

## **Chapitre VII**

### **La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre**

---

## PRÉSENTATION

---

D'après la définition légale qui lui est donnée en France, la *télémédecine est « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication »*<sup>264</sup> qui recouvre cinq types d'actes<sup>265</sup> : la *téléconsultation* (consultation à distance d'un médecin), la *télé-expertise* (solicitation à distance de l'avis d'un autre médecin), la *télé-surveillance* (surveillance médicale et interprétation des données du suivi médical du patient à distance), la *téléassistance* (assistance à distance d'un médecin à un autre professionnel de santé pendant la réalisation d'un acte), ainsi que la *réponse apportée dans le cadre de la régulation médicale des appels au SAMU*.

S'inscrivant dans un mouvement général de numérisation qui dépasse le seul secteur de la santé, la *télémédecine fait émerger des innovations technologiques et organisationnelles fortes et de nouveaux services*. Elle facilite l'accès au système de soins et enrichit les possibilités de prise en charge offertes au patient. Avec elle, la pratique clinique devient plus collégiale et plus formalisée en associant plusieurs praticiens, voire plusieurs catégories de professionnels de santé, qui partagent un même protocole de prise en charge thérapeutique. Elle contribue ainsi à redistribuer les champs d'intervention entre les différents acteurs de la chaîne des soins.

À l'occasion de plusieurs de ses travaux récents, portant notamment sur la santé des personnes détenues<sup>266</sup>, la santé dans les outre-mer<sup>267</sup>, l'hospitalisation à domicile<sup>268</sup> et l'imagerie médicale<sup>269</sup>, la Cour avait relevé l'atout que pourrait représenter la télémédecine pour certains segments de l'offre de soins.

---

<sup>264</sup> Article L. 6316-1 du code de la santé publique issu de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

<sup>265</sup> Dispositions du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 codifiées à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique.

<sup>266</sup> Cour des comptes, *Rapport public annuel*, la santé des personnes détenues, février 2014, p. 259, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>267</sup> Cour des comptes, *Rapport public thématique*, la santé dans les outre-mer : une responsabilité de la République, juin 2014, p. 93-94, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>268</sup> Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale*, l'hospitalisation à domicile, évolutions récentes, décembre 2015, p. 262, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>269</sup> Cour des comptes, *Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*, l'imagerie médicale, avril 2016, p. 111-112, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

*Elle a cherché à apprécier plus complètement par une enquête spécifique l'adéquation de l'action conduite par les pouvoirs publics aux enjeux et conditions du développement de la télémédecine.*

*La télémédecine constitue en effet un levier potentiellement majeur de modernisation de notre système de santé (I). Le caractère fragmentaire et désordonné des actions menées par les pouvoirs publics en maintient cependant le développement à un stade embryonnaire (II). Une stratégie d'ensemble cohérente, qui achève de lever les préalables techniques et juridiques et mette en place un cadre tarifaire adapté à son expansion, est indispensable à la concrétisation de ses apports à l'efficacité des soins (III).*

## **I - Une contribution potentiellement majeure à la modernisation du système de santé**

Comme le montrent en particulier différentes expériences étrangères, la télémédecine permet d'améliorer l'efficacité du système de santé. Plusieurs de ces expériences sont directement transposables à la France.

### **Les grandes étapes de la télémédecine<sup>270</sup>**

La télémédecine a progressé au cours du XX<sup>ème</sup> siècle au même rythme que les grandes avancées technologiques. D'autres innovations étendant encore ses potentialités sont annoncées à horizon proche.

L'apparition de la radio a autorisé les premières téléconsultations dès les années 1920, dans le cadre d'usages maritimes. Les satellites depuis le début des années 1960 ont permis de déployer la télémédecine dans des territoires périphériques ou peu accessibles. Le développement et la diffusion des communications informatiques et de l'internet au début des années 2000 ont permis l'essor de la télé-radiologie. Depuis le début des années 2010, les objets et dispositifs connectés constituent un saut technologique majeur en termes d'usage et de performance de la télémédecine, particulièrement en matière de télésurveillance. À cet égard,

<sup>270</sup> Voir Pierre Simon, Télémédecine, enjeux et pratiques, Le Coudrier, Paris, octobre 2015 et André Syrota et Olivier Charneil, Rapport au Président de la République, Perspectives et opportunités de la médecine du futur, avril 2017.

l'arrivée de la téléphonie mobile 5G à horizon 2020 permettra d'en intensifier l'usage. Les données de masse qui en découleront permettront de réaliser de nouveaux progrès dans le champ des connaissances médicales, prenant appui sur des échantillons statistiques très vastes.

Par ailleurs, les innovations technologiques poussées par les progrès de l'informatique (puissance de calcul) et de la robotique, issus de la miniaturisation des dispositifs médicaux, des nanotechnologies, ou encore des perspectives ouvertes par la génomique vont renouveler la place de l'« e-santé ». L'intelligence artificielle, associée à la télémédecine, laisse entrevoir des potentialités très importantes : la lecture nettement plus fiable d'images médicales en est un exemple pour un avenir désormais relativement proche ; au-delà, est parfois évoquée à plus long terme la formulation de diagnostics complexes par des robots.

## **A - Un domaine précurseur : la couverture sanitaire de populations isolées**

La couverture de populations localisées sur des territoires périphériques ou peu accessibles a constitué le premier usage de la télémédecine. Depuis plusieurs décennies, trois pays mettent en œuvre des dispositifs de télémédecine qui permettent à des populations isolées de consulter ou de bénéficier d'un suivi à distance de leurs paramètres de santé. Tout en assurant l'accès aux soins, ces dispositifs conduisent à faire l'économie de structures sous-utilisées et de transports onéreux. Certains d'entre eux couvrent plusieurs millions de personnes.

Dès 1978, la Norvège a créé un centre national de recherche et d'expertise sur les soins intégrés et la télémédecine *Nasjonalt senter for Samhandling og Telemedisin*, en lien avec l'hôpital universitaire de Tromsø. Financé par l'État norvégien et l'Union Européenne, il a notamment développé un programme en direction du Grand Nord norvégien comprenant la surveillance à distance de la dialyse, l'analyse de résultats dermatologiques à distance et la transmission de résultats d'analyses biologiques. L'hôpital permet par ailleurs aux patients qui se rendent dans des centres de soins primaires d'effectuer des téléconsultations avec des spécialistes. Ce dispositif a trouvé son équilibre économique, au regard notamment des coûts élevés des transports aériens.

Le Canada a également développé depuis le début des années 1990 des programmes de télémédecine en direction des populations installées dans les territoires peu urbanisés du nord du pays ou dans des zones

insulaires. Les gouvernements du Nouveau Brunswick et du Québec ont ainsi mis en place des téléconsultations dans les principales disciplines médicales et des actions de télésurveillance dans le domaine cardiaque.

