, ce qui permet au médecin d'octroyer plus de

¹⁷ Ordre national des médecins (2018) *Atlas de la démographie médicale en France*.

¹⁸ Parizel, E., Marrel, P., Wallstein, R (2013) La télémédecine en questions. *Revue Etudes*, Tome 419, pages 461-471

temps médical individuel et d'offrir une prise en charge plus riche. Cette pratique est courante au quotidien dans l'exercice médical traditionnel, les professionnels de santé, et notamment les médecins, travaillent effectivement ensemble. Toutefois, la télémédecine, par le biais de la téléexpertise en particulier, cadre désormais ces échanges d'informations, permet de les reconnaître de manière officielle et donc de les valoriser. Cette pratique a également une fonction apprenante pour les médecins manquant de connaissances dans certains domaines de spécialisation médicale, et ce, toujours au service de la prise en charge des patients.

3. Améliorer l'égalité d'accès aux soins des patients

Offrir aux Français l'accès à des soins de santé de qualité est l'un des objectifs prioritaires du gouvernement. La fracture médicale est effectivement une réalité pour un nombre croissant d'individus en France.

Pour y répondre, le Pacte territoire-santé a été lancé en 2012 en encourageant, notamment, l'installation des jeunes médecins en zone rurale et la mise en service de maisons pluridisciplinaires de santé. Le second volet du Pacte territoire-santé, en 2015-2017, outre l'objectif d'amplifier les actions menées depuis le Pacte territoire-santé 1, introduit l'objectif d'innovation pour l'adaptation aux besoins de professionnels et des territoires. Ainsi, le gouvernement s'est engagé à innover dans les territoires en favorisant l'accès à la télémédecine afin de faire face à la désertification médicale et aux inégalités entre les territoires qui ne cessent de croître.

Les difficultés d'accès aux médecins sont principalement dues à leur éloignement, ceux-ci étant davantage présents en zone urbaine. Cet éloignement se traduit par des délais de prise en charge non compatibles avec la continuité des soins. Par conséquent, dans certaines communes de France, les difficultés d'accès aux soins primaires se traduisent par moins de 2,5 actes de consultation/an/habitant alors que la moyenne nationale est de 5 actes/an/habitant¹⁹.

La télémédecine, en modifiant le processus de prise en charge, offre aux patients une accessibilité aux soins plus efficiente. Aussi, elle renforce la prévention tertiaire en limitant les aggravations des maladies chroniques, et réduit les passages aux urgences ainsi que

¹⁹ DRESS (2017), *Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ?*

de nouvelles hospitalisations. La mise en place de plateformes régionales de télémédecine dans les zones éloignées prend ainsi tout son sens.

4. Organiser le territoire au service de la prise en charge des patients

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) est une stratégie collective médico-soignante mise en œuvre au sein d'un territoire et au service de la prise en charge des patients. Prévus par l'article 107 de la loi de modernisation de la santé de 2016, ce dispositif vise à mettre en place un nouveau mode de coopérations territoriales entre les établissements publics de santé. Afin que le parcours de soins gradué au sein du territoire intègre tous les établissements de santé publics et privés, les structures assurant une activité d'hospitalisation à domicile, les établissements ou structures médico-sociaux et les établissements de santé privés doivent passer des conventions ou devenir des partenaires des GHT. Cette stratégie collective vise à garantir une offre de proximité et de recours. Ainsi, les établissements publics de santé se réunissent autour d'un projet médical commun. Pour ce faire, ils doivent mutualiser leurs équipes médicales et répartir les activités en fonction de leurs spécificités respectives. Cette dynamique du « bon patient, au bon endroit, au bon moment » vise l'égalité d'accès à des soins de qualité et sécurisés.

Le GHT a un objectif d'égalité d'accès aux soins, un objectif de mutualisation des compétences, mais également un objectif d'innovation. Il s'agit effectivement d'aller plus loin dans la prise en charge des patients et donc de développer des projets innovants sur le territoire. Ainsi, dans cette logique de politique qualité partagée pour améliorer le service rendu au patient, la pratique de télémédecine est un facteur clé. Comment penser la territorialité sans utiliser autant que possible les nouvelles technologies de l'information et de la communication ?

Un projet médical partagé entre les établissements du GHT doit s'appuyer sur des organisations professionnelles nouvelles, structurées par les pratiques de télémédecine. La télémédecine est un levier considérable pour la permanence des soins, notamment à une époque où la médecine hospitalière est hyperspécialisée. Peu d'établissements de santé ont en effet la possibilité aujourd'hui d'assurer seuls la permanence de soins dans une spécialité pour un territoire donné.

PARTIE II : État des lieux

I. Méthodologie

L'objet de ce mémoire consiste à s'interroger sur l'apport de la télémédecine au regard de l'amélioration de la prise en charge du patient. La réponse à cette problématique a nécessité une approche double afin de s'imprégner de toutes les dimensions du sujet.

Afin de saisir le cadre d'application et les enjeux de cette modalité de prise en charge complémentaire, j'ai donc débuté mon étude par une approche théorique s'appuyant sur une recherche bibliographique. Ainsi, la lecture de nombreux articles, rapports, guides ou encore mémoires m'a permis de bénéficier des apports découlant des expériences de divers projets de télémédecine.

En parallèle, la recherche de l'intérêt de la télémédecine pour la prise en charge des patients a nécessité une analyse de terrain. En conséquence, ma méthodologie de recherche est principalement qualitative et s'appuie sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'acteurs de la télémédecine disposant d'une connaissance spécifique, d'une légitimité reconnue ou encore d'un pouvoir de décision sur la politique de déploiement de la télémédecine au niveau national, régional ou local.

Dans cette démarche, j'ai ainsi pu rencontrer un conseiller médical télémédecine à la Direction Général de l'Offre de Soins (DGOS), Madame CANIPEL, secrétaire générale de la Société Française de Télémédecine (SFT), Madame HAUCHARD, directrice adjointe de Normand'e-santé, Groupement Régional d'Appuis au Développement de la e-Santé (GRADeS) de Normandie, Mme LAMBERT, directrice de la stratégie du Centre Hospitalier de Valenciennes et Mme D'HONT, chargée de mission télémédecine, ainsi qu'un médecin généraliste pratiquant la télémédecine.

La distance étant un facteur limitant, je me suis également entretenue par téléphone avec un interlocuteur du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et Mr le Dr. ESPINOZA, médecin interniste, gastroentérologue, urgentiste et expert en télémédecine.

II. La télémédecine : une réponse pour l'amélioration de la prise en charge des patients ?

1. La télémédecine : un facteur clé pour l'amélioration de la prise en charge des patients

1.1 Etat des lieux

Au regard de la signature de l'avenant 6 à la convention médicale, les médecins sont dorénavant autorisés à facturer à l'Assurance Maladie les téléconsultations et les téléexpertises qu'ils ont réalisées, lorsque celles-ci répondent aux modalités prédéfinies. Si la possibilité de facturer des actes de téléexpertise est entrée en vigueur plus récemment (en février 2019), l'Assurance Maladie a pu dresser un premier bilan concernant la téléconsultation, six mois après son entrée en vigueur.

Selon les chiffres de l'Assurance Maladie²⁰, au 17 mars 2019 ce sont près de 8 000 actes de téléconsultation qui ont été pris en charge. Ce bilan, effectué à partir des facturations des téléconsultations, montre une montée en charge très progressive de cette pratique. Toutefois, l'Assurance Maladie note une accélération depuis le début de l'année 2019, puisque le nombre moyen d'actes de téléconsultations se situait en-dessous de 200 actes par semaine en 2018 et qu'il a dépassé les 700 actes hebdomadaires à la mi-février 2019. L'Assurance Malade constate également que ce sont les médecins généralistes qui les pratiquent le plus (40,2% des actes facturés), suivi des autres spécialistes (32,2%) et des centres de santé qui sont également des acteurs engagés (19,9%). Les établissements de santé réalisent les 7,7% restants. L'Assurance Malade explique cette progressivité de la montée en charge par l'impact de la nouveauté ; les médecins doivent s'approprier de nouveaux modes d'organisation du travail, et le déploiement des outils techniques ainsi que l'appropriation de la part des praticiens comme des patients nécessitent du temps. Elle s'explique également par la diffusion récente de solutions techniques permettant de faciliter la programmation des téléconsultations et de sécuriser l'échange de données médicales.

²⁰ Assurance Maladie. *Bilan à 6 mois de la Télémédecine, une montrée en charge progressive*. Communiqué de presse du 23 mars 2019.

La simplification des obligations réglementaires²¹, permettant la suppression de l'obligation de contractualiser avec les ARS pour développer une pratique de télémédecine dans l'ambulatoire, a permis de faciliter son déploiement. Pour que la télémédecine puisse se déployer, il était nécessaire que les médecins puissent avoir le choix de l'utilisation de la télémédecine lorsqu'ils en ont besoin. Les médecins n'ont effectivement pas besoin de solliciter une autorisation pour pratiquer un acte médical traditionnel au sein de leur cabinet. Si l'on veut que la télémédecine soit pratiquée au même titre que la médecine traditionnelle, il est nécessaire d'en faciliter la mise en œuvre.

Dès lors, dans notre pays, médecins et patients semblent prêts pour le déploiement de la télémédecine. Une étude Ipsos réalisée en avril 2018²² auprès d'un échantillon de 1000 Français et 157 médecins généralistes et spécialistes révèle que plus des trois quarts des praticiens sont favorables au développement de cette pratique. Les patients, quant à eux sont un sur deux à se dire prêts à consulter un médecin à distance.

1.1.1 La télémédecine : un appui à l'organisation des parcours

La loi de modernisation de notre système de santé²³ repense l'organisation des soins en France en impulsant une véritable médecine de parcours pour les patients. Le système de santé français a longtemps raisonné par secteurs, cloisonnant les soins hospitaliers, les soins de villes et les soins médico-sociaux. Les missions de service public, réévaluées en 2008 par la Commission Larcher²⁴, s'intègrent désormais dans un parcours de soins du patient prenant en compte les trois grands secteurs de soins : l'hôpital, l'ambulatoire et le médico-social²⁵. Désormais, l'heure est à la prise en charge globale. Pour se faire, l'intervention coordonnée des professionnels de santé est essentielle, en ville comme en établissements de santé. L'objectif à terme est donc d'offrir à la population française la possibilité d'accéder aux bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment.

²¹ Legifrance, Décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine. Journal officiel du 14 septembre 2018.

²² Ordre national des médecins (2018) « Télémédecine : décollage imminent ». *Le bulletin de l'Ordre national des médecins* n°56.

²³ Legifrance, Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

²⁴ Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher (2008).

²⁵ Simon P., 2010. De nouvelles organisations et pratiques de soins par *télémédecine*. *Médecine des maladies Métaboliques*, 4, 251-256.

L'organisation graduée des soins au sein d'un territoire de santé fait face à deux contraintes : celle du maintien des structures d'urgences de proximité et celle de la localisation du plateau technique spécialisé au niveau de l'établissement-pivot du territoire de santé ou du CHU régional²⁷. La télémédecine aide à résoudre cette problématique : un établissement de santé de proximité reçoit régulièrement des personnes atteintes de maladies chroniques qui nécessitent un avis spécialisé qu'il n'est pas en capacité de donner ; la télémédecine permet d'obtenir ces avis auprès de l'établissement-pivot ou du CHU où sont regroupés les professionnels spécialisés. Cela permet au médecin urgentiste de savoir s'il est nécessaire de transférer rapidement le patient vers l'établissement-pivot ou vers le CHU. C'est par exemple le cas lors d'un AVC où le médecin urgentiste doit consulter un neurologue dans un établissement disposant d'une unité neuro-vasculaire afin de savoir si le patient doit être transféré, ou non, pour une fibrinolyse. Dans l'expérience du GIP télémédecine de Midi-Pyrénées, la téléconsultation ou la téléexpertise a permis d'éviter un transfert du patient vers le CHU de Toulouse dans 40% des cas et de réduire la perte de chances dans 14% des cas²⁷.

Ainsi, la télémédecine a vocation à faciliter la gradation des soins à trois titres²⁶:

- En permettant de réaliser à distance les consultations avancées (actes de téléconsultation) pour faciliter l'accès aux spécialistes et l'organisation des parcours inter-hospitaliers
- En permettant de rendre des avis à distance (téléexpertise) en particulier pour organiser la mutualisation des ressources médicales rares sans restreindre l'accès aux équipements
- En permettant de mutualiser des lignes de gardes et astreintes grâce à la réalisation de téléconsultation ou téléexpertise.

1.1.2 La télémédecine : une réponse à l'augmentation des pathologies chroniques

Au regard de l'augmentation des maladies chroniques, qui ne peut que s'accroître sous l'effet du vieillissement de la population, la prise en charge des patients exige de nouvelles solutions. Les maladies chroniques représentent en France la première demande en soins ; le modèle médical doit alors s'adapter, et la télémédecine est pour cela un outil décisif.

²⁶ J. Hubert, F, Martineau (2015) *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, rapport de fin de mission*. Ministère des affaires Sociales et de la Santé.

Depuis plusieurs années, de nombreux projets et études de télémédecine axés sur les maladies chroniques, et notamment le diabète, ont été développés. L'analyse de ces derniers²⁷ montre que la télésurveillance du diabète se traduit par : une amélioration du contrôle glycémique, une meilleure appropriation de la maladie par les patients, une plus grande adhésion des patients aux mesures thérapeutiques et hygiéno-diététiques, un impact positif sur les comorbidités (hypertension artérielle, poids...), une meilleure qualité de vie des patients et une responsabilisation des patients au regard de leur maladie et de la connaissance de celle-ci. Dans le domaine de l'insuffisance cardiaque, par exemple dans le cadre du projet de télésurveillance *E-care*, l'analyse des alertes montre que la plateforme permet de détecter de façon automatique une dégradation de l'état de santé du patient et surtout, une éventuelle décompensation cardiaque en temps réel²⁸. Cela signifie que les insuffisances cardiaques aiguës pouvant apparaître sont anticipées. De même, l'étude SEDIC (suivi éducatif à domicile des patients en insuffisance cardiaque) de la région Basse-Normandie a étudié la pertinence du dispositif de télémédecine dans le suivi clinique à domicile (SCAD) mis en place dans cette région depuis 2007 sur des patients insuffisants cardiaques âgés de plus de 65 ans et a mis en exergue le fait que le suivi par télésurveillance a permis une diminution de la mortalité et des taux moindres de ré-hospitalisation pour insuffisance cardiaque aiguë ainsi qu'un changement durable de comportement des patients vis-à-vis de leur maladie²⁹.

Grâce à la télésurveillance des maladies chroniques, la continuité des soins est prolongée au domicile. En effectuant un contrôle régulier d'un ou plusieurs indicateurs, le médecin traitant peut savoir si le patient est stabilisé dans sa maladie et ainsi corriger rapidement l'éventuelle dégradation de l'état de santé de celui-ci. L'intégration de la télésurveillance dans le parcours de soins d'un patient permet donc de prévenir les complications, et par conséquent, les nombreuses hospitalisations qui peuvent en découler. En effet, l'ensemble des études de télésurveillance médicale à domicile de maladies chroniques s'accordent sur le fait que la télémédecine, par la télésurveillance, permet d'améliorer la qualité de vie et la sécurité des patients. D'ailleurs, la place essentielle du médecin généraliste dans la

²⁷ E. Andrès et collaborateurs (2019). *Mise au point sur les projets de recherche dans le domaine de la télémédecine dans le diabète*. Médecine des maladies Métaboliques, vol 13.

²⁸ E. Andrès et collaborateurs (2018). *Télémédecine dans le domaine de l'insuffisance cardiaque*. Médecine des malades Métaboliques, vol 12.

²⁹ P. Simon (2017) *Les leçons apprises des principales études sur les objets connectés en télémédecine et santé mobile*. La Recherche Européenne en Télémédecine, 6, 67-77.

surveillance des maladies chroniques et l'éducation des patients à leur propre prise en charge ont été soulignées dans la loi HPST.

1.1.3 Démographie médicale sous-dense : l'apport de la télémédecine

L'allongement des délais d'attente pour consulter un médecin et la raréfaction des heures médicales disponibles constituent une problématique majeure pour la prise en charge des Français. Les projections actuelles en matière de démographie médicale alertent sur le déficit qui touche certaines spécialités médicales et surtout sur la raréfaction du temps médical disponible. Le développement de la télémédecine permet d'atténuer ce déséquilibre en offrant aux Français des prises en charge plus efficaces et plus rapides, en raccourcissant notamment les temps d'attentes pour des consultations de spécialistes.

Selon une étude Ipsos³⁰, consulter un médecin est considéré par une majorité de Français comme une démarche de plus en plus contraignante. Ce sont 6 Français sur 10 qui déclarent avoir déjà renoncé à consulter un professionnel de santé au cours des 5 dernières années, notamment à cause des délais d'attente trop longs pour obtenir un rendez-vous par rapport à l'urgence du problème de santé concerné. Ces résultats mettent en exergue un décalage entre des besoins de rapidité et de facilité d'accès aux soins et une réalité plus contrastée à l'égard de la disponibilité des médecins. Ainsi, ce sont 7 Français sur 10 qui déclarent que l'accès aux professionnels de santé s'est dégradé au cours de ces 5 dernières années.

De manière réciproque, le manque de temps génère de l'insatisfaction chez les professionnels de santé. Selon Ipsos, 76% des médecins généralistes interrogés pointent du doigt les sur-sollicitations régulières sous forme d'appels, de mails ou de SMS de la part de leurs patients et 46% d'entre eux évoquent des difficultés à consacrer autant de temps qu'ils le souhaitent à leurs patients. Les principales contraintes expliquant ce manque de temps médical disponible est, selon les médecins interrogés, la gestion administrative du cabinet et le nombre croissant de demandes de consultations.

Aussi, en favorisant les collaborations médicales, la télémédecine, notamment par le biais de la téléexpertise, permet d'initier un exercice médical collectif qui offre aux patients une

³⁰ Ipsos (2018) Télémédecine : une réponse complémentaire efficace pour faciliter l'accès aux soins ?

mutualisation des savoirs médicaux au service de sa prise en charge dans des domaines où la complexité de la médecine ne permet plus à un seul professionnel médical d'obtenir à lui seul les savoirs nécessaires.

Outre le transfert de connaissances pour les médecins manquant de connaissances dans certains domaines de spécialisation médicale, en favorisant la pluridisciplinarité, la télémédecine promeut le transfert des bonnes pratiques médicales au service du patient. La pratique clinique devient plus collégiale, ce qui permet au médecin d'octroyer plus de temps médical individuel et d'offrir une prise en charge plus riche.

D'une certaine manière, en échangeant fréquemment à distance avec leurs patients pour leur communiquer une information médicale ou pour répondre à leurs questions, les médecins pratiquent déjà la télémédecine avec leurs patients. Toutefois, l'officialisation de cette pratique permet désormais de cadrer ces échanges d'informations, de les reconnaître de manière officielle et donc de les valoriser. Selon l'étude Ipsos, les médecins généralistes considèrent que près d'un patient sur 4 ayant consulté pour un problème de santé aurait pu faire l'objet d'une consultation en télémédecine.

1.1.4 Améliorer l'égalité d'accès aux soins : la télémédecine, une solution complémentaire

Avec moins de 2.5 consultations par habitant par an, 8.1% de la population fait face à une situation de faible accessibilité aux soins. Cette situation tend à s'aggraver en raison de la diminution du nombre de médecins généralistes libéraux en exercice et les départs en retraite de ces professionnels de plus de 65 ans, ainsi que du fait des nouvelles aspirations des jeunes médecins qui souhaitent, de plus en plus, travailler en équipe élargie en ville. A cet égard, la télémédecine est un service médical complémentaire qui permet de répondre à la problématique d'accès aux soins qui concerne une grande partie des Français, en offrant à la population de nouvelles possibilités d'accès aux médecins généralistes et aux autres spécialistes. Elle permet aussi de favoriser la prise en charge des personnes âgées, à mobilité réduite ou handicapées pour lesquelles l'accès aux soins peut s'avérer compliqué, même en territoires non désertifiés.

C'est dans cette optique que la région Normandie, qui présente l'une des densités médicales les plus faibles de France métropolitaine, utilise la télémédecine pour faire face aux problématiques d'accès à certaines spécialités dans certains de ses territoires. Ainsi,

depuis 2013, le CHU de Rouen développe la télé-médecine en dermatologie auprès d'une vingtaine d'EHPAD et certains établissements de santé de la Seine-Maritime et de l'Eure. Les dermatologues du CHU de Rouen s'appuient sur la télé-médecine afin de consulter à distance des patients, visualiser des photos de lésions ou pour assister un professionnel de santé lors de la réalisation d'un pansement par exemple³¹.

En abolissant les distances, la télé-médecine rapproche par conséquent le patient de la présence et de l'expertise médicale. De cette manière, une station portable de télé-médecine permet de communiquer depuis la forêt tropicale guyanaise avec l'hôpital de Cayenne afin d'obtenir l'avis d'un spécialiste pour préciser un diagnostic³². Ces actes permettent l'amélioration de la prise en charge liée notamment au raccourcissement des délais pour bénéficier d'une consultation en dermatologie puisque l'utilisation de la télé-médecine réduit les contraintes géographiques et démographiques.

Dans cette même perspective, nous pouvons citer le programme inter-régional Domoplaies pour les patients souffrant de plaies complexes. Ce service permet, par exemple, à un médecin en consultation ayant un doute sur la plaie de son patient de la prendre en photo et de solliciter l'avis d'un confrère dermatologue en postant directement sa question, accompagnée de la photo, sur une messagerie sécurisée. En obtenant la réponse dans les 24h, il peut rapidement guider son patient sur la conduite à tenir. Un programme de télé-médecine comme celui-ci, alliant téléconsultation, téléexpertise et téléassistance, permet aux patients de bénéficier d'une prise en charge plus confortable et de diminuer le stress, les déplacements étant évités. Par un accès facilité à l'expertise dermatologique, les cicatrisations en sont améliorées et l'objectif de guérison atteint plus rapidement. Selon les chiffres du GCS Normand'e-santé, les délais de cicatrisation sont diminués de 72% (132 jours en télé-médecine, contre 182 sans)³³. Outre l'accès à l'expertise pour un plus grand nombre de patients, la réduction des inégalités d'accès aux soins est donc indéniable.