Aux États-Unis, la *Veterans Health Administration (VHA)*, qui comprend une file active annuelle de 8,8 millions d'anciens militaires et de membres de leurs familles, a mis en place trois plateformes nationales :

- une de télésanté clinique (*Clinical Video Telehealth*), qui utilise en temps réel la vidéoconférence interactive pour examiner, traiter et prodiguer des soins à distance ;
- une seconde de télésanté à domicile (*Home Telehealth*), qui coordonne l'hospitalisation à domicile ou les services de soins infirmiers à domicile et la télésurveillance à domicile pour assurer le suivi du diabète, des maladies cardiaques chroniques, de l'hypertension, de l'obésité et des traumatismes crâniens ;
- enfin, une plateforme pour consultations « asynchrones » (*Store and Forward Telehealth*), qui permet de stocker des informations cliniques, (données, images, sons ou vidéos) transmises à des spécialistes tels que cardiologues, ophtalmologistes, dermatologues en vue d'une évaluation clinique détaillée.

Ces programmes relient les 152 centres médicaux des vétérans et plus de 600 cliniques de consultations communautaires (dispensaires) en utilisant 6 600 unités de vidéoconférence. La télésanté clinique s'est développée ces dernières années en fournissant un accès à domicile aux soins à tout vétéran ayant le haut débit. En 2014, le nombre de consultations en télésanté déclaré par la *VHA* s'élevait à 2,1 millions, dont 45 % concernaient des anciens combattants vivant dans les zones rurales. Entre 2009 et 2015, le nombre de consultations a été multiplié par huit et entre 89 et 95 % des patients ont déclaré être satisfaits des soins. Les programmes de la *VHA* offrent l'accès à 44 spécialités médicales dont la psychiatrie, la radiologie, l'endocrinologie et la neurologie ainsi que des services d'urgence et de soins intensifs à distance.

Un système de télémédecine similaire, mais moins développé, est mis en œuvre en direction des *Native Americans* et des Inuits d'Alaska. L'*Indian Health System*, qui couvre 2,2 millions de personnes, agit principalement à travers deux réseaux, l'un, depuis 2009, pour les psychothérapies individuelles et familiales, l'autre, depuis 2001, pour la prise en charge du diabète, notamment le dépistage de la rétinopathie diabétique.

Aux États-Unis, la télémédecine prend ainsi place dans les organisations particulières, très intégrées et protocolisées sur le plan médical, que sont les *Health Maintenance Organizations* (HMO), caractérisées par des restrictions à la liberté de choix du professionnel de santé par les patients et par un exercice collégial de la médecine.

Si le système de santé est organisé en France selon des principes différents, les exemples américain, canadien et norvégien de téléconsultations et de télé-expertises en direction de populations mal desservies par l'offre de soins traditionnelle présentent un intérêt tout particulier au regard des difficultés d'accès aux soins qui s'accroissent, notamment en matière de médecine de spécialité dans certains territoires de notre pays<sup>271</sup>.

## **B - Un important levier d'efficience : la télésurveillance**

En permettant d'éviter des hospitalisations, la télésurveillance des malades chroniques grâce à des dispositifs connectés apparaît comme la forme de télémédecine la plus prometteuse.

Dans le cadre du programme européen « Mieux respirer » (juin 2007 - février 2009), l'hôpital universitaire d'Odense au Danemark a mis en œuvre une expérimentation de télésurveillance de patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive<sup>272</sup>. Afin d'éviter des hospitalisations de surveillance de longue durée (qui concernent chaque année 300 à 400 patients), un dispositif de télésurveillance comprenant des moyens de vidéo-conférence ainsi qu'un bouton d'appel en cas d'urgence a été mis en place au domicile des patients.

Au vu de cette expérience et d'autres<sup>273</sup>, une grande partie des patients qui relèvent de pathologies chroniques, lourdes et parfois invalidantes, soit en France 11 millions de personnes en affection de longue durée, dont l'état de santé est à l'origine de 60 % des dépenses d'assurance maladie<sup>274</sup>, pourraient bénéficier à terme d'une

---

<sup>271</sup> Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre V : la médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins, p. 213.

<sup>272</sup> ASIP-FIEEC, étude sur la télésanté et la télémédecine, mars 2011.

<sup>273</sup> Voir référence *supra*.

<sup>274</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre V : la prise en charge des affections de longue durée : une dynamique non maîtrisée, une gestion médicalisée de la dépense à mettre en œuvre, p. 205-244, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

télesurveillance de leurs paramètres de santé à un moment ou l'autre de leur parcours de soins.

À la demande de la Cour, l'ATIH a identifié pour trois maladies chroniques (diabète, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque) le nombre de séjours hospitaliers publics ou privés dont le seul motif était la surveillance, sans autre acte médical classant. Environ 100 000 séjours de ce type ont pu être identifiés sur l'ensemble de l'année 2015. Cette approche pourrait s'étendre à d'autres hospitalisations de surveillance, liées à des pathologies (insuffisance respiratoire) ou faisant suite à des interventions chirurgicales effectuées en ambulatoire.

Selon une étude, le développement de la télésurveillance pourrait permettre de réaliser une économie pouvant aller jusqu'à 2,6 Md€<sup>275</sup>, au titre de trois pathologies (diabète traité par insuline, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale) et d'un facteur de risque (hypertension artérielle). Ce montant agrège les dépenses évitées de séjours hospitaliers, de séances de dialyse, de consultations et de transports sanitaires. Il intègre aussi notamment l'incidence favorable de la prévention de complications sous l'effet d'un repérage plus précoce des signes de dégradation de l'état de santé des patients.

Une autre étude, portant sur un réseau de télémédecine de prise en charge des plaies complexes, déployé dans les anciennes régions de Basse Normandie et de Languedoc-Roussillon<sup>276</sup>, a évalué les dépenses d'hospitalisation évitées à près de 4 600 € par patient sur neuf mois<sup>277</sup>.

Le passage de la dépense d'hospitalisation évitée à une économie effective n'est cependant ni immédiat, ni aisé. En effet, pour l'établissement de santé, la perte de recettes liée au séjour non réalisé ou raccourci doit être compensée par une suppression des coûts directs comme indirects d'hospitalisation.

---

<sup>275</sup> Hervé Dumez, Etienne Minvielle, Laurie Marraud, État des lieux de l'innovation numérique, novembre 2015, p. 66 et suivantes.

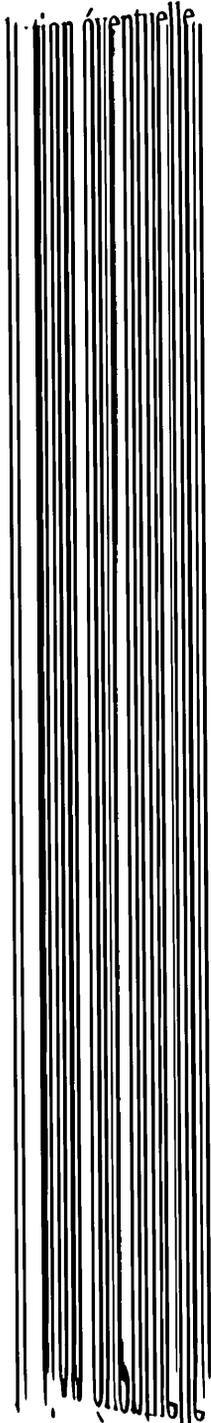
<sup>276</sup> Domoplaies, projet interrégional de télémédecine appliquée aux plaies.

<sup>277</sup> Réalisation d'une étude médico-économique de la télémédecine pour la prise en charge des plaies chroniques : une étude observationnelle au sein du réseau TELAP, Myriam Le Goff-Proinost Télécom Bretagne, mai 2016.

### C - Un progrès plus diffus, mais déterminant : l'amélioration des conditions de prise en charge des patients

Les plateformes téléphoniques permettent de rapprocher de façon efficace les besoins exprimés de l'offre disponible et d'apporter une réponse en première intention à des situations simples, en prévenant ainsi la saturation des services d'urgence et des cabinets de ville. En dehors des services d'urgence, des plateformes d'orientation et de conseil médical se développent ainsi à l'étranger.

Au Royaume-Uni, le *National Health Service* encourage les consultations par téléphone ou avec des moyens de visioconférence de type Skype<sup>278</sup> qui permettent de déboucher sur une orientation adaptée et de désencombrer les services d'urgence et les consultations. En Suisse, l'assureur Medgate a fait de l'appel à la plateforme le préalable à toute prise de rendez-vous auprès de médecins généralistes ou spécialistes. La plateforme assure également une fonction de suivi du plan de traitement



plateforme assure également une fonction de suivi du plan de traitement de rendez-vous auprès de médecins généralistes ou spécialistes. En Suisse, l'assureur Medgate a fait de l'appel à la plateforme le préalable à toute prise de rendez-vous auprès de médecins généralistes ou spécialistes. En Suisse, l'assureur Medgate a fait de l'appel à la plateforme le préalable à toute prise de rendez-vous auprès de médecins généralistes ou spécialistes. En Suisse, l'assureur Medgate a fait de l'appel à la plateforme le préalable à toute prise de rendez-vous auprès de médecins généralistes ou spécialistes.

### **C - Un progrès plus diffus, mais déterminant : l'amélioration des conditions de prise en charge des patients**

Les plateformes téléphoniques permettent de rapprocher de façon efficace les besoins exprimés de l'offre disponible et d'apporter une réponse en première intention à des situations simples, en prévenant ainsi la saturation des services d'urgence et des cabinets de ville. En dehors des services d'urgence, des plateformes d'orientation et de conseil médical se développent ainsi à l'étranger.

Au Royaume-Uni, le *National Health Service* encourage les consultations par téléphone ou avec des moyens de visioconférence de type Skype<sup>278</sup> qui permettent de déboucher sur une orientation adaptée et de désencombrer les services d'urgence et les consultations. En Suisse, l'assureur Medgate a fait de l'appel à la plateforme le préalable à toute prise de rendez-vous auprès de médecins généralistes ou spécialistes. La plateforme assure également une fonction de suivi du plan de traitement après la consultation éventuelle.

Plusieurs études relatives à des expériences étrangères ont mis en évidence les bénéfices de la télémédecine pour les patients et les professionnels de santé<sup>279</sup>.

L'évaluation du dispositif précité de télésurveillance de patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive de l'hôpital universitaire d'Odense fait apparaître un bien-être supplémentaire pour les patients lié à une réactivité accrue des professionnels de santé en cas d'aggravation, à une posologie plus finement adaptée en temps réel et à la perception d'une sécurité accrue par les patients. En outre, ces derniers maîtrisent mieux les conditions de leur prise en charge que dans le cas d'une hospitalisation. Ainsi, ils peuvent mesurer leurs propres paramètres sans difficulté. Enfin, des actions d'éducation thérapeutique ont pu être menées en direction des patients suivis à distance, les rendant plus autonomes encore.

Une autre expérience de télésurveillance aux Pays-Bas, toujours en direction de patients atteints de maladies chroniques, met en évidence que ces derniers peuvent plus facilement consulter leur dossier (comptes rendus, résultats d'analyse, historique et monitoring des progrès). Ils

---

<sup>278</sup> Ambassade de France au Royaume-Uni, décembre 2016.

<sup>279</sup> ASIP-FIEEC, étude sur la télésanté et la télémédecine, mars 2011.

prennent ainsi une part plus active à leur thérapie, observent mieux leur traitement et communiquent de manière plus fluide avec les équipes soignantes.

Dans le cadre des expériences étrangères, les prises en charge à distance bénéficient de manière générale d'une meilleure évaluation de la part des patients<sup>280</sup> que les prises en charge en face-à-face, en ville notamment.

Pour les professionnels également, la télémédecine comporte des avantages importants, fondés en premier lieu sur une formalisation, une traçabilité et un partage de l'information entre l'ensemble des intervenants, ce qui concourt à la qualité et à la sécurité des soins aux patients. Une expérience de télé-cardiologie en Allemagne souligne l'incidence favorable sur l'organisation du travail des professionnels de santé du rassemblement en temps réel dans le dossier médical électronique partagé de la totalité des informations relatives au patient.

Par ailleurs, la formalisation de la prise en charge collégiale du patient (« protocolisation ») permet des transferts de connaissances et de savoir-faire internes à l'équipe de soins et un recentrage des praticiens médicaux sur les actes à forte valeur ajoutée médicale. Ainsi, une expérience de télé-dermatologie aux Pays-Bas met en lumière, outre les transferts de connaissances des médecins spécialistes vers les généralistes, la sécurisation des interventions de ces derniers permise par l'interrogation à distance de médecins spécialistes sur des situations particulières, ainsi que la mise en œuvre de délégations d'actes et de procédures standardisés en direction des infirmiers.



Sous ses différentes formes, le développement de la télémédecine pourrait apporter beaucoup à notre système de santé en termes d'accès aux soins, d'efficacité de l'organisation des soins et de prises en charge sanitaire de meilleure qualité. Cependant, ce développement demeure embryonnaire dans notre pays. Le caractère fragmentaire de l'action menée par les pouvoirs publics concourt à expliquer cet état de fait.

---

<sup>280</sup> Des questionnaires de satisfaction sont en effet souvent associés aux dispositifs médicaux communicants, supports de la télésurveillance.

## **II - Une action publique dispersée aux résultats modestes**

Les actions mises en œuvre en France pour assurer le développement de la télémédecine connaissent des limites. Les initiatives du ministère de la santé se sont succédé sans ligne directrice claire ni continuité, sinon leur caractère expérimental et leur défaut d'évaluation. L'assurance maladie a dans le même temps poursuivi une démarche autonome qui l'amène à reconnaître et à prendre en charge dans des conditions de droit commun une série croissante, mais encore réduite, d'actes de télémédecine.

### **A - La mise en œuvre d'expérimentations hétérogènes et inabouties par le ministère de la santé**

Afin de favoriser le développement de la télémédecine, les pouvoirs publics ont privilégié la mise en œuvre d'actions expérimentales. Plus d'un quart de siècle après la première téléconsultation entre deux établissements de santé<sup>281</sup>, cette politique n'a débouché que sur des résultats très modestes.

#### **1 - Un plan national tardif et vite abandonné**

En 2011, le ministère de la santé a annoncé un plan national de déploiement de la télémédecine doté de près de 44 M€ en investissement.

À cette fin, étaient mobilisés des financements en grande partie déjà annoncés, voire engagés, dans des plans antérieurs ou concomitants (plan « accidents vasculaires cérébraux », programme des investissements d'avenir). En définitive, seuls un peu plus de 14 M€ correspondaient à des ressources réellement nouvelles et libres d'emploi.

---

<sup>281</sup> La première téléconsultation a été effectuée entre le CHU de Toulouse et le centre hospitalier de Rodez en 1989.