Dans cette perspective, le programme télé-EEG, solution de téléexpertise pour l'interprétation des électro-encéphalogrammes entre le CHU de Caen Normandie et les

³¹ DGOS (2017) *Rapport au parlement sur les expérimentations en télé-médecine*.

³² CNOM (2009) *Télé-médecine : les préconisations du Conseil National de l'Ordre des médecins*.

³³ Normand'e-santé, *Domoplaies : un service de télé-médecine appliqué aux plaies complexes*. Plaquette d'information édition Mars 2019.

établissements périphériques de santé permet de pallier au manque de médecins en capacité d'interpréter les EEG dans certains territoires, notamment pour l'interprétation des EEG d'enfants. Par exemple, le programme télé-EEG permet pour un patient hospitalisé au CH de Cherbourg d'effectuer l'EEG sur place et de le transférer au CHU de Caen qui dispose de l'expertise nécessaire à son interprétation. Ainsi, ce dispositif permet d'éviter le déplacement (1h30 de trajet séparent Cherbourg de Caen) de patients suivis dans leur établissement de proximité (ici à Cherbourg) qui seraient contraints de se déplacer au CHU (de Caen) par perte de l'expertise médicale sur leur territoire. Ainsi, les enfants, les personnes âgées, handicapées, fragilisées... se voient éviter un trajet inconfortable et souvent anxiogène.

1.2 Déploiement de la télémédecine pour l'amélioration de la prise en charge des patients : les leviers à actionner

Afin de garantir une prise en charge de qualité aux patients, la démarche de déploiement de la télémédecine sur un territoire au service du patient pour l'amélioration de sa prise en charge doit, en parallèle, actionner certains leviers.

1.2.1 Le financement et le cadre juridique de la télémédecine

En permettant, d'une part, la mise en place effective de la télémédecine sur le territoire, en actionnant le levier du financement avec l'entrée dans le droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise, le financement des expérimentations ETAPES en télésurveillance, ainsi que les plans d'intervention régionaux des ARS qui financent des organisations de télémédecine sur le terrain, et en veillant d'autre part à l'adéquation du cadre juridique et réglementaire de la télémédecine avec les pratiques quotidiennes sur le terrain, les leviers financiers et juridiques actionnés par la DGOS ont permis de favoriser la mise en œuvre de celle-ci sur le territoire et de fait d'améliorer la prise en charge des patients qui ont eu l'opportunité d'en bénéficier.

Au regard du financement des actes de télémédecine, estimé peu incitatif notamment par le corps médical, mon interlocuteur du CNOM évoque toutefois l'idée de revoir l'ensemble de la nomenclature. Selon lui d'un point de vue économique pour l'Assurance Maladie, il faudra peut-être que d'autres formes de pratiques médicales diminuent, « en effet, nous pouvons penser qu'à partir du moment où il y aura une prise en charge par télémédecine,

d'autres consultations deviendront obsolètes, comme par exemple le fait qu'on n'ait plus besoin de revoir le patient tous les mois pour les ordonnances » rappelle-t-il.

En tout état de cause, l'entrée dans le droit commun du remboursement des actes de téléconsultations et de téléexpertise est prometteuse, et permet d'apporter une réponse à l'impression de lassitude des « pionniers » en télémédecine qui est perceptible ces dernières années³⁴. En effet, le manque de reconnaissance et de moyens financiers pour mener à bien leur projet fragilise le développement de la pratique de cette forme d'exercice. Une réponse financière adaptée est donc nécessaire pour promouvoir davantage son déploiement.

1.2.2 *L'accompagnement, au sens de la formation et de l'information*

Mon interlocuteur de la DGOS souligne la nécessaire introduction de l'enseignement de la télémédecine dans le cursus médical mais également pour la formation continue des médecins. Mon interlocuteur m'informe que ces projets sont en cours. Nous pouvons d'ores et déjà évoquer la possibilité donnée aux professionnels de santé d'effectuer un Diplôme Universitaire National de Télémédecine, initié par la SFT. *De facto*, mon interlocutrice de la SFT s'accorde avec les propos de la DGOS ; la formation des professionnels de santé concernés par les pratiques de la télémédecine est primordiale afin de leur faire part de l'ensemble des tenants et aboutissants des pratiques, qui permettront de les rassurer et donc de les convaincre. En effet, le premier levier d'action selon notre interlocutrice de la SFT est la motivation des professionnels de santé qui, s'ils sont convaincus par la télémédecine, permettront sa mise en place efficiente sur le territoire ; « à partir du moment où les professionnels de santé sont motivés et qu'ils y croient, ça va être simple et se mettre très facilement en place » affirme-t-elle.

Le corps médical est également de cet avis. Selon le Dr Espinoza « quand on modernise une activité, on accompagne, on forme ». Mon interlocuteur, médecin généraliste exerçant des téléconsultations et téléexpertises, partage également cet avis. Les médecins doivent être formés aux pratiques de la télémédecine pour une mise en œuvre efficiente. Toutefois, il évoque également la nécessaire formation des tutelles qui doivent être davantage préparées au déploiement de la télémédecine afin d'accompagner efficacement les acteurs

³⁴ Rapport de P. Simon et D. Acker (2008) *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*.

du terrain. Le médecin généraliste rappelle à cet égard les difficultés qu'il a pu rencontrer telles des rejets de paiement de ses téléconsultations : après avoir envoyé ses facturations de téléconsultations, la nomenclature (ici TCG pour téléconsultations) n'était pas à jour, de ce fait, l'acte n'était pas identifié et les paiements ont été considérés comme paiements indûs. Par conséquent, cela a nécessité un temps de ressaisie important afin que chacune de ses téléconsultations puissent être justifiées par une feuille de soins, dans un emploi du temps déjà très chargé. Nous comprenons que des contrariétés comme celles-ci doivent être évitées afin de ne pas démotiver nos professionnels de santé, « finalement on se rend compte que lorsque l'on veut lancer quelque chose qui est pourtant promis au niveau national et bien il n'y a pas grand-chose de prêt à côté » dit-il.

La DGOS et la SFT s'accordent également sur la nécessité d'informer plus largement la population sur les pratiques de la télémédecine. L'action d'information de la DGOS s'est récemment axée sur internet, en mettant en place un jeu concours sur le site du Ministère, invitant les porteurs de projets de télémédecine à faire part de leur projet. Notre interlocuteur met en avant le partage d'expérience et l'information grand public sur les pratiques de la télémédecine illustrées par des cas concrets de mise en œuvre sur le terrain. Toutefois, nous pouvons nous interroger sur l'impact réel de ce jeu concours auprès des usagers ; quel est le pourcentage de Français visitant régulièrement le site du Ministère des Solidarités et de la Santé, hors professionnels de santé ? Selon mon interlocutrice de la SFT, la population française n'est effectivement pas suffisamment informée, ou mal informée. Aujourd'hui, il est nécessaire de dédramatiser la pratique de la télémédecine, en la mettant au même niveau que la pratique médicale traditionnelle. Comme signalé par Mme Canipel, qui répond régulièrement aux médias et effectue fréquemment des tables rondes auprès de professionnels de santé, « la recherche du scoop est toujours négative, on cherche toujours à nous faire dire que les freins ». L'information véhiculée auprès de la population, de professionnels de santé comme de patients, doit être simple. En ce sens, en participant à divers congrès, en publiant des guides de bonnes pratiques... la DGOS veille à permettre aux différents acteurs de savoir comment déployer un dispositif de télémédecine, de savoir où trouver de l'information, où se former...

Mon interlocuteur du CNOM évoque la nécessité de tenir un discours paisible en permanence, « il y a un intérêt manifeste des usagers et des médecins pour la télémédecine, il faut donc continuer à tenir le même discours : cette pratique apporte des solutions médicales de très grande qualité, évite des déplacements inutiles et économise

du temps au patient et au médecin, et surtout, solutionne l'accès aux soins ». Mon interlocuteur regrette toutefois que la télémédecine soit trop souvent présentée comme une forme dégradée de la médecine « nous ne pouvons pas dire que SOS médecin, qui est de la télérégulation et donc le cinquième acte de télémédecine, soit une forme dégradée de la médecine, d'ailleurs SOS médecin ne traite pas seulement les urgences, au même titre que le font les téléconsultations ».

1.2.3 Pouvoir bénéficier du réseau et d'outils performants

Le Dr Espinoza souligne la nécessité de financer l'interopérabilité, et relève notamment la nécessaire communication entre les dossiers informatiques du médecin libéral ou hospitalier, et les dossiers de télémédecine. Le médecin déplore la charge de travail supplémentaire qu'induit la non-interopérabilité de certains systèmes, du fait par exemple de la double saisie des informations médicales des patients. Les médecins manquant de temps, cette charge de travail supplémentaire doit être évitée. Une messagerie connectée sécurisée est pour notre interlocuteur un booster à la mise en place de dispositifs de télémédecine afin de permettre à l'ensemble des médecins d'être connectés et d'échanger facilement, et de manière sécurisée, les données médicales de leurs patients. Le Dr Espinoza regrette « de ne pas avoir entendu d'annonce de ce type de la part du gouvernement ».

Notre interlocutrice du GRADeS Normand'e-santé, évoque, elle aussi, la nécessité que « ça ne soit pas un outil subi mais un outil choisi pour les services qu'il rend ». Il est important, selon Mme Hauchard, de convaincre et démontrer la valeur ajoutée pour la prise en charge de leurs patients car, selon elle « c'est un faux débat à mon sens de dire que la télémédecine fait perdre du temps, tout dépend du projet médical et de l'organisation qui est placée autour de l'outil » reprend-t-elle. Pour faciliter la pratique, notre interlocutrice met également en avant la nécessité d'un cadre d'interopérabilité ; « la difficulté que nous avons aujourd'hui c'est que le cadre d'interopérabilité national n'est pas opposable et sujet à interprétation par les éditeurs... Une interopérabilité appliquée par les éditeurs (sans coûts de connecteurs associés) permettrait aux médecins de pouvoir choisir la solution A ou la solution B de télémédecine sans avoir à se soucier de savoir s'il pourra travailler avec d'autres professionnels de santé » explique-t-elle. Ainsi l'un des missions des GRADeS est « justement de sensibiliser et accompagner les professionnels de santé de la région sur ces problématiques ». Notre interlocutrice insiste effectivement sur le fait que « l'interopérabilité

des plateformes de télémédecine permet aux médecins de créer un maillage, un projet médical cohérent sur un territoire ». En effet, la médecine doit s'organiser et un cadre d'interopérabilité le permet.

En réponse aux zones blanches numériques du territoire, notre interlocuteur de la DGOS cite le plan national de déploiement du numérique, notamment pour la 5G, nous confirmant que le numérique est une préoccupation du gouvernement ; « il faut permettre aux patients dans des zones blanches numériques ou aux patients qui ne peuvent pas se déplacer, d'avoir des accès à la télémédecine » nous confie-t-il.

L'ensemble de nos interlocuteurs s'accordent sur la nécessité de fournir l'intégralité des régions françaises en très haut débit afin de permettre la mise en œuvre de la télémédecine. En découle, de fait, la nécessité d'outiller les acteurs de télémédecine de manière à ce que les dispositifs soient faciles d'utilisation et incitatifs. Il est également nécessaire que la coordination des outils soit assurée entre eux. En effet, l'interopérabilité des services numériques doit être assurée afin de permettre la transmission des données depuis un logiciel hospitalier comme depuis un logiciel de professionnel de santé libéral.

1.2.4 Garantir une logique territoriale pour inscrire le patient dans une logique de parcours

Au manque de médecins et de temps médical, mon interlocutrice de la SFT met en avant la réponse du regroupement de professionnels de santé dans des maisons de santé ou des pôles pluri-professionnels, permettant de mieux organiser le temps des professionnels médicaux et de repenser le parcours coordonné des patients avec une redistribution des rôles entre le médecin, l'infirmier, le psychologue...

La DGOS souhaite effectivement que chaque territoire puisse s'organiser en fonction de sa problématique ; « je n'ai pas de réseau, quelle organisation je peux mettre en place avec ce qu'on nous propose ? Des cabinets chez des pharmaciens ? Des infirmières en mobilité ? ... J'ai beaucoup de patients fragiles qui ne peuvent pas se déplacer, comment puis-je leur donner accès aux soins ? Ont-ils l'accès ou ai-je besoin de leur apporter par le biais d'une infirmière... ? ». La télémédecine « c'est de l'organisation » nous dit notre interlocuteur. Le but est de mettre tout en place pour que chaque territoire puisse avoir ses organisations et puisse, à son tour, mettre en place la bonne réponse pour ses patients. L'enjeu est de donner un panel de solutions suffisamment large pour chaque acteur.

D'après notre interlocuteur du CNOM, l'étape à franchir est effectivement de trouver une organisation territoriale de la prise en charge, en s'appuyant sur la pratique de la télémédecine, précisant que le médecin qui suit le patient ne sera peut-être pas toujours le même, mais que le dossier médical unique permettra de partager les informations médicales nécessaires au bon suivi ». Selon lui, dans les zones où les citoyens ne trouvent pas de médecins traitants, il faut mettre en place la télémédecine, dans une organisation territorialisée afin que la prise en charge soit fléchée. En effet, si le médecin estime qu'il y a une urgence, il doit connaître les équipements du territoire afin d'orienter efficacement son patient.

Mes interlocutrices du CH de Valenciennes rappellent ainsi la nécessité d'organiser stratégiquement les prises en charge car « nous ne pouvons pas avoir du tout télémédecine ni du tout prise en charge sur site ». En effet, il est nécessaire de mener une réflexion stratégique afin de percevoir au sein d'un territoire, comme au sein d'un centre santé ou d'un établissement, ce qui peut relever de la télémédecine et venir compléter une prise en charge traditionnelle, et ce qui n'en relève pas. ; « il est important de ne pas tomber dans l'écueil du tout télémédecine » notent celles-ci. Il s'agit de rechercher un système cohérent, qui s'articule entre des prises en charge à distance et prises en charge en présentiel, toujours au service du patient et « il faut articuler l'hôpital avec la ville également afin de créer un système cohérent, alors qu'aujourd'hui les choses avancent plutôt par silos ».

En ce sens, Mme Hauchard (GRADeS Normand'e-santé) évoque que « la télémédecine vient offrir des outils techniques pour asseoir une organisation réfléchie » et que « l'enjeu d'aujourd'hui est de repenser l'offre et l'organisation pour y répondre, car les outils techniques sont là, ils s'adaptent et se développent pour y répondre ».

Le Dr Espinoza déplore une France qui était « balkanisée à travers 26 ARS » et qui n'a pas permis l'émergence d'un dialogue commun sur l'ensemble du territoire et « un ministère de la santé qui a fonctionné de manière extrêmement cloisonnée entre la médecine de ville et l'hôpital pendant de nombreuses années ». Notre interlocuteur regrette notamment que les pouvoirs publics ne sollicitent pas davantage les projets multirégionaux en télémédecine, laissant plutôt place à des projets solitaires en région. Selon lui, il serait effectivement pertinent d'associer plusieurs régions « tel que les Hauts de France et la région PACA par exemple » afin de faire émerger des projets ayant une dimension nationale et permettre une

certaine vigueur dans le déploiement de la pratique. Sur le plan régional en particulier, selon le Dr Espinoza, l'accompagnement des professionnels de santé doit s'organiser par territoire, sous le contrôle des ARS. Selon lui, il faut également transformer les hôpitaux de proximité en plateformes de télémédecine coordonnées par un médecin référent s'appuyant sur des collaborations interprofessionnelles afin de permettre une prise en charge graduée et continue « avec les CPTS, annoncés par notre ministre, nous n'avons pas besoin d'hôpitaux partout, les professionnels paramédicaux peuvent être de très bons relais territoriaux, il s'agira ensuite de faire des transmissions à distance pour demander des avis plus spécialisés ; Il faut également être capable de fermer des structures qui sont obsolètes pour les remplacer par des structures plus légères plus dynamiques et opérationnelles, moins coûteuses, plus efficaces ».

L'organisation territoriale des dispositifs de télémédecine est aussi une réponse aux freins financiers qui empêchent parfois la mise en place de ce type d'activité compte tenu du coût qu'engendre l'acquisition d'une station de télémédecine. La mutualisation de l'utilisation de ces stations entre différents centres d'un même territoire : EHPAD, SIAD, maison de santé, centre pour handicapés... permet de répartir la charge d'une telle installation (pouvant s'élever jusqu'à plusieurs milliers d'euros) et de fait, de ne plus être dépendant des financements des ARS, qui, lorsqu'ils sont abandonnés, emportent avec eux les projets qui en dépendent. Selon mon interlocutrice de Normand'e-santé, la télémédecine doit effectivement s'appuyer sur un projet médical cohérent sur un territoire entre les partenaires.

L'ensemble de nos interlocuteurs s'accordent sur le fait que la télémédecine n'est pas une solution unique, mais que celle-ci vient compléter les pratiques traditionnelles qui sont aujourd'hui insuffisamment efficaces pour répondre aux besoins médicaux de la population française.

1.2.5 Promouvoir le télésoin

Selon le Dr Espinoza la délégation de soins aux infirmier(e)s est un facteur clé dans la pratique de la télémédecine. Mon interlocuteur met en avant leurs compétences, qu'il qualifie d'un réel appui aux professionnels médicaux, et la nécessité de « sortir des dogmes médicaux où certains médecins pensent être les propriétaires exclusifs de leurs patients ». Selon lui, il y a tout intérêt à partager la prise en charge, sur la base de procédures métiers clairement définies entre les médecins et les infirmier(e)s. En effet, de par leurs

compétences, dans le champ de la dialyse, dans le domaine de la douleur, des soins palliatifs, concernant les traitements d'insuline chez les diabétiques, en cardiologie au regard des anticoagulants, etc..., les infirmier(e)s sont, selon le médecin hospitalier, un facteur clé de réussite et d'amélioration de la prise en charge ; « par exemple, sur les plaies et les pansements, le télésoin s'y prête très bien, les infirmières sont plus compétentes que les médecins généralistes ».

En ce sens, notre interlocutrice de la SFT souligne que « les projets de télémédecine que nous avons vu réussir, devenir matures, sont ceux avec une équipe pluridisciplinaire où le rôle de l'infirmière a été pensé avec de la délégation de tâches ». En effet, selon Mme Canipel, le rôle de l'infirmier(e) est pivot, voire central, notamment lors des téléconsultations pour l'accompagnement et le suivi. Notre interlocutrice nous informe que les infirmières libérales portent un intérêt de plus en plus manifeste à la télémédecine, du fait notamment de l'avenant 15 à la convention nationale des infirmiers libéraux valorisant désormais leur participation à ces actes ; « c'est travailler ensemble au service du patient » note-t-elle.

Le médecin généraliste que j'ai rencontré rappelle toutefois que certaines infirmières restent peu réceptives aux pratiques de la télémédecine, parce qu'elles sont, selon lui, insuffisamment informées. Le médecin met aussi en avant le frein de la rémunération qui ne les mobilise pas davantage, « en effet, je demande à les mobiliser et je suis le seul à percevoir la rémunération » explique-t-il. Mme Hauchard évoque également la nécessité d'accompagner financièrement la modernisation des outils pour les infirmiers, évoquant notamment que « l'évolution prochaine du cadre d'indemnisation de l'activité pour permettre l'implication plus forte des infirmiers est très attendu ».

2. Améliorer la prise en charge des patients grâce au déploiement de la télémédecine : encore du chemin à parcourir

2.1 Etat des lieux

Sous ses différentes formes, le développement de la télémédecine peut apporter beaucoup au système de santé en termes d'accès aux soins, d'efficacité de l'organisation des soins et de prise en charge sanitaire de meilleure qualité.

Toutefois, la progression de ce développement reste limitée en France. En effet, jusqu'à la fin 2018, la télémédecine était conçue et déployée dans un cadre expérimental, avec des financements limités, sans définition d'un cadre commun permettant une généralisation rapide de la pratique. Par conséquent, celle-ci s'est surtout développée à l'hôpital et très peu en ville. De ce fait, le gouvernement, via la loi de financement de la sécurité sociale 2018 (article 54), a confié le soin à l'Assurance Maladie de définir, par voie conventionnelle, les modalités de réalisation et les tarifs s'appliquant aux actes de télémédecine. Cette mesure a mis fin au cadre expérimental pour la téléconsultation et la téléexpertise, la télésurveillance restant quant à elle dans le cadre expérimental.

Six mois après l'entrée dans le droit commun du remboursement des actes de téléconsultations, il est possible de dresser un premier bilan de la téléconsultation. Au 17 mars 2019, 7 939 actes de téléconsultations ont été pris en charge par l'Assurance Maladie. Cette dernière, dans son budget pour 2018, tablait sur 500 000 actes en 2019 et 1,3 millions en 2021³⁵. Ce premier bilan, qui a été effectué à partir des facturations des téléconsultations, met donc en exergue un déploiement très lent par rapport aux prévisions.

Au regard de mes lectures et de mes échanges avec mes différents interlocuteurs, les retards à la mise en œuvre de la télémédecine semblent pouvoir s'expliquer par divers freins dont la levée solutionnerait les difficultés rencontrées depuis de nombreuses années pour la mise en place de celle-ci.

2.2 Déploiement de la télémédecine pour l'amélioration de la prise en charge des patients : les freins à lever

2.2.1 La conduite du changement : une étape délicate à franchir auprès des médecins

Mon interlocuteur de la DGOS évoque tout d'abord des freins d'acculturation, « pendant 10 ans, nous avons dit que la mise en œuvre de la télémédecine était compliquée, et du jour au lendemain, nous disons que c'est simple ». Il faut que les professionnels de santé d'une part, et les usagers d'autre part, comprennent pourquoi.

Mon interlocutrice de la SFT met en avant un frein d'organisation et d'évolution des pratiques professionnelles. La pratique de la télémédecine implique de changer ses

³⁵ Ministère de la Santé (2018) *Les chiffres clés de l'offre de soins*.

habitudes « c'est repenser ses pratiques professionnelles, dans un monde médical surbooké où les médecins sont insuffisants et manquent de temps » explique-t-elle. Le médecin généraliste rencontré évoquait effectivement l'arrêt de son activité de téléconsultations, faute de temps et d'organisation, en précisant la nécessité primordiale de réguler les demandes afin de ne pas être dépassé. Aussi, il est nécessaire selon notre interlocutrice d'amener les professionnels de santé à avoir confiance en les algorithmes du numérique, afin qu'ils puissent intégrer la démarche télémédecine, et être convaincus de son apport bénéfique, tant pour leurs pratiques que pour leurs patients.

Mon interlocuteur du CNOM évoque effectivement que « lorsqu'il y a une nouvelle avancée technique en médecine, nous savons que cela prend toujours du temps car il faut changer les habitudes des médecins, mais également celles des patients ». Selon lui, pour vaincre les résistances au changement, il faut tenir un discours paisible en matière de télémédecine, ce qui signifie qu'il ne faut pas présenter la télémédecine comme la solution unique à tous les maux, tel que celui des déserts médicaux par exemple. A cet égard notamment, il faut présenter la télémédecine comme une solution, mais parmi d'autres. Il met, lui aussi, en avant les freins d'habitudes que provoque la nécessité d'organiser les actes de télémédecine dans un planning déjà chargé, « concernant les actes de téléconsultations, un temps dédié aux téléconsultations et un temps dédié aux consultations classiques semble-être pour moi la solution la plus pratique, le fait d'alterner téléconsultation et consultation classique présentant l'inconvénient de bouleverser le planning si l'une d'entre elles est plus longue que prévu » conclue-t-il.

2.2.2 Un amorçage technologique peu persuasif

L'ensemble de mes interlocuteurs sont unanimes quant au fait que les outils numériques sont aujourd'hui de réels freins au déploiement de la télémédecine, impactant de fait, la prise en charge des patients.

Mes interlocutrices du CH de Valenciennes évoquent effectivement les difficultés inhérentes à l'outil informatique en tant que tel et au territoire qui n'est pas totalement couvert par le haut débit. Les systèmes informatiques ne sont pas toujours compatibles avec les logiciels, ainsi, les transferts d'informations ne sont pas toujours fluides ; « le problème avec la télémédecine jusqu'à maintenant c'est que les outils sont lourds : sortir le chariot, aller dans une salle, attendre que le dispositif se connecte... ressaisir les informations médicales...

nous cherchons donc à nous tourner vers des outils plus simples d'utilisation. De fait, ce n'est pas toujours fluide et les professionnels peuvent se retrouver en difficultés. Nous convenons qu'il est primordial que les outils soient simples d'utilisation, et efficaces. Couvrir le territoire d'un réseau haut débit est la garantie de cette efficacité.

Comme a pu le signifier le Dr Espinoza, l'introduction de la télémédecine dans notre système de santé implique un amorçage technologique. Mon interlocuteur met en avant la nécessité d'une appropriation métier et le besoin d'un accompagnement à la mise en œuvre des dispositifs de télémédecine. Il alerte en effet sur le fait qu'aujourd'hui les médecins, notamment ceux en fin de carrière, verront peu d'intérêt à la télémédecine s'ils ne sont pas accompagnés dans le déploiement. Selon mon interlocuteur, l'appropriation métier est oubliée des tutelles ; « il ne suffit pas de dire « ça y'est, nous avons tarifé les actes, vous pouvez y aller (...) à ce rythme, je crains fort que dans les prochaines années, nous voyons disparaître de plus en plus de médecins généralistes et spécialistes sans que la montée en charge de la télémédecine indispensable soit effective ». L'accompagnement des professionnels de santé doit s'organiser, par territoire, sous le contrôle des ARS selon lui. Fort de ses quinze années d'expérience en télémédecine, il rappelle que la pratique de la télémédecine ne s'invente pas, craignant que d'ici quelques années les tutelles justifient une faible montée de charge de cette pratique du fait des médecins qui ne se seraient pas assez impliqués dans le déploiement, l'accompagnement métier est « l'élément clé » soutient-t-il.

En ce sens, le médecin généraliste que j'ai rencontré fait part de la difficulté que représente le process qui se trouve derrière un dispositif de télémédecine. Il faut avoir, d'une part une appétence particulière pour l'utilisation des outils informatiques et, d'autre part, s'approprier les conditions d'utilisation du logiciel disponible pour réaliser l'acte envisagé (dans le cas d'une téléconsultation, le médecin entend ici le fait de convertir une ordonnance en pdf, par exemple, afin de pouvoir l'envoyer aux différents dentinaires qui, eux, devront pouvoir la réceptionner et l'éditer également). Ainsi, à plusieurs reprises, le médecin m'a souligné le besoin de formations.

Mon interlocutrice de la SFT évoque, quant à elle, un frein au sujet des plateformes des ARS, décrivant des outils lourds dont l'utilisation s'avère parfois délicate. Mme Canipel note également une certaine incitation quant à l'utilisation de ces plateformes, du fait de leur

déploiement sur l'ensemble du territoire, et déplore en parallèle un manque de moyens financiers en France pour la recherche et le développement, incitant peu les industriels à développer un panel d'outils plus large et plus pertinent. Mon interlocutrice du GRADeS relativise toutefois ces propos, me rappelant que la mission de GRADeS est d'harmoniser les pratiques, en faisant en sorte que les médecins n'aient pas de multiples solutions technologiques à s'approprier, en mettant en place une plateforme unique pour réaliser l'ensemble des actes de télémedecine ; « une interopérabilité appliquée par les éditeurs (sans coûts de connecteurs associés) permettrait aux médecins de pouvoir choisir la solution A ou la solution B de télémedecine sans avoir à se soucier de savoir s'il pourra travailler avec d'autres professionnels de santé » évoque-t-elle.

Mon interlocuteur du CNOM évoque quant à lui la nécessité de simplifier les moyens de connexion entre les patients et les médecins. Le médecin met effectivement en avant les évolutions apportées par les industriels et les start-up permettant de mettre à disposition des médecins des moyens technologiques très novateurs et simples. Toutefois pour que cela soit efficient notre interlocuteur rappelle que la France doit être câblée, pour qu'ensuite les médecins puissent s'équiper de solutions technologiques et les utiliser efficacement.

2.2.3 Un financement tardif et peu incitatif

L'ensemble de mes interlocuteurs aborde la question du financement des actes de télémedecine. Par exemple, le médecin généraliste déplore le fait qu'une téléconsultation soit rémunérée au même titre qu'une téléconsultation traditionnelle en présentiel, au regard notamment du temps administratif incompressible qui en découle selon lui. Aussi, mon interlocuteur trouve dommageable que les médecins investis dans les expérimentations ne soient pas gratifiés financièrement pour le temps consacré, notamment lorsqu'ils participent au déploiement de nouveaux programmes, comme se fut le cas pour lui, sans que cela soit reconnu, malgré l'aide apportée aux industriels notamment.

Mon interlocuteur du CNOM soutient ces propos, en particulier par rapport à la téléexpertise ; « nous sommes conscients que la téléexpertise est en phase de déploiement, mais celle-ci doit être valorisée à sa juste valeur ». Selon lui, le temps passé par le médecin requérant « qui a vu le patient et a pris le temps de l'examiner » et le temps passé par le médecin requis à examiner la demande « représente autant de temps qu'à réaliser une consultation classique ». Mon interlocuteur insiste sur ce point en rappelant que la pratique

des téléexpertises sont très importantes au regard des spécialistes ayant quitté les territoires ruraux alors que les généralistes et leurs patients y sont restés.

Mes interlocutrices du CH de Valenciennes évoquent que « l'une des limites de la mise en œuvre de la télémédecine est liée aux critères restrictifs de la valorisation des actes » soulignant que « les patients hospitalisés ne peuvent bénéficier d'aucune facturation complémentaire car cette activité n'est pas prévue dans la nomenclature », aussi que la condition selon laquelle le praticien doit avoir vu le patient au moins une fois dans les 12 mois précédents la téléconsultation pour la facturation des actes ne se prêtent pas à toutes les spécialités ; « l'anesthésie serait une discipline parfaitement adaptée à la téléconsultation, mais il est très rare que le patient ait vu l'anesthésiste au cours de l'année. Par ailleurs, mes interlocutrices évoquent que « concernant la téléexpertise, la facturation, est relativement faible, 12 à 20 euros, ce n'est pas incitatif. »

Le Dr Espinoza et Mme Canipel (SFT) mettent également en avant la stratégie de l'Assurance Maladie qui a été « très frénatrice ». Le Dr Espinoza déplore en particulier des années d'expérimentation et une succession de lois de financement de la sécurité sociale sans que cela n'ait abouti à identifier une masse financière suffisante pour financer les actes de télémédecine. Or « il n'y a aucun médecin qui puisse développer la télémédecine à titre gratuit » soutient-il. Il regrette que le déploiement de la télémédecine ait été promu sans en prévoir le financement, avec en parallèle « 4 milliards d'euros dans les transports sanitaires dépensés sans qu'à aucun moment le Ministère n'ait dit qu'il fallait en diminuer la charge afin que ces financements puissent servir à financer les actes et moyens techniques de la télémédecine ». Le Dr Espinoza regrette les nombreux projets de télémédecine qui auraient été pérennes « si le système de tarification n'avait pas été verrouillé ».

Mon interlocuteur de la DGOS est conscient que sans financement, il fut effectivement difficile de demander aux acteurs de s'impliquer dans le déploiement de cette nouvelle pratique. Certains professionnels médicaux se sont investis dans des projets, conscients d'optimiser leurs activités en pratiquant la télémédecine « mais cela a été difficile » me confie-t-il.

PARTIE III : Perspectives et préconisations

I. Déploiement de la télémédecine au service du patient : préconisations

1. Former les professionnels de santé à la télémédecine et protocoliser les prises en charge

A ce jour, peu de médecins sont formés à la télémédecine. Cependant des formations existent et sont validées par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC).³⁶ Indispensables et ouvertes non seulement aux médecins mais à tout professionnel de santé concerné par la télémédecine, ces formations nouvelles permettent d'apprendre à tirer le meilleur bénéfice de ces télépratiques médicales, tout en préservant pour les patients le même niveau de sécurité que lors des actes traditionnels en présentiel. Il est effectivement nécessaire que les professionnels de santé soient formés à la santé connectée et à la télémédecine afin qu'ils s'approprient, non seulement les outils numériques et leurs usages, mais également les organisations professionnelles nouvelles qui vont par conséquent être mises en place. Au lendemain de l'entrée dans le droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise, il est urgent de mettre en place un vaste programme de formation aux pratiques professionnelles de télémédecine. Comme signifié par les rapports de Simon et Acker (2008), l'apprentissage des nouvelles pratiques devra également être intégré aux cursus universitaires initiaux des professionnels de santé.

La distance séparant les télépraticiens du patient et, le cas échéant, du personnel présent nécessite également la mise en place et le respect strict de protocoles d'intervention spécifiques pour que les actes de télémédecine restent des actes médicaux et que la sécurité du patient soit assurée. Ces protocoles doivent embrasser diverses situations nouvelles, afin de neutraliser les interférences qui peuvent découler de l'éloignement géographique voire psychologique de certains acteurs³⁷. Il est primordial de normaliser les pratiques de télémédecine car au-delà de guider, c'est également une manière de rassurer et ainsi inciter les professionnels de santé à les utiliser.

³⁶ Durupt, M., Bouchy, O., Christophe, S., Kivits, J., Boivin J-M (2016) La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. *Revue santé publique*, 28, pages 487 à 497.

³⁷ Parizel, E., Marrel, P., Wallstein, R (2013) La télémédecine en questions. *Revue Etudes*, Tome 419, pages 461-471

2. Déployer du réseau et des outils performants sur l'ensemble du territoire

Les technologies sont devenues matures, il faut désormais développer des réseaux à très haut débit sur l'ensemble des territoires afin de relier les hôpitaux et les établissements. Dans les zones blanches, non desservies par l'ADSL, le réseau sanitaire peut être une solution. Surtout, il faut mettre en place tout ce qui gravite autour des outils, c'est-à-dire, l'installation, la formation et la maintenance des dispositifs, et mener une conduite du changement pertinente, en accompagnant dans son ensemble le projet de déploiement de la télémédecine sur le territoire.

C'est pourquoi, dans son dernier rapport public annuel ³⁸, la Cour des comptes a appelé les pouvoirs publics à mieux coordonner le déploiement des outils numériques en santé tels que la messagerie de santé et le dossier médical partagé. En effet, afin de promouvoir une prise en charge globale du patient en ville comme à l'hôpital, nous comprenons qu'un exercice plus collectif de la médecine, une meilleure coordination des soins et la mise en place de parcours gradués sont essentiels.

A cet égard, il est nécessaire de favoriser une relation coopérative entre les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux en s'appuyant sur les technologies du numérique qui permettent le partage et les échanges dématérialisés des données de santé nécessaires à la prise en charge coordonnée du patient. Il en est ainsi du dossier médical partagé, pour les données médicales qui doivent être mises en commun, et des messageries sécurisées de santé, pour les données devant être échangées entre les professionnels de santé, qui sont des outils numériques que nous pouvons citer afin d'assurer la coordination des soins. Ces dispositifs permettent de promouvoir le développement des parcours coordonnés et ainsi l'essor de la télémédecine.

Toutefois, en 2017, la Cour faisait part d'un déploiement peu probant concernant les messages sécurisés. Le déploiement du dossier médical partagé est, lui aussi, très progressif. La frilosité des praticiens d'une part, et le manque d'information des usagers d'autre part, semblent expliquer ce déploiement mitigé. Une nouvelle campagne d'information, plus pertinente et incitative s'annonce nécessaire afin d'informer davantage

³⁸ Cours des comptes, Rapport public annuel 2018. *Amplifier la modernisation numérique de l'état*, 146-169.

les citoyens (praticiens comme usagers) sur la pertinence de ces outils numériques et la manière de les utiliser.

3. Communiquer plus largement sur les pratiques de la télémédecine

Outre les documentaires médias sur la télémédecine, diffusés ponctuellement sur les chaînes de télévisions, ou articles de journaux, aucune campagne d'information grand public n'a été déployée au sujet de la télémédecine. Les initiatives sont davantage individuelles que collectives, avec des acteurs qui vont par eux-mêmes communiquer en interne auprès de leur patientèle (affiches sur les murs de leur cabinet ou établissement, flyers dans les salles d'attente...). Finalement, les citoyens sont très peu informés quant à l'existence de ces nouvelles pratiques, les expérimentations les concernant et leur déploiement.

Les interventions des pouvoirs publics en terme d'information se limitent le plus souvent aux prises de paroles de personnalités publiques lors de nouvelles orientations nationales, et cela peut induire l'émergence de fausses croyances. En évoquant les déserts médicaux comme thème prioritaire de la télémédecine par exemple, le gouvernement fait certainement une erreur. Non pas que la télémédecine ne puisse contribuer à améliorer l'accès aux soins dans des zones éloignées mais parce que la présentation qui en est faite lui porte préjudice. En effet, la télémédecine est généralement présentée comme l'une des solutions principales à la désertification médicale dans les territoires sous denses, ce qui laisserait à penser que la télémédecine se substituerait à la consultation médicale traditionnelle dans les zones à faibles densité médicale.

Dans le but de promouvoir le déploiement de la télémédecine, le ministère des Solidarités et de la Santé a lancé un jeu concours « Parlez-nous télémédecine » destiné aux personnes ayant participé à la mise en place d'un projet de télémédecine, dans le but de partager les expériences et de donner à d'autres professionnels de santé l'envie de se lancer dans l'aventure. Cette initiative, qui a connu un véritable succès, est toutefois davantage tournée vers les professionnels de santé que vers les citoyens. Mon interlocuteur de la DGOS le reconnaît, peu d'information grand public a été réalisée mais « nous y travaillons » m'a-t-il assuré. Il évoque effectivement une nécessaire acculturation auprès des citoyens français « à qui pendant 10 ans nous avons dit que l'on mettait en place des expérimentations en télémédecine parce que c'était trop compliqué » or « désormais nous disons que c'est

simple, il faut que les citoyens comprennent pourquoi » rappelle notre interlocuteur. L'information grand public n'est effectivement plus à négliger afin que la population française soit correctement sensibilisée aux pratiques de télémédecine et se sente ainsi concernée, mais également rassurée.

II. Les perspectives de la télémédecine

1. L'empowerment du patient connecté

Aujourd'hui, Internet a modifié la façon dont le patient a accès à l'information en santé. Ce patient « connecté » est de plus en plus informé et devient acteur de sa santé. En effet, certains outils scientifiques tels que le site « PubMed », ou le site de la HAS, ne sont plus réservés aux seuls médecins³⁹. L'avènement d'Internet dans la sphère médicale a ainsi conduit les patients à s'approprier un nouvel espace d'information et d'échanges⁴⁰. Ce sont « 68% des Français qui ont recherché des informations relatives à la santé sur internet et près d'une personne sur deux parle avec son médecin de ses recherches d'informations »⁴¹. Par conséquent, avant même d'arriver en consultation, la majorité des patients se sont déjà préparés et posent des questions pertinentes.

Le numérique peut alors être considéré comme un vecteur d'émancipation pour les patients. Ainsi, le concept d'*empowerment*, ou d'autonomisation du patient connecté prend tout son sens⁴². Le patient devient un patient « connecté » par l'usage des outils numériques mais aussi par l'usage encouragé des professionnels de santé qui mettent à disposition, dans une logique participative, des dispositifs numériques de suivi, notamment dans le cadre des maladies chroniques.

En effet, les maladies chroniques nécessitent de faire de la personne malade un véritable partenaire de soins, et de ne plus la considérer comme un simple « patient ». Jusqu'à présent, le médecin était le seul détenteur du savoir. Désormais, il est confronté à la

³⁹ Parizel E., Marrel, P. & Wallstein, R., 2013. La télémédecine en questions. *Revue Etudes*, 419, 461-471.

⁴⁰ Batifoulier P., Domin JP. & Gadreau M., 2011. Market Empowerment of the Patient : *The French Experience. Review of Social Economy*, 2, 143-162.

⁴¹ Étude IPSOS, 2016. A la recherche du ePatient. *Les Français et l'Internet Santé*.

⁴² Cases AS., 2017. L'e-santé : l'empowerment du patient connecté. *Journal de gestion et d'économie médicales*, volume 4, 137 à 158.

situation inédite de patients informés, surinformés ou mal-informés. Cela demande de sa part une nouvelle approche puisqu'il ne peut plus s'appuyer autant que par le passé sur « l'effet blouse blanche ». Finalement, la relation entre le patient et son médecin évolue ; ainsi, les médecins doivent ils intégrer ces nouvelles technologies pour préserver la qualité de leur relation et rester le pivot du parcours de soins.

2. Vers de nouveaux métiers⁴³

La pratique de la télémédecine n'est pas sans conséquences sur l'organisation des pratiques médicales, notamment au cours d'une consultation à distance. La consultation à distance implique tout d'abord une délégation de tâches interprofessionnelles puisque certains médecins ne pourront plus apprécier l'état physique de leur patient mais devront se fier aux dires du professionnel de santé présent aux côtés de celui-ci, ou aux indications données par les outils numériques dont ils disposent pour réaliser leurs observations. Certaines demandes peuvent être satisfaites facilement, comme le toucher cutané, d'autres demandes sont plus délicates à réaliser, relevant du seul savoir-faire du spécialiste. Dans ce cas, une consultation complémentaire en présentiel devra être initiée afin d'assurer un diagnostic complet. En tout état de cause, la pratique de la télémédecine implique une délégation de tâches nécessitant de la part du délégateur de mettre en discours des éléments qui ne sont pas toujours verbalisés lors d'une consultation traditionnelle à son cabinet. Toutefois, il est envisageable que certains spécialistes ne soient pas toujours prêts à déléguer. En effet, la délégation consiste à accepter le principe de confier à autrui certains actes qui sont au cœur même de la qualification professionnelle du potentiel déléguant. Ainsi, la culture professionnelle pourrait être un facteur de résistance quant à la pratique de la télémédecine.

Cet éventuel obstacle est à envisager, notamment en cadrant les interactions afin de préparer l'espace et le déroulement de la téléconsultation sous un format proche d'une consultation habituelle en face à face. Ces tâches de cadrage nécessitent l'intervention d'un coordonnateur permettant d'accompagner les changements qu'implique la pratique de la télémédecine. L'expérimentation de téléconsultation Télégéria HD© mise en place en juin 2009 entre deux hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), l'Hôpital Européen Georges-Pompidou (HEGP) et l'hôpital de gériatrie Vaugirard Gabriel-Pallez (VGP), a été déployée à l'initiative d'un médecin de HEGP qui a dû se saisir de l'ensemble du dispositif technique et organisationnel, des modalités de sa mise en œuvre en relation

avec les industriels concernés, et convaincre les différents professionnels des deux hôpitaux d'y participer. Son rôle de coordinateur a été majeur et ce n'est qu'à l'issue de la phase d'expérimentation qu'il a pu déléguer certaines de ses responsabilités.

Ainsi, apparaît un nouveau métier de « télémedecin » ou « medecin coordonnateur en telemedecine » qui viendrait assurer l'ensemble des cadrages nécessaires au bon déroulement des teleconsultations. Le premier cadrage essentiel est le cadrage technique. Celui-ci débute par la mise en place de la plateforme de telemedecine. Cette mise en place demande des compétences techniques impliquant de ce fait d'être en mesure d'émettre des demandes techniques aux services concernés. Le cadrage technique implique également de veiller à la bonne organisation des salles de teleconsultation et d'expliquer aux différents acteurs le bon positionnement face à l'écran afin d'assurer la fluidité des échanges. Il se poursuit par l'explication des modes de fonctionnement du dispositif et des moyens technologiques associés.