S'agissant des dépenses de fonctionnement, était prévue « une possibilité » de financement par l'assurance maladie, par inscription à la nomenclature des actes<sup>282</sup>. Toutefois, cette intention n'a reçu aucune traduction dans les faits.

En pratique, le plan n'a jamais été officiellement diffusé, ni mis en œuvre. Les plans antérieurs qu'il était censé intégrer ont été poursuivis dans le cadre de plusieurs régions pilote, compétentes chacune sur un domaine particulier ou un prérequis technologique de la télémédecine.

En définitive, le plan national a été abandonné par le ministère de la santé au cours de l'année 2012, à défaut notamment d'un modèle de financement pérenne en fonctionnement.

## **2 - Des initiatives régionales multiples et imparfaitement suivies, organisées principalement autour des établissements de santé**

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie avait prévu la définition facultative de schémas régionaux de télémédecine par les agences régionales de l'hospitalisation, auxquelles ont succédé les agences régionales de santé (ARS) en 2010.

La loi du 21 juillet 2009 a marqué une étape supplémentaire en prévoyant que les projets régionaux de santé arrêtés par les directeurs généraux d'ARS comprennent obligatoirement un programme de développement de la télémédecine, d'une durée maximale de cinq ans<sup>283</sup>.

Afin de soutenir des projets de télémédecine, les ARS ont mobilisé notamment une partie des crédits du Fonds d'intervention régional (FIR), créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Selon les données recueillies par la Cour auprès des ARS, les actes de télémédecine pris en charge par le FIR sont passés de 10 703 en 2011 à 257 814 en 2015. Au total, 114 M€ ont été dépensés par les ARS pour soutenir les projets correspondants en région entre 2011 et 2015, dont 69 M€ au titre du FIR, toutes missions confondues. En 2015, les dépenses ont légèrement dépassé 18 M€.

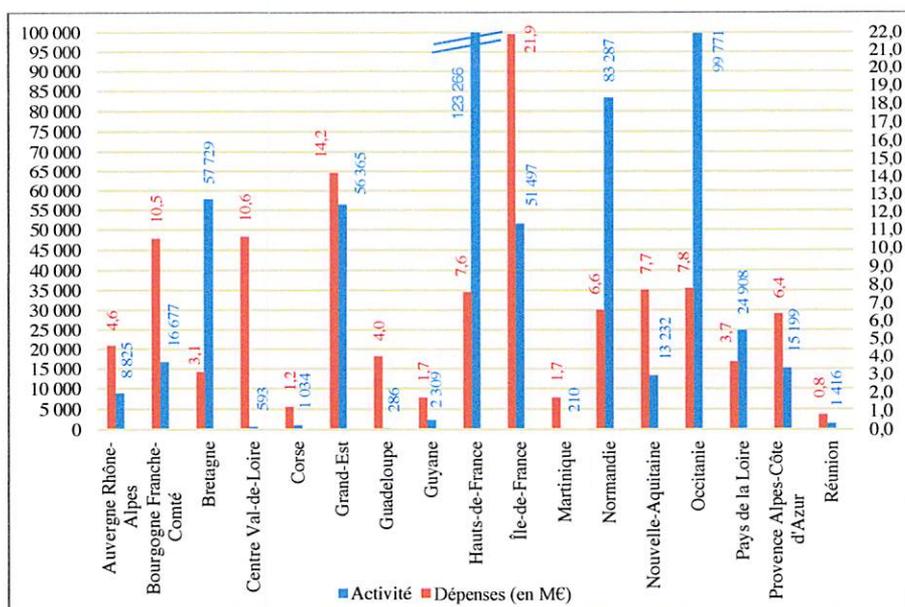
---

<sup>282</sup> Circulaire n° DGOS/PF3/2011/451 du 1<sup>er</sup> décembre 2011.

<sup>283</sup> Depuis lors, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a supprimé cette obligation.

Comme l'illustre le graphique ci-après, la télémédecine dans le cadre des expérimentations régionales connaît un développement inégal d'une région à l'autre, non corrélé à leur importance démographique ou à leur part dans la consommation de soins : de quelques centaines d'actes seulement dans les DOM, en Corse et Centre Val-de-Loire à plusieurs dizaines de milliers en Bretagne, Grand Est, Hauts-de-France, Île-de-France, Normandie, Occitanie et Pays-de-Loire. Ces dernières régions totalisent ainsi 90 % des actes de télémédecine recensés entre 2011 et 2015.

**Graphique n° 25 : volume des actes de télémédecine subventionnés par les ARS et dépenses correspondantes (en cumul, 2011-2015)**



Source : Cour des comptes à partir de données des ARS.

On observe une grande diversité de projets mis en œuvre au niveau régional. Dans quelques régions (Hauts-de-France, Grand-Est, Normandie et Occitanie), la télé-radiologie représente quelques milliers, voire des dizaines de milliers d'actes, ce développement étant favorisé par l'existence d'un cahier des charges spécifique élaboré très tôt par la profession. Ailleurs (Bretagne, Nouvelle-Aquitaine et Pays-de-la-Loire), la télé-cardiologie est très présente, alors que des projets sont seulement en construction dans d'autres régions. Une hétérogénéité comparable peut être

constatée en ce qui concerne la télé-dialyse et, plus largement, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

Quant au télé-suivi des plaies complexes en dermatologie (escarres et plaies non cicatrisées chez les diabétiques, qui affectent aujourd'hui 700 000 personnes), il s'inscrit dans de nombreux projets ouverts plus largement sous forme de téléconsultations. Il en résulte une connaissance approximative du nombre de ces prises en charge et des bénéficiaires, pourtant réels, qu'ils apportent comme l'accroissement des connaissances et des compétences entre les professionnels de santé.

Certes, plusieurs expérimentations de télémédecine ont produit des résultats favorables pour les patients, notamment en matière de dermatologie<sup>284</sup>, d'urgences neurologiques (AVC notamment)<sup>285</sup> et de télédiagnostics à partir de transferts d'images<sup>286</sup>.

Cependant, elles souffrent de trois faiblesses intrinsèques : leur dépendance à l'égard de l'investissement personnel des médecins porteurs de projet, l'hétérogénéité des périmètres et niveaux de soutien, en fonctionnement et en investissement et le caractère en principe non pérenne du soutien financier du FIR. Elles gagneraient ainsi à être recentrées sur les seuls dispositifs à même d'être rapidement généralisables.

**Un suivi national défaillant des projets locaux de télémédecine  
subventionnés par le FIR**

Alors que la télémédecine est un objectif de la politique de santé depuis 2010, il n'a été mis en place ni méthode, ni outils pour suivre ce segment de l'activité médicale. Le comité de pilotage national de télémédecine s'était fixé en janvier 2012 comme objectif la constitution d'un observatoire, d'une base de données et d'une méthode de recueil standardisé de l'activité. Presque trois ans plus tard, la même instance soulignait la nécessité de disposer d'indicateurs basiques, notamment de volume d'activité, à même de fournir une image concrète de la télémédecine. Elle proposait à nouveau l'établissement d'un observatoire recentré sur 50 indicateurs ou données et d'une plateforme destinée aux chargés de mission télémédecine des ARS. L'ensemble devait être opérationnel en mai 2015. Ce n'est toujours pas le cas à ce jour.