Un cadrage social est également nécessaire afin de présenter aux acteurs la pratique de telemedecine employée au sein de l'établissement, mais également de veiller à informer et « préparer » le patient en cas de teleconsultation. Aussi, un cadrage clinique, afin d'assurer un cadre de travail pertinent qui se déroule désormais collectivement : déroulement de la teleconsultation (synthèse du dossier médical, consultation, synthèse du diagnostic et du traitement...) et respect des règles éthiques et déontologiques (recueil du consentement des patients...). Enfin, un cadre organisationnel, est à initier : par exemple dans le cas de la teleconsultation il s'agira de veiller à la programmation des teleconsultations, à s'assurer que l'établissement requérant soit disposé à effectuer la teleconsultation (préparation du patient, préparation de la salle et des outils...) et que l'établissement requis en soit bien informé et préparé.

Cela implique la création d'un nouveau métier, tel que celui d'assistant en telemedecine, permettant d'assurer le bon fonctionnement des sessions au côté du coordonnateur, notamment lors des teleconsultations et teleassistances durant lesquelles l'aide d'un tiers est nécessaire. Une maîtrise technologique, notamment à travers la parfaite connaissance des logiciels et des différents outils (caméra, d'un tensiomètre numérique...) est requise pour faciliter la fluidité des sessions. La maîtrise organisationnelle également, à travers la saisie d'informations dans le dossier médical du patient, la prise de rendez-vous,

l'élaboration d'un planning, afin de coordonner les sessions entre les médecins et professionnels de santé, le patient et l'organisation interne de l'établissement. L'assistant de télémedecine aura également un rôle de médiation auprès du patient, primordial pour le bon déroulement des sessions. Un cadrage relationnel est également nécessaire afin de permettre une humanisation des sessions, la relation de confiance étant essentielle. L'assistant de télémedecine a également la responsabilité de préparer la salle (au regard de l'hygiène mais également de la préparation des outils nécessaires) et le patient (temps de déshabillage, installation face caméra...). Cette préparation du patient consiste également à s'assurer que celui-ci a bien été informé du déroulement de la consultation à venir, qu'il identifie les intervenants qu'il va rencontrer et qu'il est suffisamment disposé pour communiquer avec eux. Ici, le rôle de l'assistant en télémedecine est clé, puisqu'il s'agira d'accompagner le patient dans cette nouvelle démarche médicale, en apportant une réponse à ses interrogations et en levant ses éventuels doutes. En assurant la coordination des sessions de télémedecine ainsi qu'une prise en charge rassurante et adaptée, l'assistant de télémedecine assure un cadre sain et sécurisé aux téléconsultations et téléassistances. Autrement dit, son rôle principal est d'assurer les cadres techniques et organisationnels cités plus haut, et de veiller à la qualité du lien relationnel avec le patient.

3. La téléconsultation « personnalisée »

Les complémentaires santé et les assureurs développent depuis quelques années des plateformes de téléconseil médical personnalisé pour leurs adhérents. Le téléconseil médical personnalisé, qui peut être également qualifié de téléconsultation d'orientation, est ainsi une nouvelle pratique médicale à distance à laquelle la population porte de plus en plus d'intérêt. En effet, le téléconseil médical correspond à un nouveau besoin de santé : permettre à la génération « digitale » d'être rapidement rassurée suite à l'apparition de symptômes. Ces citoyens, qui sont déjà fortement incités à faire appel aux centres 15 avant de se rendre chez leur médecin ou aux urgences, pour raison financière ou pour cause d'éloignement, encomrent par conséquent les plateformes de régulation. Le téléconseil médical permet de les orienter vers une consultation immédiate ou différée en présence d'un médecin, ou vers un examen immédiat au sein d'un service d'urgence. Ce process est utile et participe au désengorgement des centres de régulation médicale et, de surcroît, des services d'urgence.

Ainsi, rénover le décret de télé médecine en intégrant les mutuelles et les assureurs, ou en mettant en place de véritables plateformes régionales de téléconsultations d'orientation est à envisager afin de ne plus restreindre la régulation des appels aux Centres 15 qui, aux regards des besoins, ne se contentent plus de répondre aux seuls appels d'urgences. Le développement du téléconseil médical permettra de mieux répondre à une demande immédiate de conseil. Les plateformes de téléconsultations d'orientation permettront d'opérer un premier filtre et de mieux distinguer l'urgence vitale de ce qui n'en relève pas, et ainsi redonner aux centres de régulation médicale leur fonction principale : la gestion et la prise en charge des urgences vitales.

Aussi, intégrer le téléconseil médical personnalisé au sein du décret de télé médecine, c'est lui donner un cadre légal et réglementaire et donc s'assurer qu'il permette de rationaliser le parcours de soins des citoyens. C'est ainsi éviter l'ubérisation de ces plateformes par la mise en place de certaines mesures. En effet, si l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et les partenaires conventionnels font évoluer ces plateformes dans ce sens, ils pourraient, en contrepartie, exiger que les médecins de ces plateformes renseignent obligatoirement dans le DMP de la personne qui a bénéficié d'un téléconseil médical personnalisé le compte rendu de chaque téléconsultation d'orientation afin que le médecin traitant puisse en prendre connaissance et que cela s'inscrive pleinement dans une dynamique de parcours. En effet, sans mesures strictes, le risque avec les téléconsultations d'orientation est de créer des parcours de soins parallèles à ceux de l'AMO. Cela favoriserait l'ubérisation de la médecine, c'est-à-dire un accès aux soins sous conditions de ressources, logique qui serait contraire aux besoins de la population française dont l'allongement de l'espérance de vie favorise le développement des maladies chroniques du vieillissement, nécessitant de ce fait, un parcours de soin pluriprofessionnel comme nous l'avons évoqué précédemment.

4. Le télésoin

L'introduction du télésoin dans la loi « Ma santé 2022 » est une innovation cruciale pour les professionnels de santé non médicaux. En effet, l'article L.6316-1 du code de la santé publique introduit une nouvelle section officialisant la pratique du télésoin. Ce dernier est défini comme une forme de pratique de soins à distance utilisant les techniques de l'information et de la communication, mettant en rapport un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences. Les auxiliaires médicaux concernés par le télésoin sont les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes,

les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes, les diététiciens...

Le cadre de leurs pratiques de télésoin devra être défini. Toutefois nous sommes déjà passés à une phase plus active pour les pharmaciens et les infirmiers.

En effet, à la suite de l'avenant 6 à la convention médicale concernant la télémédecine, signé le 12 juin 2018, l'avenant 15 à la convention nationale pharmaceutique précisant les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent contribuer à la réalisation d'actes de téléconsultation à partir de leur officine a été signé le 6 décembre 2018. Le pharmacien d'officine est effectivement un professionnel de santé incontournable au sein d'un parcours de soins territorial. L'introduction des téléconsultations au sein des officines est l'occasion de lui donner la possibilité de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins médicaux. En étant un lieu d'accueil pour les téléconsultations médicales, la pharmacie confirmera sa place de centre de santé de proximité, indispensable dans les zones rurales ou isolées, notamment pour les personnes âgées, à mobilité réduite ou handicapées confrontées à des difficultés pour se déplacer. Elle jouera un rôle essentiel dans les nouvelles organisations portées par la télémédecine ; le pharmacien, qui est souvent un confident, et donc détenteur d'informations plus personnelles confiées par le patient lors de leurs rencontres, en participant aux téléconsultations, apportera aux médecins traitants des informations essentielles, notamment sur la tolérance et l'observance des traitements du patient. En proposant des téléconsultations sur convocation avec les médecins traitants en officines, alternées avec des consultations en face à face, il s'agira d'offrir aux patients une prise en charge plus adaptée à leurs besoins, et donc davantage personnalisée. Cela implique de mettre en place des protocoles d'accord entre les officines et les médecins traitants.

L'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux valorise l'implication des infirmiers dans la réalisation d'actes de téléconsultation. Il crée un acte d'accompagnement du patient à la téléconsultation, en lien avec le médecin. La réalisation d'actes de télémédecine a lieu dans un cadre expérimental, et est donc non retribuée. Conformément à l'avenant, elle le sera désormais à partir du 1^{er} janvier 2020. Ainsi, l'avenant 6 confirme le rôle pivot des infirmiers au sein du parcours de soin coordonné. Au plus près du patient, en intervenant par exemple de façon quotidienne à son domicile, le rôle des infirmiers libéraux dans la télémédecine prend par définition tout son sens : information patient, motivation du patient, graduation des soins... Lors de téléconsultations, son rôle d'accompagnement et de

suivi permet de mettre en place un traitement efficace mais également d'assurer le suivi personnalisé, condition d'une prise en charge de qualité.

Les pratiques du télésoin s'inspirent des pratiques de télé médecine. En effet, il est précisé que seules les pratiques du télésoin par vidéotransmission feront l'objet d'un remboursement et que ces pratiques doivent être intégrées dans un parcours de soins coordonné, comme les pratiques médicales via la télé médecine, ce qui signifie que le patient devra avoir bénéficié d'une prise en charge au préalable, en présentiel, avec un pharmacien ou un auxiliaire médical connu du pharmacien ou de l'auxiliaire médical qui effectuera le télésoin. Là aussi, le patient devra donner son consentement.

En introduisant le télésoin, le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé permet de poursuivre une inscription logique au Code de la santé publique des soins à distance non médicaux. Les activités de télésoin seront définies par arrêté ministériel après avis de la Haute Autorité de Santé. L'avis de cette dernière portera notamment sur les conditions de réalisation du télésoin, afin de veiller à sa qualité et sa sécurité. Les conditions de mise en œuvre des activités de télésoin seront fixées par décret. Il s'agira ensuite de définir les tarifs et modes de rémunération de ce type d'acte.

Cette pratique professionnelle à distance va compléter la télé médecine, et contribuer avec elle à façonner une nouvelle organisation des soins. Nous comprenons que les soins à distance, alternés à des soins en présentiels, font désormais partie intégrante des pratiques du XXIème siècle pour améliorer les parcours de soins. Chaque professionnel de santé a son expertise et chaque expertise est complémentaire à l'autre. L'inter-professionnalité à travers la télé médecine et le télésoin est effectivement un réel gain pour les prises en charge. Il est ainsi nécessaire de mettre en marche l'ensemble des professionnels de santé et auxiliaires médicaux qui participent déjà à l'aventure.

Conclusion

Face aux nombreux défis de santé publique parmi lesquels nous retrouvons la baisse de la démographie médicale, l'allongement de l'espérance de vie et la prévalence des maladies chroniques, il est nécessaire de définir de nouvelles organisations de soins et de prises en charge des patients. Le virage du numérique a permis l'instauration de la télémédecine qui se présente aujourd'hui comme une solution prometteuse pour la qualité de notre système de santé. Reconnue légalement comme une pratique médicale depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST) du 21 juillet 2009, la télémédecine est appréhendée comme un facteur d'amélioration de la performance, permettant notamment d'optimiser la prise en charge des patients. Toutefois, en faisant évoluer la pratique de la médecine traditionnelle, la télémédecine interroge.

Ainsi, au travers des apports de la littérature et des différents entretiens de terrain que j'ai pu réaliser auprès de professionnels ayant une connaissance avérée de la télémédecine, je me suis attachée dans ce mémoire à démontrer en quoi la télémédecine permettait de compléter la médecine traditionnelle pour améliorer la prise en charge des patients. En favorisant l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles, en offrant une meilleure prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et en contribuant à une prise en charge territorialisée, coordonnée entre les différents professionnels de santé d'un territoire, il est apparu que la télémédecine constituait un facteur clé pour l'amélioration de la prise en charge des patients.

Pour se faire, cette nouvelle pratique médicale à distance doit reposer sur un projet médical répondant aux besoins d'un territoire de santé afin d'être déployée de manière coordonnée et s'intégrer dans une logique de parcours. Aussi, la formation et l'information auprès des professionnels de santé et des usagers doivent être accompagnées à grande échelle. L'ensemble des territoires français doivent également être fournis en réseau et la mise en œuvre d'outils performants doit être facilitée. Enfin, le financement de la télémédecine et son cadre juridique doivent trouver un juste équilibre entre un modèle médico-économique viable d'une part, et les attentes des différents acteurs concernés d'autre part.

Si les pratiques de télémédecine parviennent dès lors à se fonder dans la médecine du XXIème siècle, il y a fort à parier qu'on ne parlera plus de télémédecine mais tout simplement de médecine du XXIème siècle, structurée par les moyens du numérique d'ici quelques années. Dans ce contexte, nous devrions voir évoluer de nouvelles pratiques professionnelles telles que le télésoin, la téléconsultation « personnalisée » ou encore, le métier de médecins coordonnateur en télémédecine.

Bibliographie

1 - Légifrance, Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

2 - Légifrance, *Article L-6316-1 du code de la santé publique*. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020891702&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170328>

3 - Haute Autorité de Santé (2013). *Evaluation et amélioration des pratiques, grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine*.

4 - Légifrance, *Décret n°2010-1219 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine*. Journal officiel n°0245 du 21 octobre 2010. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&categorieLien=id>

5 - Serrie A., 2014. Prise en charge de la douleur chronique par la télémédecine : états des lieux et recommandations. *Douleurs Évaluation – Diagnostique – Traitement*, 15, 232-238.

6 - IRDES (2018). *La pertinence de soins en France, les principaux dispositifs et leurs évaluations*.

7 - Légifrance, *Loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. Journal officiel du 5 mars 2002. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

8 - Haute Autorité de Santé. *Communiqué de presse du 20 juin 2019*. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058522/fr/favoriser-le-deploiement-de-la-telemedecine-en-confiance#toc_1_1

9 - Haute Autorité de Santé (2019). *Fiche d'information du patient et rendez-vous téléconsultation*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

10 - Haute Autorité de Santé (2019). *Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, guide de bonnes pratiques*. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

11 - Rapport de la sécurité sociale, chapitre VII. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/media/39693>

12 - Legifrance, *Article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028372809>

13 - Legifrance, *Article 65 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012*. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025005833&categorieLien=id>

14 - Legifrance, *Article 54 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018*. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=8F8C7971DD7EDCCED006E35BF1E78E4E.tplgfr42s_2?cidTexte=JORFTEXT000036339090&dateTexte=20180101

15 - Ministère des solidarités et de la santé. *Ma Santé 2022, un engagement collectif*. Dossier de presse du 18/09/2018.

16 - INSEE (2019), *Projections de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

17 - DRESS, Santé publique France (2017), L'état de santé de la population en France, rapport 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

18 - Ordre national des médecins (2018) *Atlas de la démographie médicale en France*.

19 - Parizel, E., Marrel, P., Wallstein, R (2013) La télémédecine en questions. *Revue Etudes*, Tome 419, pages 461-471

20 - DRESS (2017), *Déserts médicaux : comment les définir ? comment les mesurer ?*

21 - J. Hubert, F, Martineau (2015) *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, rapport de fin de mission*. Ministère des affaires Sociales et de la Santé.

22 - Communiqué de presse du 23 mars 2019. Disponible sur :

<https://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/3739.php>

23 - Legifrance, Décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine. Journal officiel du 14 septembre 2018.

Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037399738&categorieLien=id>

24 - Ordre national des médecins (2018) « Télémédecine : décollage imminent ». *Le bulletin de l'Ordre national des médecins n°56*.

25 - Legifrance, Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

- 26** - Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher (2008). Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf
- 27** - Simon P., 2010. De nouvelles organisations et pratiques de soins par *télémédecine*. Médecine des maladies Métaboliques, 4, 251-256.
- 28** - J. Hubert, F, Martineau (2015) *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire, rapport de fin de mission*. Ministère des affaires Sociales et de la Santé.
- 29** - E. Andrès et collaborateurs (2019). *Mise au point sur les projets de recherche dans le domaine de la télémédecine dans le diabète*. Médecine des maladies Métaboliques, vol 13.
- 30** - E. Andrès et collaborateurs (2018). *Télémédecine dans le domaine de l'insuffisance cardiaque*. Médecine des maladies Métaboliques, vol 12.
- 31** - P. Simon (2017) *Les leçons apprises des principales études sur les objets connectés en télémédecine et santé mobile*. La Recherche Européenne en Télémédecine, 6, 67-77.
- 32** - Ipsos (2018) *Télémédecine : une réponse complémentaire efficace pour faciliter l'accès aux soins ?* Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/telemedecine-une-reponse-complementaire-efficace-pour-faciliter-lacces-aux-soins>
- 33** - DGOS (2017) *Rapport au parlement sur les expérimentations en télémédecine*.
- 34** - CNOM (2009) *Télémédecine : les préconisations du Conseil National de l'Ordre des médecins*
- 35** - Normand'e-santé, Domoplaies : un service de télémédecine appliqué aux plaies complexes. Plaquette d'information édition Mars 2019.
- 36** - Rapport de P. Simon et D. Acker (2008) *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins*.

- 37** - Ministère de la Santé (2018) *Les chiffres clés de l'offre de soins*.
- 38** - Durupt, M., Bouchy, O., Christophe, S., Kivits, J., Boivin J-M (2016) La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. *Revue santé publique*, 28, pages 487 à 497.
- 39** - Parizel, E., Marrel, P., Wallstein, R (2013) La télémédecine en questions. *Revue Etudes*, Tome 419, pages 461-471
- 40** - Cours des comptes, Rapport public annuel 2018. *Amplifier la modernisation numérique de l'état*, 146-169.
- 41** - Parizel E., Marrel, P. & Wallstein, R., 2013. La télémédecine en questions. *Revue Etudes*, 419, 461-471.
- 42** - Batifoulier P., Domin JP. & Gadreau M., 2011. Market Empowerment of the Patient : *The French Experience. Review of Social Economy*, 2, 143-162.
- 43** - Étude IPSOS, 2016. A la recherche du ePatient. *Les Français et l'Internet Santé*.
- 44** - Cases AS., 2017. L'e-santé : l'empowerment du patient connecté. *Journal de gestion et d'économie médicales*, volume 4, 137 à 158.
- 45** - Esterle L., Mathieu-Fritz A. & Espinoza P., 2011. L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. *Revue française des affaires sociales*, 63-79.

Table des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Liste des abréviations	4
Introduction	5
PARTIE I : La télémédecine	6
I. Cadre légal et réglementaire de la télémédecine en France	6
1. Définition	6
2. Les actes de télémédecine	8
2.1 La téléconsultation	9
2.2 La télésurveillance	10
2.3 La téléassistance	10
2.4 La téléexpertise	11
2.5 La régulation médicale	11
3. La télémédecine : un acte médical pertinent	11
II. Historique du déploiement de la télémédecine	14
1. Une volonté nationale	14
2. Le virage numérique	15
II. Les enjeux de la télémédecine au regard de la prise en charge des patients	17
1. Faire face au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques	17
2. Apporter une réponse à une démographie médicale sous-dense	18
3. Améliorer l'égalité d'accès aux soins des patients	19
4. Organiser le territoire au service de la prise en charge des patients.....	20
PARTIE II : État des lieux	21
I. Méthodologie	21
II. La télémédecine : une réponse pour l'amélioration de la prise en charge des patients ?	22
1. La télémédecine : un facteur clé pour l'amélioration de la prise en charge des patients	22
1.1 Etat des lieux.....	22
1.1.1 La télémédecine : un appui à l'organisation des parcours	23
1.1.2 La télémédecine : une réponse à l'augmentation des pathologies chroniques.....	24
1.1.3 Démographie médicale sous-dense : l'apport de la télémédecine.....	26
1.1.4 Améliorer l'égalité d'accès aux soins : la télémédecine, une solution complémentaire	27
1.2 Déploiement de la télémédecine pour l'amélioration de la prise en charge des patients : les leviers à actionner	29
1.2.1 Le financement et le cadre juridique de la télémédecine.....	29
1.2.2 L'accompagnement, au sens de la formation et de l'information	30
1.2.3 Pouvoir bénéficier du réseau et d'outils performants.....	32
1.2.4 Garantir une logique territoriale pour inscrire le patient dans une logique de parcours	33
1.2.5 Promouvoir le télésoin	35

2. Améliorer la prise en charge des patients grâce au déploiement de la télémédecine : encore du chemin à parcourir	36
2.1 Etat des lieux.....	36
2.2 Déploiement de la télémédecine pour l'amélioration de la prise en charge des patients : les freins à lever.....	37
2.2.1 La conduite du changement : une étape délicate à franchir auprès des médecins	37
2.2.2 Un amorçage technologique peu persuasif.....	38
2.2.3 Un financement tardif et peu incitatif.....	40
PARTIE III : Perspectives et préconisations.....	42
I. Déploiement de la télémédecine au service du patient : préconisations	42
1. Former les professionnels de santé à la télémédecine et protocoliser les prises en charge	42
2. Déployer du réseau et des outils performants sur l'ensemble du territoire.....	43
3. Communiquer plus largement sur les pratiques de la télémédecine	44
II. Les perspectives de la télémédecine	46
1. L'empowerment du patient connecté.....	45
2. Vers de nouveaux métiers	46
3. La téléconsultation « personnalisée »	48
4. Le télésoin	49
Conclusion.....	52
Bibliographie.....	54
Table des matières	59
Annexes.....	61

Annexes

ENTRETIEN N°1 Dr Espinoza Médecin interniste, urgentiste, expert en télé médecine	Date de l'entretien : 30 avril 2019 Lieu : Entretien téléphonique Durée : 1h
--	--

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre de mon Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS), je réalise mon mémoire sur la thématique « Télé médecine : état des lieux et perspectives » avec pour problématique « Comment la télé médecine améliore-t-elle la prise en charge des patients ? ». Ainsi, l'objectif de cet entretien sera d'obtenir vos retours d'expérience au sujet de la télé médecine, et de connaître vos préconisations quant à son déploiement.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera rendue anonyme et associée uniquement à un profil. De plus, elle sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1 - Quels sont, selon vous, les objectifs de la télé médecine ?

L'idée c'est que l'on intègre la télé médecine dans l'organisation des soins. C'est moderniser l'organisation des soins par tous les outils numériques. Il ne faut pas avoir une vision qui soit fenêtrée à la télé médecine. Si on fenêtré la vision à la télé médecine on oublie d'autres pants qui sont très importants tels que les outils numériques (messagerie sécurisée, e-prescription, dossier médical numérique), mais aussi l'intelligence artificielle, les objets connectés. Il faut s'interroger sur la fonction, les objectifs de la télé médecine dans chaque domaine d'activité spécialisé avec les sociétés savantes pour la prise en charge des maladies chroniques : gériatrie, cardiologie, l'AVC....

La télé médecine permet l'accès à distance. On sait aujourd'hui que la démographie médicale et les territoires désertifiés sont un vrai souci. L'accès au soins est particulièrement difficile par la distance et par la démographie des professionnels. C'est le cas dans la plupart des régions y compris Paris intramuros. La télé médecine permet de faciliter un accès aux soins aussi bien en médecine générale que pour un service spécialisé.

2 – Selon vous, ces objectifs ont-ils été atteints ?

Notre système de santé a peu évolué dans les 10 dernières années. Il se caractérise par un cloisonnement ville hôpital et par un fonctionnement centré sur les maladies aiguës avec une faible délégation de tâche entre médecin et infirmière. Si en 2011 le Ministère a annoncé cibler 5 types de projet prioritaire pour la télémédecine, il a manqué le choix d'une politique de coordination entre les ARS. Chaque région a créé sa plateforme ce qui n'a pas permis d'atteindre une masse critique d'activité. La balkanisation des régions est soulignée par le rapport de la cour des comptes 2017. Nous sommes les « champions du monde des textes sur la télémédecine » au détriment d'une politique pragmatique qui aurait dû privilégier l'émergence d'une tarification et le suivi par un observatoire national de la télémédecine annoncé en 2011 puis 2015 mais jamais financé. Faute de données nous sommes dans un flou sur les projets concrets émergents sur le terrain.

3 – Quels sont les leviers de mise en œuvre de ces objectifs ?

La messagerie numérique, le DMP et l'e-prescription sont des boosters de la télémédecine. Si vous avez accès à ces outils vous avez encore plus facilement accès aux usages de la télémédecine, téléconsultation et téléexpertise notamment. Je pense qu'il y a des objets connectés qui vont faire irruption en montrant leur efficacité pour des maladies chroniques. Pour exemple, les réseaux de surveillance des pacemakers ont été très efficaces ces dernières années et ont permis de faire de réels progrès territoriaux pour le suivi des pacemakers et défibrillateurs. Ainsi, l'émergence de tous les outils numériques dans les territoires seront des leviers.

Avec les CPTS, annoncé par notre ministre, nous n'avons pas besoin d'hôpitaux partout : les professionnels paramédicaux peuvent être de très bons relais territoriaux, il s'agira ensuite de faire des transmissions à distance pour demander des avis plus spécialisés. Pour moi c'est la dynamique territoriale qui est le point clé. Ces nouvelles organisations sont attendus sur le terrain.

Il faut que ces équipes soient outillées et que l'on ne soit pas dans une galère de réseaux numériques dans des zones blanches numériques et/ou sanitaires. Il faut que l'on assure la coordination des outils numériques entre les équipes métiers qui sont sur le territoire avec les avis plus spécialisés en médecine libérale et/ou dans les hôpitaux, les CHU et les gros CH. Il faut également être capable de fermer des structures qui sont obsolètes pour les remplacer par des structures plus légères plus dynamiques et opérationnelles, moins coûteuses, plus efficaces.

La tarification est mise en place en 2019, c'est un point clé, mais pour transformer un système de santé sans télémédecine en un système de santé avec télémédecine la question de l'amorçage, de l'appropriation métier est essentielle. Si l'on n'a pas des équipes territoriales qui accompagnent le développement de la télémédecine, son déploiement n'aura pas lieu d'un coup de baguette magique. En 2019 un déni de l'accompagnement métier qu'il faut faire pour que la télémédecine puisse se

mettre en place est réel. Et les médecins peuvent aussi être bloquants. Aujourd'hui des médecins dans les territoires sont vieillissants, au-delà de 50 ans même 60 ans parfois, pourquoi voulez-vous qu'ils se mettent à la télémédecine si on ne les accompagne pas ?! L'assurance maladie dit « ça y est on a tarifié les actes allez-y ! » mais l'accompagnement métier doit s'organiser par territoire sous le contrôle des ARS et les ARS ne sont pas prêtes, à mon avis, à accompagner, à déclencher des équipes mobiles, légères d'accompagnement. Ce serait aussi une façon d'impliquer les jeunes générations médicales. Donc je crains fort que dans les prochaines années on voit disparaître de plus en plus les médecins généralistes et spécialistes sans que la montée en charge indispensable de la télémédecine soit effective.

La télémédecine ça ne s'invente pas, ça ne s'improvise pas. J'ai derrière moi 15 ans de télémédecine, il faut qu'il y ait un minimum d'accompagnement. C'est à main forcée que l'assurance maladie a mis en place la tarification des actes et c'est à main forcée qu'elle mettra en place peut être, je l'espère, l'accompagnement métier indispensable. Aujourd'hui cet accompagnement est quasi inexistant et l'activité de télémédecine très faible sur le territoire. Peut-être que dans 1 ou 2 ans le message des tutelles risque d'être « Oui on a ouvert la tarification mais les médecins ne se sont pas mis à pratiquer la télémédecine » Où est l'accompagnement métier ? C'est l'élément clé ! Quand on modernise une activité, on accompagne, on forme notamment les jeunes générations. L'enseignement universitaire lors des études médicales, infirmières, spécialistes est quasi inexistant, il ne fait que débiter.

4 – Quels sont les freins ?

Depuis 2010, le Ministère de la santé et la DGOS ont sans cesse parlé de la tarification des actes, avec plusieurs lois de financement de la sécurité sociale qui ont prévu le financement des actes, mais aucune n'a abouti à identifier une masse financière destinée à payer les actes de télémédecine. J'ai connu la télémédecine de 2010 à 2018 sans qu'il n'y ait réellement de financement. Or, si vous n'avez pas d'argent pour payer les actes il n'y a aucun médecin qui puisse développer une activité de télémédecine gratuite. Pendant plus de 10 ans, on a prôné le développement de la télémédecine sans en prévoir le financement de manière adaptée. Il ne faut pas oublier qu'en 2011 on avait dépensé 4 milliards d'euros dans les transports sanitaires, or à aucun moment le Ministère n'a dit qu'il fallait diminuer les transports sanitaires pour que ce financement puisse servir à financer les actes et les moyens techniques de la télémédecine, modalité suggérée par des professionnels. S'il y avait eu ce langage de vérité probablement que l'on aurait mis en place depuis beaucoup plus longtemps la télémédecine dans les régions et un certain nombre de projets seraient restés pérennes, mais ils ont disparu au fil du temps parce que le système de tarification était verrouillé.

Ce que j'ai observé c'est que la France est balkanisée, elle était balkanisée à travers 26 ARS, on est passé à 13 ARS mais il est vrai que toute cette période des années

2010 n'a pas permis l'émergence d'un consortium industriel puissant qui déploie le dialogue de la télémédecine dans différents territoires. Donc chacun a fait son projet dans son coin, ce qui c'est un facteur très négatif. Les quelques évaluations médico-économiques proposées via l'HAS pour une tarification expérimentale (Plaies, EHPAD) sont aussi des échecs face à une méthodologie pratique trop complexe pour le terrain.

Par ailleurs, il faut ne faut pas sous-estimer la question de l'interopérabilité c'est-à-dire la communication entre les dossiers informatiques du médecin libéral ou hospitalier et les dossiers de télémédecine, mais cela fait 10 ans que l'on dit qu'il va falloir financer l'interopérabilité des systèmes et nous sommes toujours dans l'expectative. On ne peut pas se permettre de faire une double saisie, les médecins ont déjà une charge de travail importante, il faut que ces problèmes soient réglés par les pouvoirs publics. La messagerie sécurisée et l'e-prescription, le dossier médical (DMP) sont des boosters, malheureusement en France nous sommes encore verrouillés sur ces questions. Il faudrait qu'il y ait une vraie campagne nationale qui dise que l'on veut d'ici 2021 que tous les médecins soient connectés en France. L'e-prescription, cela fait des années que l'on en parle les banques utilisent la signature numérique et on est incapable de l'appliquer en médecine. Ce constat métier global est partagé par la cour des comptes qui dans son rapport illustre les dysfonctionnements stratégiques en comparant aussi la France à d'autres pays.

5 – Quelles sont les modalités d'évaluation ?

Chaque plateforme régionale créée en 2011 devait prévoir une évaluation automatisée qui n'a guère vu le jour. La bonne évaluation à construire c'est un bilan d'activité des 5 actes de télémédecine. La mesure des incidents technico-fonctionnels qui sont une gêne à l'usage métier. Chaque spécialité impliquée en télémédecine devrait construire une évaluation pragmatique faisable. N'oublions pas l'observatoire national des projets, des usages, qui devrait étendre son activité vers les objets connectés, la santé digitale en général pour aider, contribuer à suivre les évolutions et leur impact sur les territoires.

6 – A votre connaissance, quels projets ayant valeur d'exemple ont été mis en œuvre dans la région ?

Parmi les projets que j'ai mis en œuvre Télégéria ADSL, c'est un outil mobile connecté en WiFi et Télégéria HD qui est une station fixe très haute définition connectée à un réseau gigabit inter hospitalier. J'ai beaucoup appris sur les procédures métiers et l'appropriation métier. C'est l'absence de tarification et l'absence de soutien financier qui ont fait stopper le projet Télégéria ADSL. Avec le projet Télégéria HD, là nous étions entre Pompidou et Vaugirard avec une station très haute définition, qui a permis de montrer qu'entre deux établissements hospitaliers on est capable de réaliser des vidéoconférences. Il y a eu ensuite

TELEHPAD, en Bretagne, en territoire désertifié, qui a permis de montrer que les téléconsultations et les téléexpertises permettaient de mettre en place des réseaux entre les hôpitaux et les EHPAD, également avec les services de soins de suite et de rééducation en territoire désertifié. C'était un vrai projet de territoire avec une plate-forme régionale. Là encore, le projet s'est arrêté faute de financement. Je dirai que cela est dû à la langue de bois de l'assurance maladie qui à l'époque n'a pas ouvert la tarification des actes. S'il y avait eu la tarification dès 2016 on aurait pu probablement développer l'activité avec les hôpitaux avec un argumentaire efficient « *si vous faites 100 actes ils seront rémunérés à la hauteur de 100 actes* ». Nous étions donc pionniers trop tôt probablement. Je sais qu'en Bretagne il y a des choses qui recommencent mais je ne sais pas à quel niveau elles en sont. Il faut un amorçage pour acheter du matériel, il faut un accompagnement métier à la hauteur pour réussir à développer ces projets. Concernant les ARS, le dynamisme est très variable d'une région à l'autre.

En France parmi les projets régionaux, l'AVC, les plaies et pansements, la télécardiologie, la téléradiologie ont atteints une dimension d'activité raisonnable.

7 – Selon vous, quelles sont les évolutions futures de la télémédecine à 5 - 10 ans ?

Le télésoin sera très important. Par exemple, sur les plaies nous ne sommes pas forcément obligés d'avoir l'avis d'un médecin spécialiste, on peut avoir une infirmière qui fait du télésoin. On peut effectivement faire du télésoin dans différents domaines d'activités et recourir à l'avis du spécialiste pour certains dossiers pour des avis particuliers. Quand il s'agit par exemple d'organiser le retour au domicile d'un patient avec des anticoagulants, les infirmières sont plus à même de faire cette organisation territoriale plutôt que les généralistes ou spécialistes. On pourrait aussi imaginer qu'il puisse y avoir une connexion entre une infirmière en EHPAD et l'infirmière de référence de l'hôpital sur un traitement antalgique pour un malade qui a des douleurs chroniques. Il faut une construction de réseaux où la délégation de tâches est mise à la hauteur et que l'on sorte des dogmes médicaux où certains médecins pensent être les propriétaires exclusifs de leurs patients, alors même que c'est une activité qui doit être partagée par des procédures métiers claires entre médecins et infirmières.

8 – Quelles sont vos préconisations ?

Il me semble qu'il faut construire des réseaux de télémédecine. Il faut qu'il y ait une incitation forte à mettre en place des réseaux, qu'il y ait des sites opérationnels qui soient bien accompagnés pour atteindre une activité significative, et ensuite des lieux de formation où on peut venir voir comment ça se passe pour apprendre. Cela aura lieu à condition qu'il y ait une incitation forte via les ARS. Si par exemple il y a un hôpital qui fonctionne bien en gériatrie et qui réussit à mettre un projet en

place avec 10 ou 15 EHPAD ça peut être l'amorçage. L'amorçage c'est montré que ça fonctionne : montrer ici les bénéfices pour l'EHPAD, pour leurs patients et les familles, pour les hôpitaux parce que on évite des déplacements inutiles..., on décloisonne les structures, on initie, on participe à un transfert de compétence et de savoir. C'est finalement une question de stratégie. Quelle est la stratégie régionale ? Par exemple dans les maladies rares, dont on sait que les spécialistes sont en très petit nombre dans des centres de référence, c'est le cas par exemple à Lille, comment fait-on pour que des patients et leurs familles qui se trouvent à des centaines de km puissent accéder à ces compétences ? Notre Ministère de la santé a fonctionné de manière extrêmement cloisonnée entre la médecine de ville et l'hôpital, entre les CHU et les centres hospitaliers alors que nous sommes capables d'avoir une stratégie territoriale dynamique. Malheureusement je ne suis pas certain que l'on en prenne le chemin. J'ai des craintes assez fortes. Sommes-nous capables d'avoir moins d'administratif et de dépasser les contraintes économiques en France, réaliser les mutations organisationnelles avec plus de dynamique territoriale centrée sur les besoins ? Nous avons besoin de réseaux territoriaux de compétence. C'est un vrai enjeu de modernisation du système de santé.

Quelle sera la stratégie du Ministère de la santé, qui devrait passer d'un mode médico-économique verrouillé vers un modèle plus souple, plus dynamique, moins bloquant et moins lourd en termes de contrôle et d'usage des technologies. En effet, nous n'avons pas toujours besoin des technologies à 25 000 euros partout, alors que parfois une tablette, un smartphone, peut permettre l'accès aux soins d'une manière plus équitable. Aussi, j'observe dans les maladies rares, où je travaille aux côtés de la Fédération des maladies rares, qu'il y a des projets très intéressants mais qui devraient être multirégionaux. Cela permettrait d'apporter une masse critique et montrer qu'effectivement cela fonctionne. Soit on laisse le système émerger par la volonté des acteurs du terrain capables d'initiatives qui vont se mettre en place, soit il y a un véritable projet national dans lequel les pouvoirs publics s'impliquent et accompagnent plusieurs territoires. Je ne trouve pas normal par exemple que des projets multirégionaux n'aient pas vus le jour c'est une dimension à viser qui associe par exemple les Hauts de France et la région Midi-Pyrénées. Je trouve que ce serait une bonne manière de faire émerger des projets avec une dimension nationale et masse critique.

ENTRETIEN N°2

Médecin généraliste, expérimentateur en
télémédecine

Date de
l'entretien :
13 mai 2019
Lieu :
Cabinet du
médecin
Durée : 1h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre de mon Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS), je réalise mon mémoire sur la thématique « Télémédecine : états des lieux et perspectives » avec pour problématique « Comment la télémédecine améliore-t-elle la prise en charge des patients ? ». Ainsi, l'objectif de cet entretien sera d'obtenir vos retours d'expérience au sujet de la télémédecine, et de connaître vos préconisations quant à son déploiement.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera rendue anonyme et associée uniquement à un profil. De plus, elle sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1 – Comment vos projets de télémédecine ont-ils été mis en place ? Quels étaient les objectifs de départ ?

J'ai débuté l'expérimentation de téléconsultations avec un éditeur de logiciel d'envergure nationale dans le cadre de la mise en place d'un contrat de solidarité territoriale médical (CSTM). Il s'agissait de consulter dans un cabinet médical paramédical où il y avait des infirmières et une population à soigner, j'y étais notamment pour faire du renouvellement de traitement.

J'ai cessé cette expérimentation parce qu'il y avait des contraintes de temps qui dépassaient mes moyens. Je me suis également rendu compte que je n'étais pas client mais un moyen de monter le système. Finalement j'étais l'opérateur dans l'expérimentation et non pas effecteur. J'ai dû m'engager à payer un abonnement et à ne pas recevoir de patients le temps que le montage se fasse, ce qui a fini par me déplaire.

Cette expérimentation a duré du mois de mai au mois de novembre 2018 et le fait de m'être équipé m'a donné une façon de faire avec des moyens audio-vidéo, un logiciel... je sais donc mettre en place une téléconsultation.

De ce fait, je pratique la télémédecine à mon cabinet avec une autre application téléphonique qui me permet de faire une téléconsultation avec mes patients. Je

passer par *DocAvenue*. J'ai ouvert ce service pour m'habituer à faire de la téléconsultation. J'avais au départ ouvert à tout le monde, mais désormais une régulation est faite au niveau du secrétariat afin d'ouvrir seulement à ma patientèle. Cette activité est pour le moment arrêtée faute de temps et d'organisation.

J'ai donc pratiqué pendant 1 an pour mes patients en ALD, et arrêté depuis 6 semaines par manque de temps, mais lorsque j'ouvre la plateforme sur une journée, c'est trois à quatre demandes d'actes de téléconsultation, facilement 10 par semaine. Les demandes sont nombreuses, c'est un concept qui plaît beaucoup.

Je pratique également une expérimentation téléexpertise (par l'URPS) côté requérant. En effet je suis en lien avec un collège de dermatologues à qui j'envoie des photos pour interprétation.

2 – Avez-vous rencontré des difficultés ou des freins pour vos projets de télémédecine ? Et quels ont été les leviers ?

La principale difficulté a été la nécessité de tout monter. En effet, avec l'expérimentation que je citais précédemment, je suis arrivé au début du montage il a fallu tout créer et ainsi faire évoluer la plateforme. La plateforme nécessite également de rentrer les codes de carte bancaire il faut donc des patients compliants à cette démarche ce qui n'est pas toujours le cas, il faut choisir les « bons » patients.

L'une des autres difficultés c'est que les infirmières ne sont pas réceptives, du moins pour le moment. Elles ne se rendent pas compte à quel point ça va leur faire gagner du temps parce que c'est elles qui pourront téléconsulter ensuite.

Une autre difficulté c'est également tout le processus derrière : pouvoir convertir une ordonnance en pdf, que le patient puisse la réceptionner et l'éditer. Il faut éduquer le patient mais également la pharmacie, le kiné... tous les gens qui sont destinataires des ordonnances.

Il faut aussi éduquer la sécurité sociale, j'ai eu à rencontrer le responsable des relations de santé car j'avais des oppositions sur le paiement de la téléconsultation : quand j'envoyais mes facturations TCG, la nomenclature n'était pas à jour, donc l'acte n'était pas identifié et mes paiements étaient considérés comme paiements à tort. J'ai donc dû envoyer pour chaque téléconsultation une feuille de soins, c'est une perte de temps considérable. Finalement on se rend compte que lorsque l'on veut lancer quelque chose qui est pourtant promis au niveau, il n'y a pas *grand-chose* de prêt à côté.

3 – Selon vous quels sont les avantages de votre offre de télémédecine ?

L'avantage pour les patients c'est la rapidité de traitement de leur demande et la fluidité des échanges, la convivialité. On voit les gens chez eux ou dans leurs voitures, ça nourrit le lien clinique : ils sentent que je suis pleinement disponible, ce qui est confortable pour eux. Je trouve personnellement ça très efficace, mais le panel de patients doit être vraiment bien défini. Il est nécessaire de réguler, car il y a des profils pour lesquels la téléconsultation n'est pas adaptée. Je sais par exemple que pour certains de mes patients ça sera problématique. Si on ne régule pas ça peut aussi déboucher sur des demandes incongrues comme une demande de contraception le samedi après-midi. Il y a une nécessité d'éducation.

La télémédecine est un excellent moyen de passer en éducation thérapeutique puisque ça oblige le patient à bien respecter le temps clinique du médecin, ça l'oblige également de connaître ses constantes et de mettre en conscience sa maladie, finalement ça le rend acteur de la maladie et acteur de guérison grâce à ces moyens techniques.

La télémédecine permet aussi de renforcer le rôle des infirmières, et des paramédicaux en général, et donc d'améliorer la coordination des soins. Concernant les infirmières, selon moi, elles ne sont pas suffisamment informées et le fait qu'elles ne soient pas rémunérées ne les mobilise pas davantage, en effet je les mobilise mais je suis le seul à percevoir une rémunération. J'essaie de les convaincre sur le fait que ça les préparera lorsque ça sera leur tour.

J'ai tout avantage à ce que mes patients deviennent savants, de manière à pouvoir m'informer sur leurs états par les constantes et ainsi aménager mon temps de travail à l'avenir. Ce qui manque c'est de la formation. Une fois que tout cela sera mis en place correctement, je vois ça comme de la place pour des nouveaux patients et donc pouvoir élargir ma patientèle.

4 – Selon vous quels sont les inconvénients de cette offre ?

Le fait qu'une téléconsultation soit rémunérée au même titre qu'une consultation traditionnelle en présentiel est un point négatif. Selon moi, ça devrait être plus valorisée car il y a un temps administratif incompressible, et comme c'est en expérimentation je pense également que les médecins qui s'y mettent devraient être davantage valorisés, notamment lorsqu'ils participent au déploiement de nouveaux programmes/outils comme se fut le cas pour moi en début d'expérimentation, sans que pour cela soit reconnu malgré l'aide apportée aux industriels notamment.

5 – Avez-vous réalisé des enquêtes de satisfactions auprès de vos patients ?

Je n'ai pas réalisé d'enquêtes de satisfaction, je peux dire que l'ensemble de mes patients ont été satisfaits du fait de leurs retours directs. J'ai simplement, une fois, senti le reproche sur la facilité que j'avais eu de prendre une rémunération pour un acte facile (en l'occurrence le diagnostic d'une conjonctivite) et rapide. Les patients peuvent parfois oublier la responsabilité du diagnostic qui nous incombe derrière, et aussi le fait qu'une téléconsultation peut être très rapide car nous consacrons pleinement notre temps à ce moment, l'un comme l'autre.