<sup>284</sup> Hospices civils de Lyon notamment.

<sup>285</sup> Notamment le réseau des urgences neurologiques de Franche-Comté.

<sup>286</sup> Notamment en région Bretagne par les CHU de Brest et de Rennes.

Le nombre de projets de télémédecine soutenus par les ARS est incertain. En 2012, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) comptabilisait 331 projets, dont 169 opérationnels alors que le rapport annuel du FIR mentionnait pour le même exercice 94 projets de télémédecine (127 en 2013, 153 en 2014 et 195 en 2015). Les ARS ont fait état à la Cour de 275 projets au 31 décembre 2015, dont 86 sans activité connue.

Les activités de télémédecine subventionnées par le FIR se sont surtout développées entre et autour des établissements de santé afin de répondre à des besoins d'expertise et de consultation à distance. Quatre cinquièmes des projets précités concernent des téléconsultations et télé-expertises, souvent les deux à la fois, un peu plus du dixième une télésurveillance, 23 la téléassistance et deux la régulation des appels. Plus d'un tiers des projets se rapporte à des relations de médecin à médecin, une centaine à des relations patients-médecins, 57 à des relations hôpital-établissement médico-social, 22 à des relations hôpital-médecine de ville et 16 à des relations hôpital-établissements pénitentiaires.

### **3 - De nouvelles expérimentations orientées vers la médecine de ville et généralisées malgré un échec complet**

Fin 2012, la politique nationale de soutien au développement de la télémédecine a été réorientée, tout au moins dans son principe, des établissements hospitaliers vers la médecine de ville, en réponse à l'extension des « déserts médicaux », et vers les établissements médico-sociaux, dans le cadre du « pacte santé - territoires ».

Un an plus tard, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu la mise en œuvre d'expérimentations, dans neuf régions pilote, de modalités de rémunération d'actes de télémédecine, réalisés au bénéfice de patients pris en charge en ville ou en structure médico-sociale.

Prévues pour être opérationnelles en 2015 et dotées d'un budget spécifique au sein du FIR<sup>287</sup>, ces expérimentations dites « ÉTAPES » (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) ont connu de nombreuses difficultés. Les cahiers des charges ont été produits avec retard et certains ont été abrogés et remplacés à une année de distance à peine. Les cibles visées ont hésité entre des pathologies précises ou des actes plus génériques. La direction générale de l'offre de soins et la

<sup>287</sup> 8,3 M€ en 2016.

direction de la sécurité sociale se sont difficilement accordées sur les modèles tarifaires à expérimenter.

La loi prévoyait qu'au terme des expérimentations, une évaluation serait réalisée par la Haute Autorité de santé (HAS) en vue d'une généralisation. À ce titre, le ministre chargé de la santé devait transmettre un rapport au Parlement avant fin septembre 2016.

Or, en novembre 2016, les expérimentations se résumaient en tout et pour tout à la dispensation d'une centaine d'actes à seulement deux patients<sup>288</sup>.

Cette circonstance n'a pourtant pas fait obstacle à une extension de la démarche d'expérimentation à l'ensemble du territoire par l'article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, dans l'objectif affiché d'intégrer à l'expérimentation une patientèle plus significative sur le plan statistique. À ce titre, la dotation correspondante du FIR a été portée à 21 M€. Ainsi élargie, l'expérimentation doit en principe donner lieu à un rapport d'évaluation au Parlement d'ici à fin septembre 2017.

## **B - Une intervention grandissante, mais encore limitée, de l'assurance maladie dans un cadre de droit commun**

À côté des expérimentations du ministère de la santé et des ARS, l'assurance maladie a développé en parallèle une action autonome en définissant le contenu et la rémunération d'un nombre croissant d'actes de télémédecine dans un cadre de droit commun.

Alors que le plan national de déploiement de la télémédecine était en cours de définition par ailleurs, la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNAMTS avec l'État pour les années 2010 à 2013, signée en mars 2011, a entendu faire de l'assurance maladie un « co-acteur » du développement de la télémédecine. À ce titre, l'assurance maladie et l'État devaient déterminer les conditions dans lesquelles la télémédecine pourrait être pertinente en termes d'efficacité, en précisant les pathologies, les patients et les modalités de prise en charge concernés, notamment en matière de pathologies chroniques. C'est en principe en fonction de cette analyse que les ARS devaient piloter le déploiement des dispositifs subventionnés de télémédecine dans le cadre des expérimentations. Dans

---

<sup>288</sup> Exposé des motifs et étude d'impact de l'article 47 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, devenu article 91 de la loi de financement pour 2017.

les faits, elle n'a pas été menée, ce qui a laissé aux ARS une grande liberté d'initiative.

La COG 2014-2017, signée en juillet 2014, a renforcé le rôle de l'assurance maladie dans le développement de la télémédecine. Ainsi, elle prévoit, outre un accompagnement par l'assurance maladie des expérimentations de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, un travail en commun de l'assurance maladie et du ministère de la santé sur les modalités de généralisation de ces expérimentations après évaluation de leurs résultats. Au-delà, l'assurance maladie est admise à favoriser par elle-même la généralisation des initiatives qu'elle soutient dans le cadre territorial (notamment au titre de la dialyse hors centre, du dépistage de la rétinopathie diabétique et de l'insuffisance cardiaque), sous réserve d'une efficacité médico-économique démontrée.

À ce jour, l'implication croissante de l'assurance maladie dans le domaine de la télémédecine s'est traduite par l'inscription de quatre actes à la nomenclature<sup>289</sup> :

- l'acte de télé-dialyse péritonéale (mars 2012), qui fait suite à une recommandation de bonne pratique de la HAS, relative aux conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée<sup>290</sup>. Il consiste en une télésurveillance d'une séance de dialyse péritonéale par un néphrologue, qui assiste un personnel paramédical placé physiquement auprès du patient. Ce dispositif favorise un mode de prise en charge moins coûteux que la dialyse en centre lourd et procure un gain de temps et de confort appréciable aux patients ;
- l'acte de dépistage de la rétinopathie diabétique (décembre 2014), qui présente la particularité d'associer un acte réalisé par télémédecine à une coopération entre deux professionnels de santé relevant de disciplines différentes : l'orthoptiste réalise le cliché du fond de l'œil et l'envoi à un ophtalmologue qui l'interprète dans les huit jours. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a adapté les dispositions du code de la santé publique afin d'autoriser le partage d'honoraires entre professionnels de santé, au titre à la fois du protocole de coopération et de la télémédecine. En 2015, 11 000 actes ont été effectués au titre du dépistage de la rétinopathie diabétique ;

---

<sup>289</sup> Selon le cas, la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou la classification commune des actes médicaux (CCAM).

<sup>290</sup> Recommandation de bonne pratique du 21 janvier 2010 sur les conditions de mise en œuvre de la télémédecine en unité de dialyse médicalisée.

- l'acte de téléconsultation en urgence en EHPAD (mars 2017), qui vise à éviter des déplacements délicats ou des hospitalisations inutiles pour des personnes fragiles en réalisant des consultations à distance entre le médecin traitant et le patient de l'EHPAD. Cet acte est susceptible de bénéficier, à un moment ou un autre de leur parcours de soins, aux 700 000 résidents en EHPAD ;
- l'acte de télé-expertise-admission-changement de médecin en EHPAD, dit TDT (télé-expertise dossier traitant), qui a pour objet d'assurer la continuité du suivi et la transmission d'éléments utiles à la prise en charge par le nouveau médecin traitant lors de l'entrée en EHPAD avec le médecin du domicile de départ de la personne (mars 2017). Il est susceptible de bénéficier aux 135 000 personnes admises chaque année dans ce type de structure.