8 – Quelles sont vos préconisations ?

Mes préconisations c'est que tout le monde soit formé, patients, médecins mais aussi tutelles, car pour le moment, en tant que professionnel de santé, sur le terrain, il faut vraiment avoir envie...

ENTRETIEN N°3

Mme Lambert - Directrice de la stratégie du CH de Valenciennes
Mme D'Hont – Chargée de mission

Date de l'entretien :
15 mai 2019
Lieu : CH de Valenciennes
Durée : 1h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre de mon Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS), je réalise mon mémoire sur la thématique « Télémédecine : état des lieux et perspectives » avec pour problématique « Comment la télémédecine améliore-t-elle la prise en charge des patients ? ». Ainsi, l'objectif de cet entretien sera d'obtenir vos retours d'expérience au sujet de la télémédecine, et de connaître vos préconisations quant à son déploiement.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera rendue anonyme et associée uniquement à un profil. De plus, elle sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1 - Quels sont, selon vous, les objectifs de la télémédecine ?

Les objectifs de la télémédecine sont :

- Répondre à un besoin de santé publique
- Limiter les hospitalisations quand elles sont évitables
- Améliorer la qualité de vie du patient
- Maintenir le patient dans son lieu de vie (c'est très important, surtout pour les personnes âgées)
- Réduire les temps de rendez-vous et les coûts liés aux transports sanitaires
- Développer l'approche pluri disciplinaire
- Accroître les compétences des requérants
- Créer un continuum ville hôpital

2 – Selon vous, ces objectifs ont-ils été atteints ?

Pour les projets en fonctionnement, nos objectifs sont atteints.

Désormais nous cherchons à développer notre offre de télémédecine afin de pouvoir répondre à d'autres types de prise en charge, comme par exemple la télédermatologie et la télésurveillance en cardiologie et en diabétologie.

3 – Quels sont les leviers de mise en œuvre de ces objectifs ?

Selon moi, la première des choses, est qu'il ne faut pas vouloir faire de la télé médecine pour faire de la télé médecine.

La télémédecine ce n'est pas qu'un outil, c'est à la fois une volonté forte côté professionnels et côté patients qui nécessite avant tout un projet médical et une organisation.

Ensuite, la formation et l'acculturation des équipes sont essentielles.

Au fil de la pratique, la télé médecine permet aux personnes requérantes d'acquérir des réflexes et un questionnement sur la prise en charge du patient.

Dans le cadre de la télésurveillance, rendre le patient acteur de sa prise en charge, et impulser une nouvelle approche patient-médecin sera bénéfique pour le suivi et l'évolution de sa maladie.

4 – Quels sont les freins ?

L'une des limites aujourd'hui à la mise en œuvre de la télémédecine est liée aux critères restrictifs de la valorisation des actes.

Les patients hospitalisés ne peuvent bénéficier d'aucune facturation complémentaire (ex pour le télé-AVC) car cette activité n'est pas prévue dans la nomenclature.

Une autre condition pour la facturation des actes est que le praticien doit avoir vu le patient au moins une fois dans les 12 mois précédents.

L'anesthésie serait une discipline parfaitement adaptée à la téléconsultation, mais il est très rare que le patient ait vu l'anesthésiste au cours de l'année.

Par ailleurs, concernant la téléexpertise, la facturation est relativement faible, 12 à 20 euros, Ce n'est pas incitatif.

Les outils peuvent également devenir une limite.

Par exemple, dans le cadre de notre dispositif Télépallia©, relatif à la prise en charge des soins palliatifs, nos outils ralentissent nos échanges avec nos partenaires (EHPAD du Valenciennois).

Nous avons un système informatique qui ne permet pas de transférer automatiquement les données entre dossiers informatisés.

De ce fait, ce n'est pas fluide et aujourd'hui nous sommes en difficulté avec nos outils, nous cherchons à les améliorer.

En effet, le problème avec la télémédecine jusqu'à maintenant c'est que les outils sont lourds : sortir le chariot, aller dans une salle, attendre que le dispositif se connecte... ressaisir les informations médicales... nous cherchons donc à nous tourner vers des outils plus simples d'utilisation.

D'autres limites peuvent être soulignés, notamment lorsque le patient est chargé de transmettre lui-même ses données (cf télésurveillance en diabétologie).

Par ailleurs, la responsabilité du praticien est soulevée, elle peut parfois être un frein à la mise en œuvre des projets de télésurveillance.

5 – Quelles sont les modalités d'évaluation ?

Chaque projet de télémédecine implique un relevé d'indicateurs. Celui-ci se base à minima sur le nombre et le type d'actes réalisés, ainsi qu'une revue annuelle avec le ou les partenaires.

Pour le télé-AVC, le cadre du GCS nous impose effectivement une rigueur supplémentaire. Une évaluation de critères médicaux très poussée est réalisée, au regard d'indicateurs de prises en charge. Par exemple les délais d'accès au recours télé, l'évolution du taux d'hémorragie, la population traitée...

6 – A votre connaissance, quel projet ayant valeur d'exemple a été mis en œuvre dans la région ?

Nous avons développé un partenariat avec le Hainaut-Artois dans le cadre de la gestion des AVC.

Ce projet est parti du constat de deux neurologues (de Lens et de Valenciennes) selon lequel il s'avérait très difficile de couvrir l'ensemble des gardes. Leur idée fut alors de mutualiser leurs gardes afin de mettre en place un système permettant d'améliorer la prise en charge des patients en toute sécurité et la coordination de l'ensemble des professionnels de santé.

Au départ, les deux neurologues ont créé en 2011 une filière neuro-vasculaire Artois-Hainaut de téléexpertise avec une garde unique pour Valenciennes Lens et Maubeuge.

Le dispositif s'est ensuite élargi à Arras et Cambrai en 2013, puis à Douai en 2015. En 2017, notre volonté (celles de nos partenaires et la nôtre) fut de faire évoluer le partenariat en constituant un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) compte tenu de l'ampleur et de la complexité du projet.

Aujourd'hui, nous estimons être en phase de maturité sur ce projet ; il fonctionne très bien. Nous avons une garde de radiologue pour l'interprétation des clichés et une garde de neurologue pour la détection de l'AVC et l'entretien avec le patient.

Le circuit est le suivant : le patient arrive aux urgences pour une suspicion d'AVC, il passe alors un cliché IRM, les données sont envoyées sur un Cloud, le radiologue qui est d'astreinte sur l'un des sites du GCS interprète le cliché et envoie les résultats sur le dossier patient informatisé, le neurologue va ensuite pouvoir faire une téléconsultation avec le patient qui est installé dans une salle dédiée.

En cas de tromboembolie, le patient est transféré au CHU de Lille.

Quand un établissement ne dispose pas d'unité neuro-vasculaire (le cas de Douai) pour le suivi du patient après la thrombolyse, il sera directement transféré dans un des établissements du GCS (dans ce cas il ira par exemple à Arras ou Lens). On comprend qu'un tel dispositif permet de fluidifier le parcours du patient et ainsi éviter toute rupture de prise en charge. C'est aussi une mutualisation des ressources humaines et des compétences rares, ce qui crée une forte valeur ajoutée à la télémédecine.

Le nombre d'actes de téléconsultation que nous réalisons ne fait que croître, avec 1392 actes en 2015, et 1413 en 2018, ce qui prouve bien que nous répondons à une prise en charge qui était insuffisamment couverte auparavant.

Par ailleurs, le dispositif TéléPallia© qui prend en charge les résidents d'EHPAD en soins palliatifs est un dispositif qui est en cours de duplication dans plusieurs régions de France. Ce dispositif consiste à une prise en charge globale (douleur, plaies, état psychologique...) du résident en présentiel, téléexpertise et téléconsultation.

7 – Selon vous, quelles sont les évolutions futures de la télémédecine à 5 - 10 ans ?

La télémédecine va se démocratiser et s'ouvrir vers d'autres prises en charge.

8 – Quelles sont vos préconisations ?

Il faudrait que les outils soient adaptés, qu'ils soient légers, faciles à utiliser, compatibles avec des connexions 3G ou 4G.

Mieux organiser les prises en charges également : nous ne pouvons pas avoir « du tout télémédecine » ni « du tout prise en charge sur site ». Il faut une réelle réflexion stratégique sur ce qui relève de la télémédecine, permettant au plus grand nombre d'accéder aux soins quel que soit le lieu de leur prise en charge.

Il faut articuler l'hôpital avec la ville également afin de créer un système cohérent, alors qu'aujourd'hui les choses avancent plutôt par silos.

ENTRETIEN N°4

Mme Canipel, secrétaire générale de la Société Française de Télémedecine (SFT)

Date de l'entretien : 20 mai 2019
Lieu : CRMPR Les Herbiers
Durée : 1h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre de mon Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS), je réalise mon mémoire sur la thématique « Télémedecine : état des lieux et perspectives » avec pour problématique « Comment la télémedecine améliore-t-elle la prise en charge des patients ? ». Ainsi, l'objectif de cet entretien sera d'obtenir vos retours d'expérience au sujet de la télémedecine, et de connaître vos préconisations quant à son déploiement.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera rendue anonyme et associée uniquement à un profil. De plus, elle sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1 - Quels sont, selon vous, les objectifs de la télémedecine ?

Cela dépend du point de vue que l'on adopte.

Au regard de MA Santé 2022, l'objectif de la télémedecine est de redonner de l'accès aux soins dans les déserts médicaux.

Selon moi, il faut se situer sur un plan plus général, c'est-à-dire que notre société a totalement évoluée avec l'arrivée d'internet ; les relations médecins/patients ont complètement changé. Dans notre vie de tous les jours, qu'on soit patient ou non, médecin ou non, internet est omniprésent. D'ailleurs, la génération des « personnes âgées » vit très bien avec internet.

En parallèle, nous avons un système de santé à bout de souffle en France. Nous avons eu l'une des plus belles médecines au monde (nous avons été très longtemps premier au classement de l'OMS) mais l'obligation fut de repenser les parcours patients, nos prises en charge ainsi que les rôles des acteurs. Je pense que nous ne l'aurions pas fait si l'arrivée du numérique, et donc de la télémedecine, n'avait pas eu lieu.

L'objectif de la télémédecine est selon moi de mieux soigner qu'on ne le faisait déjà, en se donnant un mode d'exercice supplémentaire grâce à la possibilité de soigner à distance. En effet, il n'est pas toujours nécessaire de faire déplacer un patient, qui attendra par exemple 2h dans une salle d'attente et engendra des frais de transport alors que sa présence n'était pas obligatoire.

Toutefois, il est important de rappeler que nous n'allons pas tout soigner par télémédecine, et surtout que nous n'avons pas besoin de tout faire par télémédecine. La télémédecine va faire évoluer les pratiques professionnelles parce qu'elle oblige à repenser le parcours patient, dans un parcours alterné. Elle oblige aussi, de manière encore plus forte qu'avant, à prendre une décision partagée entre le patient qui devient réellement acteur de sa santé et le médecin. Cette décision partagée va obliger le médecin à dire, entre autres pour les pathologies chroniques, par exemple « j'ai besoin de vous voir tous les 6 mois, par contre le transfert de votre glycémie, votre tension... ne nécessite pas un déplacement, nous pouvons nous connecter à l'heure x et nous ferons le point ensemble ». Aujourd'hui, les médecins découvrent effectivement que l'on communique très bien à distance. Et lorsqu'il est nécessaire de palper, par exemple lors du dépistage du cancer du sein, le présentiel sera naturellement privilégié. J'insiste effectivement sur le fait que c'est un parcours décidé à deux et alterné entre la télémédecine et le présentiel.

En conclusion, selon moi, l'objectif de la télémédecine est d'encore mieux soigner, en offrant la possibilité d'offrir un suivi plus rapproché par des consultations à distance, et bien sûr, d'améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-denses médicalement.

2 – Selon vous, ces objectifs ont-ils été atteints ?

L'objectif du déploiement de la télémédecine sur l'ensemble de la population on en est très loin. En mars, la CNAM a signifié qu'entre septembre et mars seulement 8000 téléconsultations ont été réalisées, c'est dérisoire. La télésurveillance est toujours en expérimentation dans le projet ETAPES et là, c'est 5000 patients, ce n'est vraiment pas beaucoup. L'objectif de déploiement n'est donc pas atteint.

L'objectif qui est atteint est le remboursement sécurité sociale pour la téléconsultation, et pour la téléexpertise pour certaines pathologies. C'est une magnifique avancée. L'objectif qui n'est pas encore atteint non plus, c'est l'appropriation par tous les professionnels de santé de l'exercice à distance de la médecine. Cela va se faire ; les professionnels de santé ne sont pas suffisamment conscients de ce que les formations peuvent apporter. Nous avons créé, avec la SFT, l'Université de la Médecine Digitale, où j'anime par exemple des sessions sur 3 jours en accompagnement de projet et une simulation de téléconsultation par exemple.

3 – Quels sont les leviers de mise en œuvre de ces objectifs ?

Le premier levier est la motivation des professionnels de santé. A partir du moment où les professionnels de santé sont motivés et qu'ils y croient, ça va être simple et se mettre très facilement en place.

Le deuxième levier, qui n'a pas été bien fait jusqu'à maintenant, est l'information patient. Nous avons eu la vague de 2010 avec l'arrivée du décret, où on nous a d'ailleurs reproché de couper le patient de son médecin, et aujourd'hui nous n'informons pas suffisamment la population de cette possibilité de soins à distance, et surtout, en la dédramatisant, c'est-à-dire en mettant la téléconsultation à la même place qu'une consultation classique. Aujourd'hui les médecins qui consultent à distance sont dans de très bonnes conditions de travail, ils s'installent, se consacrent pleinement à la consultation, sont assistés d'outils performants, mais on ne communique pas là-dessus. Le scoop est toujours négatif, on ne nous parle pas suffisamment des choses positives qui fonctionnent, même dans les tables rondes que nous animons en tant qu'experts, on cherche à ne nous faire dire que les freins. Il est important de communiquer simplement avec les patients en leur disant que c'est la même consultation, que la décision continuera à se prendre à deux, qu'ils donneront leurs consentements (et donc qu'ils ne seront pas obligés de faire une téléconsultation s'ils ne le souhaitent pas) et que leurs données, si elles ont besoin d'être communiquées de manière numérisée, seront protégées.

4 – Quels sont les freins ?

Dans les freins, c'est un problème d'organisation et d'évolution des pratiques professionnelles. En effet, l'évolution des pratiques professionnelles signifie qu'il faut changer ses habitudes, et donc son organisation. C'est poser un temps pour ses consultations, et un temps pour ses téléconsultations ; c'est repenser ses journées, dans un monde surbooké où les médecins sont insuffisants et manquent de temps. Ainsi, on voit de plus en plus de médecins qui se regroupent dans des maisons de santé et des pôles pluri-professionnels qui leur permettent de mieux organiser leur temps et de repenser le parcours coordonné du patient avec une redistribution des rôles entre le médecin, l'infirmière, le kiné, le psychologue... et ainsi se distribuer les tâches au service du patient pour un meilleur accompagnement et une meilleure efficacité de l'exercice de nos métiers. C'est aussi redonner du sens à nos métiers : pour un pharmacien, accompagner une téléconsultation, c'est différent que de distribuer des comprimés : la télémédecine permet de les rattacher plus fortement au contexte médical.

Finalement pour moi, le seul vrai frein, comme je l'ai évoqué devant 150 médecins dernièrement « c'est dans vos têtes, faites simple, allez-y, essayez ». Il y a tout un chemin à faire faire aux professionnels de santé de confiance en les algorithmes du numérique, pour justement se dégager du temps humain.

Ainsi, il faut intégrer cette démarche dans les études de médecine mais également d'infirmiers de pharmaciens... ce qui n'a pas été fait jusqu'à présent.

Les outils des plateformes d'ARS sont également un frein : ce sont des outils lourds, pas faciles. Nous sommes obligés de solliciter l'industriel pour dire que ça ne fonctionne pas, et ça ce n'est pas normal. Pour que les outils se développent mieux, il faudrait qu'ils puissent faire de la recherche et développement, mais il n'y a pas d'argent pour ça en France. A côté de ça, dans la téléconsultation, il y a tout une génération d'industriels axés sur la prise de rdv qui, eux, ont des bons outils qui fonctionnent bien mais qui ne permettent pas pour certains d'intégrer des objets connectés tel que le stéthoscope connecté pour une téléconsultation de qualité. Ils ne permettent que de soigner la « bobologie » ce qui n'est pas la vocation de la télémédecine de se nicher dans ces indications seulement ! Aussi, comme les plateformes des ARS ont été développées sur toutes les régions, on pousse à les utiliser. D'ailleurs, ces plateformes ont été créés sur des budgets nationaux, dans le cadre du budget FIR, et aujourd'hui, dans certaines régions, les professionnels de santé sont obligés d'acheter au GCS de l'ARS leurs outils : certaines les offrent, ce qui me paraît normal, mais certaines font payer l'outil.

5 – Quelles sont les modalités d'évaluation ?

C'est l'une des choses qu'il va falloir mettre en place. Toutefois, en présentiel, est-ce que l'on évalue toutes nos pratiques professionnelles ?

Nous sommes entrain de vouloir être encore plus exigeant avec la télémédecine que pour ce qu'il en est en présentiel alors que c'est la même chose mais à distance.

Toutefois, comme nous sommes à un changement, c'est justement le moment de changer et de mettre en place des évaluations de pratiques professionnelles dans un but d'amélioration afin d'établir des mesures correctives si nécessaires. Il faut d'abord évaluer la satisfaction des patients et des professionnels de santé. Les professionnels de santé ont-ils du plaisir au travail en pratiquant la télémédecine ? C'est extrêmement important de redonner du plaisir à soigner.

Bien sûr évaluer la qualité des soins. D'ailleurs, je ne pense pas qu'il faille toujours dire qu'il faut faire mieux qu'en présentiel. Faisons déjà au moins aussi bien, et si on fait mieux, cela sera encore mieux. Pour cela, il suffit de prendre les indicateurs quantitatifs et qualitatifs clés de chaque pathologie, et évaluer la qualité du travail qui a été fait. Demander des études sur 5 ans, de 1500 patients, de morbidité... non, ce n'est pas un médicament, c'est un acte médical, donc nous ne sommes pas dans la même évaluation.

6 – A votre connaissance, quels projets ayant valeur d'exemple ont été mis en œuvre dans la région ?

Il y a beaucoup de projets matures maintenant.

Dans les plaies chroniques, le projet DOMOPLAIES fonctionnent très bien. Dans le diabète, dans l'insuffisance rénale il y a également des projets qui fonctionnent bien. Dans l'hypertension artérielle il y a par exemple le projet INOHTA qui est actuellement entrain de suivre 15 maisons de santé avec un objectif de 250 patients suivis sur 3 mois...

La télésurveillance c'est plus compliqué, c'est plus difficile à mettre en place. Elle implique plusieurs professionnels de santé et aussi, elle ferait bouger un système de sécurité sociale en France auquel les professionnels de santé tiennent : jusqu'à présent on est au paiement à l'acte, or avec la télésurveillance on risque d'être eu forfait.

Selon moi, la télémédecine est un acte médical comme un autre, une offre de service dont tout le monde doit pouvoir bénéficier. J'ai travaillé l'année dernière dans un programme pour des centres médico-sociaux pour polyhandicapés. Ces patients développent 5 fois plus de complications que nous, dues à leur pathologie initiale. Quand on les met dans une ambulance, qu'on les transporte à l'hôpital, ils deviennent pour certains, agressifs et épuisés, je pense par exemple aux autistes. Par conséquent, les médecins attachés qui ont très peu de temps (0,2 ETP ici), n'arrivent pas à réaliser une prise en charge nécessaire pour être efficaces. Ces patients sont très mal soignés notamment en ce qui concerne l'hygiène bucco-dentaire, gynécologique... Il faut oublier nos parcours d'avant, aujourd'hui un parcours normal quand on est soigné doit permettre à chacun l'accès aux soins, quelles que soient nos pathologies et quelque soit l'endroit où on est soigné.

Le Ministère de la Santé valorise et pousse les projets, en parallèle la CNAM a très peur de la multiplication des actes et d'un trou dans la caisse. Ils sont effectivement prudents sur le développement des projets. Mais nous voyons bien qu'avec l'apport qu'il y a pu y avoir d'argent, et cette volonté du Ministère de mettre en place le numérique dans notre santé, que les choses ont bougé d'un seul coup. Et puis, nous sommes très français, administratifs, avec des contrats... mais tout cela est en train de se simplifier. Quand il y a la volonté au niveau d'un pouvoir alors il n'y a plus de freins.

7 – Selon vous, quelles sont les évolutions futures de la télémédecine à 5 - 10 ans ?

Depuis le mois de Janvier, on s'aperçoit qu'il y a un creux de la vague en termes de personnes demandeuses d'explications autour de la télémédecine. Avant, j'avais le téléphone qui sonnait 20 fois par jour « c'est quoi ? comment ? je serai responsable de quoi... ? » or plus du tout : c'est positif, c'est entrain de passer dans le soin courant. On est entrain de banaliser la télémédecine, ce qui veut peut-être dire que dans 10 ans la télémédecine sera parfaitement ancrée dans les mœurs « *un jour j'aurai une consultation en ligne, un jour j'aurai une consultation en présentiel* ».

8 – Quelles sont vos préconisations ?

Mes préconisations sont :

- La formation initiale et continue des professionnels de santé
- L'information grand public
- Des outils qui fonctionnent et, surtout, du réseau
-

Il faut vraiment qu'en ambulatoire, nos professionnels de santé arrêtent de travailler en silos, et retravaillent en équipe coordonnée, où on a une somme d'expertises qui donne une somme supérieure à une expertise seule.