Ces deux derniers actes, dont la convention médicale nationale du 25 août 2016 avait prévu le principe, ont été inscrits à la nomenclature par la voie d'un avenant (n° 2) à cette dernière. La définition de deux autres actes de télésurveillance, en cardiologie et au titre de plaies chroniques et complexes, annoncée par cette même convention, demeure en discussion.



En définitive, la télémédecine connaît en France un développement encore extrêmement limité. Ainsi, les 257 814 actes subventionnés en 2015 par le FIR dans le cadre d'expérimentations représentent l'équivalent de 0,3 % des actes et consultations externes effectués par les établissements de santé en une année. En prenant place dans un cadre national homogène et pérenne, les actes récemment inscrits à la nomenclature élargissent les possibilités de progression de la télémédecine, mais couvrent un périmètre encore étroit de situations dans lesquelles la télémédecine pourrait se substituer à des modes d'intervention classiques ou suppléer à leur absence.

**Un développement encore très limité de la télémédecine  
en milieu carcéral**

Les mises sous écrou nécessitent aux termes du code de procédure pénale une consultation médicale d'entrée, tout comme les problèmes médicaux urgents intervenant de façon aléatoire. À cet égard, la télémédecine peut alléger la difficulté d'organisation liée à la permanence des soins.

Le volume des actes de télémédecine en milieu pénitentiaire recensés entre 2011 et 2015 s'élève à 11 674 au total, soit 2,1 % du total des actes recensés de télémédecine au cours de la période, dont 2 916 en 2015. Pour cette même année, ils représentent ainsi l'équivalent d'à peine 2,8 % des consultations réalisées en face à face en milieu carcéral (au nombre de 1 053 987), ce qui confirme le caractère encore très expérimental de cette dimension de la télémédecine. Ils sont de surcroît très concentrés, car 67 % sont retracés au titre d'un projet de radiologie en Occitanie.

Une stratégie d'ensemble des pouvoirs publics, allant au-delà d'expérimentations locales souvent non généralisables et de la création ponctuelle de nouveaux actes à la nomenclature des actes remboursables par l'assurance maladie, s'impose désormais afin de développer la pratique de la télémédecine et de concrétiser les progrès qu'elle peut permettre à notre système de santé de réaliser.

### **III - La nécessité d'une stratégie cohérente**

L'attentisme des pouvoirs publics, leurs actions dispersées, leur incapacité à définir un cadre clair pour la diffusion de la télémédecine, doit désormais faire place rapidement à une stratégie d'ensemble cohérente, continue et méthodique. Cette stratégie devrait s'inscrire dans le champ, plus large que la définition légale de la télémédecine et en évolution accélérée, de l'« e-santé ». Elle devrait s'attacher à lever l'ensemble des obstacles techniques et juridiques qui s'opposent encore à l'essor de la télémédecine. Enfin, elle devrait viser la définition d'un nouveau modèle tarifaire, simple et lisible, à même de stimuler le développement de la télémédecine tout en prémunissant du risque d'une dynamique inflationniste.

#### **A - Repenser la télémédecine dans le cadre plus large de l'« e-santé »**

La rapidité des évolutions technologiques récentes interroge et fragilise de plus en plus l'approche et la définition françaises de la télémédecine, de fait plus étroites que l'« e-santé ».

Depuis le décret du 19 octobre 2010 qui a défini les cinq types d'actes relevant de la télémédecine<sup>291</sup>, les objets connectés ont peu à peu envahi la vie quotidienne et le champ de la santé sous couvert de bien-être ou d'éducation à la santé. Ils associent souvent une mesure ou une « automesure » et, le cas échéant, un conseil dispensé à partir d'une plateforme. Selon le conseil national de l'Ordre des médecins, 3 millions d'objets ont été achetés en France en 2013 pour un chiffre d'affaires de 64 M€<sup>292</sup>.

La nécessité d'une régulation apparaît de plus en plus manifeste, y compris aux acteurs eux-mêmes du marché des objets connectés. C'est pourquoi la HAS a adopté un référentiel de 101 pratiques pour évaluer les applications santé et les objets connectés afin d'engager un début d'encadrement de ce champ foisonnant. Ce guide, élaboré en lien avec l'agence nationale de sécurité des systèmes d'information (ANSII) et la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), définit cinq grands domaines de bonnes pratiques : information des utilisateurs (description / consentement), contenu de santé (conception du contenu initial, standardisation, contenu généré, contenu interprété), contenu technique (conception technique, flux de données), sécurité et fiabilité (cyber-sécurité, fiabilité et confidentialité) et utilisation / usage. Il sera complété dans un second temps par un guide à l'attention des professionnels et des usagers.

La définition des politiques publiques de déploiement de la télémédecine doit désormais aussi veiller à intégrer la dimension européenne sous trois aspects : protection des données de santé, régime juridique des dispositifs médicaux et des objets connectés et cadre juridique des activités de plateforme de télémédecine.

#### **Un cadre européen à prendre en compte**

La promotion de l'« e-santé » en général, et de la télémédecine en particulier, a été identifiée comme l'un des axes de croissance économique en Europe dès les années 2000<sup>293</sup>. Bien que l'Union Européenne n'ait pas de compétence spécifique dans le champ de la santé, un cadre européen a néanmoins commencé à être construit.

<sup>291</sup> Codifiés à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique, voir *supra*.

<sup>292</sup> CNOM, Santé connectée, de la e-santé à la santé connectée, janvier 2015.

<sup>293</sup> Stratégie de Lisbonne, Conseil européen des 23 et 24 mars 2000.

Ainsi, la directive « e-commerce »<sup>294</sup>, dont l'introduction vise explicitement la médecine, confère une base légale aux plateformes à caractère commercial qui apportent des réponses à des demandes d'orientation ou de prise en charge des appelants et sont financées par ces derniers. Ces services médicaux peuvent avoir une activité transfrontalière à partir de n'importe quel pays de l'Union européenne. Dans un avis du 4 février 2016, le conseil national de l'Ordre des médecins s'est interrogé sur la compatibilité de ces plateformes avec les dispositions du code de déontologie<sup>295</sup>. Néanmoins, les médecins exerçant sur ces plateformes affichent leur inscription à l'Ordre, signifiant ainsi que ce dernier a validé leur contrat de travail au regard des règles de déontologie qui s'imposent à eux. Devant les difficultés d'articulation des textes européens et nationaux, la Commission européenne a proposé de définir un cadre d'interopérabilité juridique d'ici à 2020<sup>296</sup>.

S'agissant des dispositifs médicaux et des objets connectés, leurs régimes juridiques sont issus du droit européen et des règles de libre circulation des produits. Ainsi, trois directives édictées dans le prolongement de l'Acte unique de 1986 concernent les dispositifs médicaux. L'article 168 du Traité sur l'Union européenne dispose que la compétence de l'Union Européenne est élargie aux « mesures fixant des normes élevées de qualité et de sécurité des médicaments et des dispositifs à usage médical ». Le principe d'un marquage s'applique à la plupart de ces dispositifs médicaux, qui comprennent également les logiciels, lesquels sont par nature très souvent présents dans les dispositifs de télémédecine. La réglementation européenne sur les dispositifs médicaux (RDM 2017/745) et celle sur les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (RDM 2017/746), ont été publiées le 5 mai 2017 au Journal officiel de l'Union Européenne, le premier texte entrant cependant en vigueur en mai 2020. Si des critères d'évaluation et d'accès au remboursement des objets connectés devaient être déterminés, ils devraient impérativement tenir compte de la pertinence du service rendu et donc de la prestation médicale comprise dans le service de télésurveillance.

<sup>294</sup> Directive 2000/131/CE du Parlement européen et du Conseil du 8 juin 2000 relative à certains aspects juridiques des services de la société de l'information, et notamment du commerce électronique dans le marché intérieur (« directive sur le commerce électronique »).

<sup>295</sup> Selon l'article R. 4127-19 du code de la santé publique, « La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale ».

<sup>296</sup> Communication de la Commission au Parlement européen du 6 décembre 2012.

En ce qui concerne la protection des données de santé, les textes européens ont consolidé l'interdiction de vente existant dans les cadres juridiques nationaux, tant pour les dispositifs médicaux que pour les objets connectés dans la mesure où ils collectent des données de santé au sens du règlement européen<sup>297</sup> qui entrera en vigueur en mai 2018. Celui-ci interdit le traitement des données sensibles, sauf consentement explicite du patient et utilisation à des fins de recherche.

## B - Lever l'ensemble des préalables juridiques et techniques à l'essor de la télémédecine

Les exemples des pays les plus avancés en matière de développement de la télémédecine montrent que l'existence d'un dossier médical électronique du patient, commun à l'ensemble des acteurs du système de santé, alimenté de manière exhaustive et en temps réel par ces derniers et assurant la traçabilité de l'ensemble de leurs interventions, conditionne un large recours à cette pratique.

### Dossier médical numérique et télémédecine : le cas du Danemark

Le Danemark est en pointe pour l'usage de la télémédecine. Il a imposé un dossier digital patient standard qui est le mode normal de partage des données entre professionnels de santé, patients et établissements dès le début des années 2000. L'ensemble des établissements de santé et des professionnels de santé alimentent quotidiennement le dossier du patient des séjours et actes réalisés. Une plateforme numérique nationale (*Sundhedsjournal*) permet de mettre ces informations à la disposition des professionnels et de délivrer des informations plus générales aux patients<sup>298</sup>.

Le code de la santé publique<sup>299</sup> a certes prévu que « chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant (...) l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte (...) l'identification du patient (...) l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ». En

<sup>297</sup> Règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 4 mai 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46 (règlement général sur la protection des données).

<sup>298</sup> Ambassade de France au Danemark.

<sup>299</sup> Articles R. 6316-3 et R. 6316-4 du code de la santé publique dont les dispositions sont issues du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010.

outre, « sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine... le compte rendu de la réalisation de l'acte (...) les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine (...) l'identité des professionnels de santé participant à l'acte (...) ».

Toutefois, les cadres juridiques et techniques applicables à l'ensemble des activités médicales, quelle qu'en soit la forme, à même de permettre à l'ensemble des acteurs du système de santé de réaliser des actes de télémédecine dans des conditions conformes à ces dispositions, n'ont commencé à être mis en place que très récemment, de manière encore incomplète ou selon des calendriers restant à préciser.

### 1 - Un dossier médical partagé généralisé à terme

Dans un système sanitaire caractérisé par une multiplicité d'acteurs au statut juridique varié, la prise en charge collégiale et pluri-professionnelle des patients, dont la télémédecine est l'une des dimensions, rend impérative la réunion dans une base de données accessible à l'ensemble des acteurs de toutes les informations relatives aux actes de soins et paramètres de l'état de santé des patients.

La Cour avait constaté en 2012 l'échec coûteux du dossier médical personnel (DMP)<sup>300</sup>. Depuis lors, la situation n'a que peu évolué : à la mi-juillet 2016, seuls 584 532 dossiers étaient actifs. Le pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques (PIPAME) relevait en février 2016 que la France était dans une position très moyenne en matière d'« e-santé », notamment « en raison de son faible déploiement du DMP qui est pourtant vu comme un besoin phare pour les professionnels de santé »<sup>301</sup>.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a requalifié le dossier médical personnel en dossier médical partagé, rappelé l'obligation d'alimentation de ce dossier par chaque professionnel de santé quels que soient son mode et son lieu d'exercice,

---

<sup>300</sup> Cour des comptes, *Communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale*, le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place, février 2013, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

<sup>301</sup> PIPAME « Prospective : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé », février 2016.

défini la notion d'équipe de soins et fixé les conditions de la circulation des informations en son sein<sup>302</sup>.

La mise en œuvre de ce dispositif est désormais confiée à l'assurance maladie. À la suite d'une phase d'expérimentation couvrant neuf départements au cours de l'année 2017, celle-ci prévoit de généraliser le dossier médical partagé au cours de l'année 2018.

Au-delà de son extension aux populations d'assurés non couvertes par l'expérimentation (régimes autres que le régime général, mutuelles délégataires de l'assurance maladie et ayants droit), aujourd'hui engagée par la CNAMTS, l'incidence effective du dossier médical partagé sur le fonctionnement de notre système de santé est tributaire de son alimentation exhaustive et en temps réel par l'ensemble des professionnels de santé. En dépit des dispositions légales qui les fondent<sup>303</sup>, des délais d'appropriation de leurs obligations par les professionnels de santé sont à prévoir.

## **2 - Une identification standardisée des patients obligatoire en 2020**

La mise en œuvre d'un identifiant de santé unique est une condition du dossier médical partagé, et donc du développement de la télémédecine, en permettant de référencer les données administratives et de santé de toute personne bénéficiant ou ayant vocation à bénéficier d'un acte diagnostique, thérapeutique, de prévention, de soulagement de la douleur, de compensation du handicap ou de prévention de la perte d'autonomie, ou d'interventions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes.

La loi de modernisation de notre système de santé a désigné le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) comme l'identifiant national de santé (INS), là où le Danemark a franchi cette étape dès 1968. Cette identification est commune aux champs sanitaire et social, ce qui est un facteur déterminant dans la promotion de parcours de soins décloisonnés entre ces deux secteurs. À la suite de la publication d'un référentiel d'ici à fin mars 2018<sup>304</sup>, l'INS aura

---

<sup>302</sup> Codifiées aux articles L. 1110-4 et suivants du code de la santé publique.

<sup>303</sup> Codifiées à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

<sup>304</sup> Établi par l'ASIP, il détaillera les modalités de mise en œuvre de l'obligation d'utilisation de l'INS, précisant notamment les procédures de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des personnes prises en charge, ainsi que les mesures de sécurité à mettre en œuvre pour le référencement des données personnelles des patients.

un caractère obligatoire pour l'ensemble des acteurs du système de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### **3 - Une authentification des professionnels de santé à appliquer dans les établissements de santé**

L'authentification des professionnels de santé constitue un autre préalable au développement de la télémédecine, en permettant de tracer dans le dossier médical partagé les actes, prestations et produits délivrés au patient, ce qui concourt à la qualité et à la sécurité de sa prise en charge.