Nous qui avons été pionniers, tous les projets de télémédecine que nous avons réussis ou que nous avons vu devenir matures sont ceux avec une équipe pluridisciplinaire, où le rôle de l'infirmière a été pensé avec de la délégation de tâches. Son rôle est pivot : information au patient, motivation du patient, graduation des soins (interprétation des soins qui permet d'initier l'intervention d'un médecin par exemple). Par exemple, lors des téléconsultations, elles ont un rôle central d'accompagnement et de suivi (mise en place des traitements, suivi et compliances des traitements...). Maintenant, les infirmières libérales commencent à être demandeuses car leurs actes vont être désormais remboursés. Chaque professionnel de santé a son expertise et chaque expertise est complémentaire l'une de l'autre : c'est travailler et se parler ensemble au service du patient. Le jour où on va réussir à retravailler pleinement comme ça, ça sera un vrai gain pour nos prises en charge, et notamment nos pathologies chroniques.

On a beaucoup de programmes de télémédecine, de sortie de chirurgie, de suivi à distance... qui se sont développés et qui vont dans le sens du rapprochement ville/hôpital. Le problème que l'on a c'est l'interopérabilité des outils : comment communiquer avec des outils qui ne permettent pas de communiquer !

ENTRETIEN N°5

Conseil National de l'Ordre des Médecins
(CNOM)

Date de
l'entretien :
28 mai 2019
Lieu :
Téléphonique
Durée : 1h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre de mon Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS), je réalise mon mémoire sur la thématique « Télémédecine : états des lieux et perspectives » avec pour problématique « Comment la télémédecine améliore-t-elle la prise en charge des patients ? ». Ainsi, l'objectif de cet entretien sera d'obtenir vos retours d'expérience au sujet de la télémédecine, et de connaître vos préconisations quant à son déploiement.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera rendue anonyme et associée uniquement à un profil. De plus, elle sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1 - Quels sont, selon vous, les objectifs de la télémédecine ?

Ils sont multiples. En premier lieu, je rappellerai que le législateur, dans la loi HPST de 2009, a signifié que la télémédecine est une forme de pratique médicale. Par conséquent, la télémédecine est tout aussi bénéfique que la médecine puisque c'est une forme de pratique médicale. Initialement en 2009, la situation particulière était surtout de pouvoir apporter l'expertise distante : on constatait, déjà il y a 10 ans, que des spécialistes s'étaient regroupés dans des établissements ou dans des cabinets libéraux en regroupement, généralement dans des grandes villes, alors que les patients et les médecins généralistes restaient encore présents dans les villes de plus petit volume. Par conséquent, l'idée fut que des patients, à distance de spécialistes, puissent les consulter par des moyens de télémédecine.

Je pense aux EHPAD en particulier, où la télémédecine peut répondre à une nécessité évidente : ces personnes sont dans un EHPAD, il y a une infirmière qui est à proximité d'eux et cette personne âgée dépendante a, pratiquement en permanence, des petits maux divers ou besoin d'une surveillance pour une pathologie intercurrente avec l'état de dépendance, il y a donc la nécessité d'avoir des consultations fréquentes. Alors qu'en réalité leur état de santé est à peu près stationnaire, périlissant du fait de l'âge. Il n'est donc pas nécessaire de déplacer la personne âgée dont la pathologie est connue, mais il est bien nécessaire de les suivre par des consultations régulières.

Aussi, il y a un nombre de plus en plus important de maladies chroniques pour des patients connus qui ne sont pas en EHPAD cette fois, et où il n'apparaît pas nécessaire pour les médecins de les déplacer pour la surveillance d'un état dépressif modéré, pour de l'insuffisance cardiaque... Il y a tout un panel de pathologies, plus ou moins importantes, pour lesquels le suivi peut se faire à distance.

2 – Selon vous, ces objectifs ont-ils été atteints ?

Il y a un déploiement de la télémédecine dans le cadre du parcours de soins, c'est-à-dire remboursé par l'assurance maladie, nous en sommes à bientôt 20000 téléconsultations. Ça démarre lentement, certes, mais à chaque fois qu'il y a une avancée technique on s'aperçoit qu'en médecine on met toujours du temps à venir remplacer une forme plus habituelle de prise en charge. Il faut également du temps pour changer les habitudes des médecins, et des patients aussi, ça ne se fait pas du jour au lendemain. J'imagine que dans le cadre hospitalier ça a dû continuer à se développer.

Il y a encore du chemin à faire en téléexpertise et c'est trop timidement organisé. C'est très important parce que les spécialistes ont quitté les territoires alors que les généralistes et les patients y restent.

Aussi, avec les pacemakers connectés, le fonctionnement de l'appareil est surveillé en permanence, on voit que dans un grand nombre de pathologies au long-courant comme le diabète ; l'hypertension artérielle... cela aboutit à renforcer la sécurité de la prise en charge du patient.

3 – Quels sont les leviers de mise en œuvre de ces objectifs ?

Vaincre les résistances au changement en tenant un discours paisible :

- Ne pas présenter la télémédecine comme la solution à tous les maux pour résoudre les déserts médicaux par exemple mais pour ce qu'elle est, c'est à dire comme une solution de prise en charge parmi d'autres.
- Ne pas compliquer les médecins et ne pas laisser croire aux patients que c'est un lésâtes de téléconsultations.

Je m'aperçois qu'il y a un intérêt manifeste des usagers et des médecins pour la télémédecine. Il faut donc continuer de tenir le même discours : apporter des solutions médicales de très grande qualité, éviter des déplacements inutiles et économiser pour le patients du temps ainsi que pour les médecins car le patient aura été préparé (donc des protocoles doivent être faits !), solution d'accès aux soins (sujet sur lequel on doit insister !).

Il faut aussi que les moyens de connexion entre le patient et le médecin soient très simples : il ne faut pas que ça soit le parcours du combattant à chaque fois que l'on souhaite faire une téléconsultation. On voit aujourd'hui qu'il y a un effort au niveau

des industriels, des start-up pour mettre à disposition des médecins des moyens technologiques très simples. Pour cela, il faut câbler la France, il faut du réseau. Ça doit pouvoir se faire sur un poste de travail mais également dans la mobilité. Il faut ensuite que les médecins s'équipent de ces solutions technologiques.

La limite actuellement est culturelle au sens de l'habitude. Mais je ne doute pas, quand on suit l'évolution des chiffres en ambulatoire, même si ça se développe lentement, que cela va s'accélérer.

4 – Quels sont les freins ?

La télémédecine s'est développée sur des fonds d'investissements régionaux, dérogatoires au droit commun, un peu précaires. Par conséquent, certains projets ont été arrêtés faute de financement permanent. Sauf dans des établissements puisqu'il y a eu, notamment en matière de radiologie, beaucoup de téléradiologie pour des patients hospitalisés dans des petits établissements où il n'y avait plus de radiologues pour interpréter le cliché radiologique. Le conseil de l'Ordre n'a cessé de dire que cette forme de pratique devait être étendue à d'autres consultations. A l'époque la réglementation était un peu compliquée car pour développer un projet de télémédecine dans l'ambulatoire il fallait un contrat avec l'ARS alors que pour les établissements c'était dans le cadre du CPOM. Cela a représenté un frein au déploiement de la télémédecine en ambulatoire. Le processus dérogatoire a rendu les choses compliquées, ainsi les médecins n'avaient pas grande appétence à s'engager dans un système où le processus de contractualisation était contraignant, d'autant plus qu'il n'y avait pas de rémunération fixe.

Le frein de la culture : savoir comment organiser les téléconsultations dans le planning du médecin. Peut-être alterner les téléconsultations à celles en présentiel mais ce qui présente l'inconvénient de si l'une ou l'autre est plus longue que prévu. Il semble bien que les téléconsultations soient réalisées pour l'ensemble à un créneau particulier : un temps dédié pour les téléconsultations, un autre pour celles classiques.

Aussi, les actes de téléexpertise ne sont pas au niveau d'une consultation de spécialiste. Pour que ça se développe il faut que la téléexpertise soit comme pour la téléconsultation, un acte côté à la même valeur que si le patient s'était déplacé. Peut-être faut-il avancer de façon prudente car il y a des enjeux médico-économiques que nous comprenons très bien mais prenons l'exemple de la dermatologie : le patient a une lésion dermatologique, le médecin préoccupé envoie une photo au dermatologue, mais si on dit au dermatologue qu'il ne prendra que la moitié de la valeur de l'acte parce qu'il n'aura fait qu'interpréter une photo, les dermatologues ne vont pas avoir tendance à s'impliquer. Ils engagent leur responsabilité, ce n'est pas qu'un avis : on ne voit pas pourquoi ils ne seraient pas honorés ou facturés à la même valeur qu'un acte classique, d'autant plus qu'on peut

considérer que le patient aura gagné du temps, n'aura pas eu besoin de prendre une ambulance s'il était en mauvaise situation...

Peut-être faut-il revoir l'ensemble de la nomenclature : d'un point de vue économique pour l'Assurance Maladie, en diminuant par exemple certaines formes de pratiques médicales. En effet, on peut penser qu'à partir du moment où il y aura une prise en charge par télémedecine, d'autres consultations deviendront obsolètes : ça peut être par exemple le fait qu'on ait plus besoin de revoir le patient tous les mois pour les ordonnances.

5 – Quelles sont les modalités d'évaluation ?

Mon interlocuteur n'a pas répondu à cette question.

6 – A votre connaissance, quels projets ayant valeur d'exemple ont été mis en œuvre dans la région ?

Je peux par exemple évoquer le dispositif du bus ophtalmologique dans les zones reculées de la petite couronne à Paris avec un orthoptiste qui fait les mesures nécessaires pour la correction visuelle et qui pourra également faire un examen ophtalmologique. Les images seront transférées à un ophtalmo qui donnera la conduite à tenir. Cette téléconsultation va permettre de réduire les délais pour le bilan et la prescription de lunettes.

En effet, il n'y aura pas d'ophtalmologues qui iront s'installer dans les petites villes, la télémedecine est donc une bonne solution. Il faut que des initiatives de cette sorte se multiplient.

7 – Selon vous, quelles sont les évolutions futures de la télémedecine à 5 - 10 ans ?

A 5 à 10 ans la télémedecine sera devenue d'une grande banalité. Je pense qu'il faut donner du temps au temps. On vit actuellement dans une société de l'immédiateté. A mon sens il faut faire un bilan au printemps prochain, et dire à la fois aux usagers d'y aller, mais dans le même temps de ne pas penser que tout le monde va s'y mettre.

Je pense que dans les deux, trois ans, on devrait voir la télémedecine se déployer considérablement, dont la télérégulation. La régulation des appels médicaux concerne aujourd'hui les centre 15, mais il pourrait y avoir une téléconsultation de régulation pour permettre de laisser aux centre 15 les urgences présumées. D'ailleurs je pense à titre personnel que des organisations d'urgentistes libéraux vont s'organiser pour proposer ce type d'activité. D'autant plus que la téléconsultation de régulation sera d'autant plus efficace que la télérégulation car elle nécessitera une vidéo transmission, et c'est toujours mieux de voir le patient que seulement

l'entendre. Si on veut réduire les flux d'admissions aux urgences il faut trouver des solutions en amont et la télémédecine en est une pour les services d'urgences. Selon moi les freins culturels du point de vue des habitudes vont se lever, même si on rencontrera toujours un patient interviewé qui évoquera que rien ne remplacera l'humanité de son médecin en présentiel. Ça va se déployer ne serait-ce que par nécessité, la nécessité fait loi, le nombre de médecins n'augmentera pas tout de suite, or les pathologies chroniques vont quant à elles toujours augmenter. Par conséquent la télémédecine va être une forme de pratique médicale qui va s'intégrer dans un ensemble vaste et nous verrons des coopérations renforcées entre les différentes professions de santé.

Les nurses en Grande-Bretagne ont une activité professionnelle bien plus développée que les infirmières en France, qui est semblable à celle des infirmières en pratiques avancées. Il faudrait importer des autres pays des pratiques qui fonctionnent. Il faut que le médecin se concentre sur le cœur de son métier : procéder à un diagnostic, établir un pronostic, proposer un traitement. Pour ça il doit s'entourer de coopérations avec ses confrères et d'autres professionnels de santé. La télémédecine peut contribuer à fluidifier ces relations. Nous voyons d'ailleurs du nouveau avec le télésoin. Simplement, il ne faut pas confondre les genres et que chacun reste bien dans le cadre de ses compétences.

8 – Quelles sont vos préconisations ?

L'étape à franchir maintenant est de trouver une organisation territoriale de la prise en charge, ça ne sera peut-être pas toujours le même médecin qui suit le patient mais il faut qu'un dossier unique puisse être partagé.

Il y a tout un déploiement majeur à faire sur la télésurveillance puisque nous sommes au siècle des pathologies chroniques. Le système de santé doit s'adapter aux pathologies chroniques, ce n'est plus le même mode de pratique.

ENTRETIEN N°6

Mme Hauchard
Directrice adjointe de Normand'e-santé
(Groupement régional d'accompagnement au
développement de la e-santé de Normandie)

Date de
l'entretien :
31 mai 2019
Lieu :
Normand'e-
santé
Durée : 1h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre de mon Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS), je réalise mon mémoire sur la thématique « Télémédecine : état des lieux et perspectives » avec pour problématique « Comment la télémédecine améliore-t-elle la prise en charge des patients ? ». Ainsi, l'objectif de cet entretien sera d'obtenir vos retours d'expérience au sujet de la télémédecine, et de connaître vos préconisations quant à son déploiement.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera rendue anonyme et associée uniquement à un profil. De plus, elle sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1 - Quels sont, selon vous, les objectifs de la télémédecine ?

Les objectifs de la télémédecine sont vastes. Ce n'est pas qu'un palliatif pour combler un manque de professionnels de santé et répondre aux déserts médicaux comme c'est souvent dit. La télémédecine permet certes de répondre à des problématiques de désertification médicale mais selon moi ce n'est pas le premier usage. Ça amène une autre manière de prendre en charge les patients. Elle permet de créer un lien de proximité entre le patient et les professionnels de santé. C'est une nouvelle manière de prendre en charge en impliquant davantage le patient.

Il s'agit d'apporter des soins aux plus fragiles : personnes âgées ou à mobilité réduite, personnes handicapées, les enfants... et d'apporter des soins dans des zones en difficulté médicale. Aujourd'hui en Normandie nous avons une trentaine d'usages de télémédecine différents ce qui signifie que les objectifs de la télémédecine sont vastes, en effet les attentes des professionnels sont très différentes selon le contexte (urgences médicales, téléconsultations programmés, téléexpertise, depuis son lieu d'exercice ou en mobilité...).

2 – Selon vous, ces objectifs ont-ils été atteints ?

Nous avons eu l'opportunité de réaliser des évaluations médico-économiques, des questionnaires de satisfaction, et à chaque fois que nous avons pu faire ce travail d'évaluation qualitative, que ce soit du côté des professionnels de santé ou du côté des patients, la satisfaction était importante. La qualité et la rapidité de prise en charge, le sentiment d'avoir un lien privilégié avec les professionnels de santé sont les éléments qui ressortent le plus et même chez les plus âgés. On a effectivement une bonne appropriation de la télémédecine par les patients âgés. En effet aujourd'hui dans les EHPAD, très peu de patients refusent d'être pris en charge par télémédecine. Il faut en discuter avec eux et les rassurer, cela nécessite un peu de temps au démarrage. Une fois le premier pas franchi, ils sont rassurés et ravis de voir leur médecin depuis leur lieu de vie. C'est donc très qualitatif pour les patients : quand on voit le patient dans sa structure d'accueil (dans un EHPAD) il peut être accompagné par sa famille et les équipes de soins ce qui permet un échange très intéressant... En téléconsultation, le médecin peut ainsi accéder à des informations auquel il n'avait pas forcément accès en consultation classique. Il a la possibilité de faire passer des messages sur la prise en charge directement à l'équipe soignante. Le patient est moins stressé, il est dans de meilleures dispositions pour échanger avec le médecin, dans un environnement familial et il n'a pas attendu dans une salle d'attente où l'atmosphère peut s'avérer anxiogène.

Du côté des professionnels, il s'agit ici de démontrer la valeur ajoutée pour la prise en charge de leurs patients et rassurer sur l'investissement nécessaire en temps. Il y a une période d'adaptation et d'appropriation des outils nécessaires, en effet, mais une fois la barrière technique franchie (si l'outil est bien pensé), alors il devient assez simple de convaincre les médecins de l'intérêt d'un tel dispositif. Par exemple, pour certaines téléconsultations spécialisées, lorsque le patient s'installe dans le cabinet et se déshabille cela prend du temps, alors qu'en télémédecine le patient est déjà prêt lorsque le médecin se connecte. Le temps médical est donc mis à profit pour échanger et consulter le patient. C'est un faux débat à mon sens de dire que la télémédecine fait perdre du temps, tout dépend du projet médical et de l'organisation qui est placée autour de l'outil. La télémédecine n'est pas une baguette magique, elle vient offrir des outils techniques pour asseoir une organisation réfléchie. L'enjeu d'aujourd'hui est à mon sens plus de repenser l'offre et l'organisation pour y répondre, car les outils techniques sont là, ils s'adaptent et se développent pour y répondre.

Reste toutefois quelques bémols pour arriver à un objectif qualitatif complet ; permettre l'accès à un réseau de qualité équitable sur l'ensemble du territoire ; apporter une interopérabilité entre les différentes solutions informatiques déployées pour faciliter les échanges ; rationaliser et qualifier des solutions de télémédecine, qui émergent tous les jours sur le marché et dont l'hétérogénéité peut surprendre (respect de la réglementation, ergonomie, sécurisation...).

Nous sommes clairement dans une phase de progression rapide et il est crucial de rester vigilant afin de garantir des actes médicaux de qualité.

3 – Quels sont les leviers de mise en œuvre de ces objectifs ?

Le premier levier à mettre en œuvre a été la rémunération de l'activité. En effet, nous faisons de la télémédecine depuis des années basé sur l'investissement des professionnels de santé engagés, mais sans aucune compensation financière pour le temps consacré à la télémédecine, c'est pourquoi les usages bien que prometteurs avaient du mal à se développer davantage. Il était plus facile de lancer des expérimentations de télémédecine dans le monde hospitalier, où les médecins étaient salariés et où l'administration pouvait s'organiser par l'intermédiaire de conventions inter-établissements.

Solliciter du temps de téléconsultation à des médecins libéraux alors qu'ils sont déjà submergés s'avérait compliqué avant l'entrée dans le droit commun de la valorisation des actes de télémédecine.

Nous avons noté une nette augmentation de l'intérêt des professionnels de santé depuis la publication de l'avenant 6.

Désormais il faut donc communiquer, rassurer et accompagner la réalisation de vrais projets médicaux. En effet, la télémédecine ne se résume pas à faire un skype, comme certains le disent, ce n'est pas simplement le fait de faire de la visio... Les plateformes de télémédecine permettent de sécuriser les flux et d'assurer la traçabilité des informations médicales partagées.

Il faut aussi accompagner les changements des professionnels, leur faire comprendre que la télémédecine c'est un acte médical. C'est pourquoi il faut s'assurer qu'on ait des dispositifs fiables qui permettent de sécuriser les flux et de s'assurer de leur qualité. Le problème ce n'est pas tant les outils mais la manière d'accompagner l'appropriation par les utilisateurs. Il faut que ce ne soit pas un outil subi mais un outil choisi pour les services qu'il rend...

Il faut aussi que les professionnels puissent travailler ensemble, c'est-à-dire éviter qu'il y ait autant de solutions de télémédecine, qu'il y a de praticiens et veiller au respect du cadre d'interopérabilité. La difficulté que nous avons aujourd'hui c'est que le cadre d'interopérabilité national n'est pas opposable et sujet à interprétation par les éditeurs... Une interopérabilité appliquée par les éditeurs (sans coûts de connecteurs associés) permettrait aux médecins de pouvoir choisir la solution A ou la solution B de télémédecine sans avoir à se soucier de savoir s'il pourra travailler avec d'autres professionnels de santé. Une de nos missions au niveau des GRADeS (Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé) est justement de sensibiliser et accompagner les professionnels de santé de la région sur ces problématiques. Il peut parfois nous être reproché de proposer des solutions coûteuses, mais cela s'explique par le fait que nous mettons en place des solutions conformes avec la réglementation et interopérables.

En effet, si nous ne respectons pas le cadre national d'interopérabilité au niveau des plateformes régionales, qui va le respecter ? L'interopérabilité des plateformes de télémédecine permet aux médecins de créer un maillage, un projet médical cohérent sur un territoire. L'intérêt pour la prise en charge du patient n'est pas que chacun

fasse de la télémédecine “dans son coin”, mais plutôt de manière concertée, coordonnée, comme c’est le cas aujourd’hui lorsque les médecins passent un coup de fil à leurs confrères. Il faut organiser la télémédecine.

4 – Quels sont les freins ?

Il faut garantir la sécurité des échanges, l’identification des participants (autant le professionnel de santé que le patient) et être en capacité de fournir l’ensemble des éléments permettant au médecin de réaliser un acte médical équivalent à ce qu’il pourrait faire en présentiel... une grande disparité entre les offres de télémédecine complique l’adhésion des professionnels qui ne savent pas vers quelle solution de télémédecine aller... Ils sont énormément démarchés par des boîtes diverses et variées, avec plus ou moins d’éthique derrière d’ailleurs. C’est un frein qui s’ajoute à la peur de se lancer, de perdre du temps. En effet, il y a eu cette idée selon laquelle la télémédecine c’est “encore quelque chose en plus”.

Je parlais précédemment de l’accès au réseau... Gros sujet, quand on parle de télémédecine à domicile ou en mobilité. Nous sommes toujours dépendants du réseau, de la qualité du débit... Les problèmes techniques qui engendrent de la perte de temps sont effectivement un frein. Des solutions palliatives sont proposées en différé mais ne permettent plus l’accès aux soins en direct.

Il y a également la peur de l’inconnu, “j’ai l’habitude de prendre en charge mes patients de telle manière, comment vais-je réussir à le prendre en charge correctement autrement”. Il faut que les médecins pratiquant déjà la télémédecine rassurent leurs confrères. Il y a effectivement une vraie conduite du changement à mener.

5 – Quelles sont les modalités d’évaluation ?

Nous avons bénéficié il y a quelques années d’un travail d’étude réalisé par une économiste de la santé qui nous a permis d’évaluer les aspects économiques pour le projet DOMOPLAIES. Cette étude a permis de définir des indicateurs d’évaluation économique et médicaux, délais de prise en charge/accès aux soins, et également qualitatifs sur l’objectif fixé au départ avec télémédecine vs sans télémédecine. Cette étude a été très valorisante pour la télémédecine car les temps d’accès aux soins étaient meilleurs et une économie importante en santé.

Sur d’autres projets comme le SCAD-IC (Suivi Clinique A Domicile) de l’insuffisance cardiaque, il y a également eu une évaluation médicale de réalisée. En fonction des projets, des indicateurs sont définis avec les professionnels de santé, les services administratifs et parfois l’ARS. On retrouve généralement le nombre d’acte, le type d’acte de télémédecine, la durée moyenne d’un acte, le type d’équipement utilisé, la présence ou non de problèmes techniques, la satisfaction des acteurs... et d’autres sont plus variables en fonction du type de projet.

6 – A votre connaissance, quels projets ayant valeur d'exemple ont été mis en œuvre dans la région ?

Celui dont on a le plus parlé, qui a eu une grande visibilité nationale, est DOMOPLAIE. Ce projet, financé à hauteur de 3 millions, par l'ASIP Santé, le Conseil régional et les ARS de Basse-Normandie et du Languedoc-Roussillon, nous a permis de mettre en place les premières briques de l'ENRS qui est le système d'information régional. Le financement de ce projet ainsi que les fonds alloués pour le projet Télé-AVC nous ont permis de mettre en place les premières briques qui servent aujourd'hui à tous les usages de télémédecine hébergés sur la plateforme régionale.

DOMOPLAIE, une réussite dont l'évaluation a été fortement communiquée, avait pourtant mis tous les ingrédients en place pour que ça ne fonctionne pas : de la mobilité, de l'interrégionalité, des professionnels de santé devant faire face à des problématiques différentes d'une région à l'autre et nous avons tout de même réussi à atteindre les objectifs fixés au départ et une volumétrie d'actes importante. Aujourd'hui DOMOPLAIE est un service, ce n'est plus un projet. Nous avons une moyenne de 250 actes par mois sur le territoire ex Bas-Normand, et 500 sur le territoire ex Languedoc-Roussillon.

Nous sommes sur une phase de développement sur l'ensemble de la Normandie et de l'Occitanie. C'est sans doute une des plus belles expérimentations.

Nous pouvons également citer le Télé-EEG déployé entre le CHU de Caen et de nombreux établissements hospitaliers périphériques en Normandie. Ce dispositif, mis en place il y a 2 ans, se traduit aujourd'hui par 300 actes par mois et la volumétrie ne fait qu'augmenter. En effet, les ressources médicales en capacité d'interpréter les EEG, notamment ceux complexes chez l'enfant sont en baisse et pour pouvoir maintenir cette activité sans avoir la compétence en interne, la télémédecine est une solution. Le dispositif permet de ne pas faire déplacer le patient, notamment des enfants en bas âge qui peuvent être pris en charge au plus près de leur domicile pour des événements aigus. En faisant l'examen sur place et transférant les tracés, le médecin peut poser le diagnostic et donner la marche à suivre. La qualité de la prise en charge est donc nettement améliorée pour les patients.

7 – Selon vous, quelles sont les évolutions futures de la télémédecine à 5 - 10 ans ?

Je pense que la télémédecine va continuer d'évoluer. Les choses vont bouger et on voit bien que des choix stratégiques se jouent au niveau national. La cible pour les années à venir est de créer beaucoup d'interopérabilité afin que les usages se développent. En neurologie le premier usage a été le Télé-AVC, aujourd'hui ils font de la télé-expertise en EEG, des staffs médicaux sur les soins palliatifs, pour la maladie de Parkinson, la maladie d'Alzheimer... une fois qu'on identifie le bénéfice de la télémédecine dans un cadre d'usage, on imagine rapidement de multiples déclinaisons usages. Je pense que la téléexpertise va prendre beaucoup d'ampleur du côté des spécialistes qui sont fortement sollicités. Avec le remboursement des

actes de télémédecine nous allons voir comment les choses vont évoluer car les textes sont sortis il y a peu de temps et des évolutions sont attendues dans les prochains mois. Tous les jours nous sommes sollicités pour de nouveaux projets, ce n'est que le début.

8 – Quelles sont vos préconisations ?

Je ne suis pas légitime à faire des préconisations mais je peux apporter quelques conseils... Etre vigilant sur le choix de la solution de télémédecine, se faire conseiller le cas échéant par des personnes avisées et se renseigner sur le cadre réglementaire en application. Il ne faut pas hésiter à se renseigner auprès de professionnels de santé ayant déjà fait l'expérience de la télémédecine avant de se lancer. Le retour d'expérience apporte toujours des informations intéressantes. L'évolution prochaine du cadre d'indemnisation de l'activité pour permettre l'implication plus forte des infirmiers est très attendue.

Nous avons également eu des demandes régulières de la part d'autres professionnels de santé hors télémédecine, souhaitant développer des usages à distance, tel que les orthophonistes par exemple. La difficulté actuelle est que rien n'est encore prévu au niveau national pour répondre à leur demande. Comme pour les débuts de la télémédecine, c'est sans doute du terrain que vont émerger les premiers usages en liens avec des structures capables d'impulser ce genre de projet.

ENTRETIEN N°7

Direction Générale de l'Offre de Soins
(DGOS)

Date de
l'entretien :
14 juin 2019
Lieu :
Ministère de
la santé
Durée : 1h

Cadre et objectif de l'entretien : Dans le cadre de mon Master II en Management Sectoriel à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS), je réalise mon mémoire sur la thématique « Télémédecine : état des lieux et perspectives » avec pour problématique « Comment la télémédecine améliore-t-elle la prise en charge des patients ? ». Ainsi, l'objectif de cet entretien sera d'obtenir vos retours d'expérience au sujet de la télémédecine, et de connaître vos préconisations quant à son déploiement.

Conditions de diffusion : Cet entretien sera retranscrit dans le mémoire, lui-même diffusé dans le centre de documentation de l'université en version papier et numérique. Avant toute diffusion, la transcription de l'entretien sera rendue anonyme et associée uniquement à un profil. De plus, elle sera communiquée aux personnes interviewées pour accord et toutes les demandes de modifications seront prises en compte.

1 - Quels sont, selon vous, les objectifs de la télémédecine ?

De manière générale, la téléconsultation et la téléexpertise sont de l'accès aux soins. La télésurveillance, c'est à la fois de l'accès aux soins et de l'efficacité des soins car elle permet le suivi des patients sur leur lieux de vie, par leur médecin, à l'aide notamment d'alertes etc. Cela se traduit aussi par une amélioration de sa prise en charge. Globalement, ce que l'on attend de la télémédecine c'est l'amélioration des prises en charge et de l'accès aux soins, plus ou moins accentuée en fonction des types d'actes.

Ensuite, il y a nos objectifs dans le déploiement. L'objectif final est que la télémédecine soit une prise en charge comme les autres et qu'on ne parle plus de télémédecine mais de médecine en général. Le but n'est surtout pas qu'elle soit en concurrence avec la médecine traditionnelle ; c'est là pour être complémentaire. Il s'agit de redonner de l'accès aux gens mais également du lien. De ce fait, il ne faut pas que la télémédecine vienne en contradiction avec la médecine traditionnelle. C'est notamment pour cela que la CNAM et les partenaires institutionnels ont souhaité qu'il y ait absolument une visite en présentiel dans l'année précédant l'acte de téléconsultation : c'est l'idée selon laquelle la télémédecine vient en complément mais ne vient pas s'opposer au parcours de soin.

2 – Selon vous, ces objectifs ont-ils été atteints ?

Si on reprend l'historique, on a commencé à parler de la télémédecine très tardivement avec la première loi en 2009, puis sont arrivés le décret en 2010, les premières orientations nationales et la première expérience en 2011, les expérimentations ETAPES en 2014... cela a pris beaucoup de temps mais cela était nécessaire afin de débiter des expérimentations, de permettre à des hôpitaux de faire des études, aux médecins de s'approprier les nouveaux outils... il y a eu tout une part d'acculturation, de tests, d'affinage qui a été nécessaire pour construire des bases solides au déploiement de la télémédecine. Tout le travail en *off* qui a eu lieu pendant toutes ces années n'a pas forcément été mis en avant mais a été nécessaire, d'autant plus qu'il y a 10 ans les différents acteurs, dont les patients, n'étaient pas prêts. Il y a eu besoin de ce temps pour permettre de réfléchir les choses et d'attendre le bon moment pour y aller de façon beaucoup plus franche. Forcément, maintenant l'accélération est très rapide suite au projet de loi et à la volonté de la Ministre de la santé de faire entrer dans le droit commun la téléconsultation et téléexpertise. Nous savons que lorsqu'il y a une nouvelle forme de pratique comme celle-ci il faut former, informer et acculturer. Nous sommes passé dans une dimension tout autre, il faut donc que nous accélérions la formation, l'information, la mise en place des organisations...

3 – Quels sont les leviers de mise en œuvre de ces objectifs ?

Notre stratégie est sur plusieurs champs. Il y a tout ce qui concerne le financement, notamment le financement des acteurs. Cela concerne l'entrée dans le droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise, le financement des expérimentations ETAPES en télésurveillance, tout ce que font les ARS au quotidien avec les plans d'intervention régionaux qui financent des organisations de télémédecine sur le terrain... Il y a tout ce qui est réglementaire et juridique (par exemple avec le RGPD), la mise à jour du décret télémédecine qui obligeait une contractualisation avec l'ARS en cas de mise place d'une activité télémédecine... Il y a donc eu la mise à jour des décrets du cadre réglementaire de la CNIL, la mise en adéquation avec le décret NIR qui ne permettait pas au départ de faire des feuilles de soins à distances... Des choses très techniques comme celles-ci que le grand public ne connaît pas forcément. Ensuite il y a tout ce qui est accompagnement au sens de l'information et de la formation. Par exemple nous nous sommes mis autour de la table avec la conférence des doyens, l'OGDPC... afin d'ajouter la télémédecine ou la e-santé au sein des études de médecine mais également pour la formation continue des professionnels de santé afin qu'ils puissent bénéficier de formation à ce sujet. Ce sont des choses qui sont en cours. Il y a également toute l'information, notamment par le biais des sites internet, nous avons par exemple mis en place un jeu concours sur le site du ministère : les porteurs de projets de télémédecine avaient 3 minutes pour faire part de leur projet et ainsi promouvoir le partage d'expérience. Il s'agit aussi de participer à des congrès, de publier différents guides explicatifs,

comme par exemple la fiche mémo de la HAS concernant les bonnes pratiques en téléconsultation et téléexpertise, dont le guide plus complet doit notamment sortir d'une semaine à l'autre... Un autre exemple est la mission que nous faisons actuellement avec l'ASIP concernant la partie système d'information et sécurité des échanges d'informations. Aussi, permettre aux différents acteurs de savoir comment déployer un dispositif, où trouver l'information, où se former... Voilà un aperçu de nos différents chantiers avec nos partenaires. Nous avons également un chantier qui concerne l'appui à toutes les autres politiques de santé. En effet avec Ma santé 2022, il y a la réforme sur les études médicales, la réforme des autorisations des hôpitaux, la réforme des hôpitaux de proximité... Il s'agit de regarder comment, *nous* bureau de télémédecine, nous venons en support des autres politiques de santé pour savoir s'il est pertinent d'utiliser la télémédecine.

Pour tout ce qui est numérique, il y a un plan national de déploiement, notamment pour la 5G. La partie numérique est effectivement une préoccupation du gouvernement. Nous savons que tout n'est pas parfait aujourd'hui et qu'il faut permettre aux patients dans des zones blanches numériques ou aux patients qui ne peuvent pas se déplacer, d'avoir des accès à la télémédecine. C'est un travail qui a été fait avec l'avenant 15 pharmaciens et l'avenant 6 infirmiers, en leur permettant de prendre part aux actes de télémédecine, et d'être financés, en accompagnant le patient pour un acte de téléconsultation par exemple. Nous veillons à ce que chaque territoire puisse s'organiser en fonction de leur problématique : je n'ai pas de réseau, quelle organisation je peux mettre en place avec ce qu'on nous propose...des salles de télémédecine chez des pharmaciens ? des infirmières en mobilité ?... J'ai beaucoup de patients fragiles qui ne peuvent pas se déplacer, comment je leur donne accès aux soins ? ont-ils l'accès ou ai-je besoin de leur apporter par le biais d'une infirmière... ?

La télémédecine c'est de l'organisation, il y a quelques années on disait que la télémédecine c'était du système d'information, de la technique, mais désormais c'est de l'organisation. Notre but est de mettre tout en place pour que chaque territoire puisse avoir ses organisations et puisse à son tour mettre en place la bonne réponse pour ses patients. L'enjeu est de donner un panel de solutions suffisamment large pour chaque acteur, car avoir une réponse unique ce n'est pas possible, ni pertinent.

4 – Quels sont les freins ?

Les freins c'est tout le pendant. Il y a les freins juridiques car les textes sont trop complexes par exemple, il y a les freins de formation car il n'y a pas de formations pour les médecins, il y a des freins d'acculturation parce que nous n'entendons pas suffisamment parler de télémédecine (en effet pendant 10 ans nous avons dit que l'on mettait en place des expérimentations en télémédecine parce que c'était trop compliqué et désormais nous disons que c'est simple, il faut que les citoyens comprennent pourquoi). Aussi, sans financement il était difficile de demander aux acteurs de s'impliquer dans le déploiement de la télémédecine, certains le faisait parce qu'il voyait que ça leur permettait d'optimiser leurs pratiques mais ça a été difficile.

5 – Quelles sont les modalités d'évaluation ?

Il y a l'évaluation officielle et l'évaluation quotidienne.

Par exemple avec le programme ETAPES, la loi a demandé que l'on remette un rapport au Parlement, un premier a été réalisé sur la téléconsultation et la téléexpertise en 2018 et un prochain sur la télésurveillance va arriver d'ici la fin de l'année. Toutefois cela n'empêche pas l'évaluation au quotidien des politiques publiques. Là, ça passe par le nombre de téléconsultation réalisées, la progression... que l'on peut suivre avec les chiffres de la CNAM. Cela nous permet de voir si les objectifs que l'on s'est fixés sont atteints et s'ils ne sont pas atteints chercher à comprendre pourquoi. L'évaluation passe aussi par les rapports que nous avons avec les différents acteurs, nous permettant d'avoir des remontées de terrain sur ce qui se fait, ce qui va et ce qui ne va pas, et ainsi adapter en désamorçant des fausses croyances, en apportant une réponse adaptée face à quelque chose qui bloque... c'est notamment des échanges avec les comités stratégiques de filières c'est-à-dire les industriels, le Comité National de télémédecine, la Fédération hospitalière, avec le CNOM, les sociétés savantes... Aussi, les remontées des ARS concernant la manière dont elles ont investi les fonds d'interventions régionaux... Nous avons donc des indicateurs "durs" de financement ; le nombre de consultations, le nombre d'établissements équipés etc... et les indicateurs plus qualitatifs d'échanges avec les différents acteurs qui nous permettent d'avoir une vision globale des choses, et pointue quand cela est nécessaire. Nous n'avons pas d'Observatoire dédié aux pratiques de télémédecine. La CNAM va faire un Observatoire sur la partie téléexpertise, notamment pour la deuxième phase de déploiement qui va généraliser la pratique à l'ensemble de la population. En effet, elle va suivre cela de près pour savoir comment généraliser et adapter au fur et à mesure.

6 – A votre connaissance, quels projets ayant valeur d'exemple ont été mis en œuvre dans la région ?

Toutes les organisations de Télé-AVC. Elles sont très intéressantes pour plusieurs raisons. Tout d'abord parce qu'elles répondent à une vraie problématique et aussi parce qu'elles mélangent plusieurs actes de télémédecine. Cela va de la télérégulation (centre 15) à la téléconsultation entre le neurochirurgien et patient avec de la téléassistance entre le neurologue et l'urgentiste.

L'actuel programme ETAPES télésurveillance est également un gros projet, avec les cinq cahiers des charges. Nous sommes à plus de 21000 patients télésurveillés. Le rapport intermédiaire au Parlement prévu incessamment sous peu permettra de dresser un premier bilan. Nous suivons bien sûr au quotidien la montée en charge, comment le premier patient a été télésurveillé il y a un an et où nous en sommes après 21000 aujourd'hui, les industriels lancés dans l'aventure, les premiers médecins du début dans l'évolution de leurs pratiques...

Le développement de plateformes de téléconsultation "ponctuelles" soulève beaucoup d'interrogations. Ces nouveaux intervenants qui arrivent posent des questions, toutefois, la réponse donnée par l'avenant est assez claire : la télémédecine doit être territorialisée (les plateformes nationales ne sont pas un projet d'actualité) avec des acteurs de terrains, et si ça ne peut pas se faire par des acteurs de terrain, il faut que des commissions paritaires locales et régionales valident ces nouvelles organisations. De cette manière, on arrive à raccrocher ces structures "hors sols" et à s'assurer que les acteurs du territoire aient bien validé un projet qui soit en cohérence avec leurs attentes territoriales au regard du schéma régional, qu'ils valident le côté éthique, déontologique... Ces plateformes doivent jouer le jeu en s'inscrivant dans un parcours de soins coordonné. On laisse la possibilité à des startups d'innover, de proposer des solutions mais on leur demande de s'inscrire dans notre système. Les Français sont attachés à leur système, au parcours de soins, à la connaissance de leurs médecins... le but est donc de laisser l'innovation se mettre en place mais dans des conditions bien définies. Et pour le moment, globalement, ça se passe bien.

7 – Selon vous, quelles sont les évolutions futures de la télémédecine à 5 - 10 ans ?

Ne plus parler de e-santé ou de télémédecine mais de santé au sens large. Il s'agira de mettre en place des nouvelles solutions et organisations mais plus de "e-quelque chose". Que ça soit banalisé.

La généralisation pour la télésurveillance, en passant de l'expérimentation à un modèle pérenne, en entrant dans le droit commun.

Et le télésoin. Mettre en marche les autres professionnels de santé qui participent déjà à l'aventure sur le terrain et à qui on doit permettre de faire pleinement partie de l'aventure de façon plus large et plus sécurisée. C'est effectivement le but de l'article 53 sur le télésoin de la loi OTSS, nous savons qu'il y a un intérêt et nous allons devoir continuer à mettre en place des organisations, à déterminer quels actes de télésoin peuvent être réalisés à distance... l'HAS émettra un avis, la Ministre se positionnera ensuite.

Le but est de généraliser la pratique de télésanté, c'est à dire la télémédecine et le télésoin (paramédicaux, pharmaciens...). On parle beaucoup des pharmaciens et infirmiers de par leur rôle à jouer dans l'accompagnement des actes de télémédecine. Mais avant que la loi passe, les premiers concernés par le télésoin étaient les orthophonistes et les orthoptistes. Les orthoptistes parce qu'ils réalisent déjà des pratiques à distance notamment dans le cadre du protocole Mürren (mise en relation à distance avec les ophtalmologues) et les orthophonistes parce que leur dernière convention évoquait déjà l'intérêt de pouvoir pratiquer à distance.

Avec la télémédecine on a créé des actes, pour le télésoin on a fait les choses différemment en disant que tout ce qui est dans le décret de compétences des professionnels concernés et qui est faisable à distance pourra être éligible à terme, le but étant d'éviter la délégation cachée. En fonction de ça, la Ministre publiera un arrêté en autorisant les activités, un décret sera publié sur les conditions de mises en œuvre (autorisation des activités et cadrage), ce qui permettra de faire des activités, et ensuite arrivera la question du financement.

8 – Quelles sont vos préconisations ?

Continuer à actionner les leviers évoqués plus haut bien sûr mais aussi veiller à ne pas véhiculer de messages compliqués. Continuer à présenter la télémédecine comme quelque chose de compliqué à mettre en place comme on l'a fait, c'est s'assurer que ça ne marche pas. Il faut que l'on ait des messages de simplicité et en parallèle, que nous mettions en place des outils. Le but étant de permettre à l'ensemble des professionnels de santé de s'approprier la télémédecine, de manière simple. Enfin, qu'il y ait du dialogue : que les acteurs en parlent ensemble, que l'on vienne vers nous s'il y a des craintes et que l'information grand public soit élargie. Se posera la question un jour peut-être d'une grande campagne grand public au niveau du Ministère. Aujourd'hui tout le monde communique à son échelle, le déficit de notoriété de la télémédecine commence à se combler mais il y a encore du chemin.

Télémédecine : Etat des lieux et perspectives

En quoi la télémédecine permet-elle d'améliorer la prise en charge des patients ?

La **télémédecine** est l'une des priorités des pouvoirs publics en matière de santé. Instaurée par la loi dite « HPST », elle est appréhendée comme un facteur clé pour permettre un **accès aux soins** équitable et de qualité à l'ensemble de la population française. L'objectif de ce mémoire est de dresser un état des lieux de la pratique de la télémédecine en France et d'en dégager les perspectives d'évolution afin de déterminer en quoi la télémédecine permet d'**améliorer la prise en charge** des patients. Les apports issus de la littérature et des entretiens semi-directifs qui ont été menés auprès de professionnels de la télémédecine ont permis de démontrer que la télémédecine, en complément de la médecine traditionnelle, constitue une nouvelle forme d'organisation de la **pratique médicale** au service de la prise en charge des patients.

Mots clés : télémédecine, accès aux soins, améliorer la prise en charge, pratique médicale

Telemedicine : State of play and perspectives

How does telemedicine improve care of patients?

Telemedicine is one of the priorities of public health. Established by the so-called "HPST" law, it is apprehended as a key factor to allow access to equitable and quality care for the entire French population. The objective of this thesis is to draw up an inventory of the practice of telemedicine in France, and to identify the evolution perspectives, in order to determine how telemedicine allows **to improve care of patients**. The contributions from literature and semi-structured interviews with telemedicine professionals have demonstrated that telemedicine, in addition to traditional medicine, is a new form of organization of **medical practice** in the service of patient medical care.

Keys words: telemedicine, to improve care of patients, medical practice