Cette authentification doit être assurée au travers notamment de la carte de professionnel de santé (CPS) ou de la carte de professionnel d'établissement (CPE) pour les intervenants relevant d'une catégorie professionnelle non soignante<sup>305</sup>. La dernière version de la carte permet à la fois de facturer des soins à l'assurance maladie, d'apposer une signature électronique sur des documents, de créer, d'alimenter et de consulter le DMP, d'accéder à des locaux ou à la future messagerie sécurisée des professionnels de santé, en cours de construction par l'agence des systèmes d'Information partagés de santé (ASIP) et de réaliser des actes médicaux à distance.

Si le déploiement de ces cartes est effectif dans le champ de la médecine de ville, il demeure encore très limité dans les établissements de santé : selon l'ASIP, sur 2 660 au total, seuls 60, dont l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et sept autres CHU, en seraient équipés.

Certes, les personnels hospitaliers peuvent se dispenser, sur un plan matériel, d'utiliser la carte CPS, en recourant par exemple à des mots de passe provisoires. Toutefois, l'absence d'utilisation de la carte conduit à ce que leurs interventions ne sont pas individualisées, ce qui ne permet pas d'assurer la traçabilité des soins, comme la Cour l'a récemment souligné<sup>306</sup>.

---

<sup>305</sup> Il s'agit du niveau de sécurité dit de palier 3, le plus élevé, au terme du référentiel d'authentification des acteurs de santé publié par l'ASIP en décembre 2014.

<sup>306</sup> Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre VII : la maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical, p. 289-326, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

#### 4 - Un retard à combler en matière de dématérialisation et de sécurisation des prescriptions et des messageries

La prescription électronique d'actes, de prestations et de biens médicaux concourt à la traçabilité des soins et constitue un préalable légal à la télémédecine. Elle contribue aussi à alléger les tâches de gestion des caisses d'assurance maladie (qui n'ont plus besoin de rapprocher des prescriptions papier avec les factures qui leur sont adressées) et à prévenir certains modes opératoires de fraude.

À ce jour, la France fait cependant partie des cinq derniers pays de l'Union Européenne où la prescription médicale électronique sécurisée de médicaments et de dispositifs médicaux n'est pas déployée. *A contrario*, 84 % des ordonnances en Espagne interviennent sous un format électronique sécurisé<sup>307</sup>.

La CNAMTS prévoit de mener en septembre 2017 une première expérimentation de prescription électronique sécurisée, couvrant trois départements et comportant une authentification du prescripteur vérifiable par le pharmacien. Cette première étape concernera l'ensemble des médicaments et quelques dispositifs médicaux, dans un périmètre géographique limité et pour une durée de six mois. Lorsque la e-prescription sera généralisée, le dossier médical personnel sera alimenté par les informations relatives aux médicaments et dispositifs médicaux délivrés par les pharmacies sur ordonnance. Le calendrier de cette généralisation n'est pas fixé à ce jour.

Par ailleurs, les nouvelles dispositions relatives au « forfait structure »<sup>308</sup> de la convention médicale nationale du 25 août 2016 contribuent à la sécurisation des prescriptions électroniques en visant l'utilisation d'un logiciel métier comportant un logiciel d'aide à la prescription compatible avec le DMP et l'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé.

Les messageries sécurisées procurent un environnement nécessaire au déploiement de la télémédecine en facilitant la circulation d'informations au sein de l'équipe de soins. Elles doivent être généralisées à partir de 2017. En mai 2016, 30 % des médecins libéraux les utilisaient.

---

<sup>307</sup> Ambassade de France en Espagne.

<sup>308</sup> Aide visant à inciter à la mise en place d'outils et d'organisations facilitant la gestion du cabinet médical, individuel ou de groupe, ainsi que la coordination du parcours des patients et la simplification des relations administratives avec l'assurance maladie (4 620 € annuels par médecin au plus, versés à partir de 2019).

Un plan de déploiement concernant 27 des 32 CHRU, et 600 des centres hospitaliers les plus importants est en cours.

**Une mise à niveau progressive des infrastructures de communication pour permettre un développement de la télémédecine généralisé à l'ensemble du territoire**

Dans un rapport public thématique récent<sup>309</sup>, la Cour a dressé un premier bilan du déploiement des réseaux de haut et de très haut débit en France dans lequel elle observe que la quasi-totalité de la France est certes couverte, mais avec un niveau de service encore inégal puisqu'un internaute sur cinq ne disposait encore en juin 2015 que d'un débit inférieur à 2 Mbps. Une quinzaine de départements disposaient d'un débit moyen de 5 à 7 Mbps, avec néanmoins d'importantes différences en leur sein entre les zones urbaines et rurales. Le raccordement progressif à la fibre d'ici à 2030 des établissements sanitaires, des établissements médico-sociaux et des professionnels libéraux de santé accroîtra cette capacité, en prévision de la montée en charge de l'« e-santé », et des applications à venir.

À côté du déploiement des infrastructures fixes, l'arrivée de la téléphonie mobile selon la norme 3G a permis l'essor des objets connectés qui constitueront le principal vecteur de la télémédecine et de l'« e-santé », pour les échanges directs entre le patient à son domicile et les professionnels ou les établissements de santé. Le développement rapide des applications mobiles en 4G, standard qui n'est pas encore disponible sur la totalité du territoire, et prochainement en 5G (dont la diffusion est prévue à partir de 2020–2022), est annoncé comme une étape décisive du déploiement de la télémédecine, notamment de la télésurveillance à domicile.

### C - Définir un modèle tarifaire non inflationniste

L'organisation sanitaire et le mode de rémunération des acteurs du système de santé ont une incidence forte sur les conditions de développement de la télémédecine. À cet égard, les exemples du Royaume-Uni, du Danemark et de l'Espagne fournissent un éclairage intéressant : « Le mode d'organisation des soins et le type de rémunération initialement présents dans ces pays facilitent de fait le déploiement de la télémédecine

<sup>309</sup> Cour des comptes, *Rapport public thématique*, les réseaux fixes de haut et très haut débit : un premier bilan, janvier 2017, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

puisque les adaptations pour la mise en œuvre de ces pratiques ne sont que marginales (...). La télémédecine est rentrée dans les nomenclatures dans le panier de soins officiels au Danemark et au Royaume Uni, devenant une prestation médicale ordinaire aux côtés des autres »<sup>310</sup>.

L'étude PIPAME précitée<sup>311</sup> fait un constat proche lorsqu'elle dresse une comparaison des niveaux de déploiement de l'« e-santé » par pays. Elle observe que « la France peut être comparée à l'Allemagne notamment parce que l'organisation des systèmes de santé est sensiblement la même, avec un important secteur libéral. Au Royaume-Uni et en Espagne, le déploiement de la e-santé est facilité par un système entièrement public ».

Dans le cadre de notre système de santé, dont les acteurs sont rémunérés de manière individuelle à l'acte (professionnels libéraux) ou à l'activité (établissements de santé), le développement de la télémédecine, qui fait intervenir plusieurs professionnels de santé, est susceptible de s'accompagner d'une hausse significative des coûts par rapport aux actes en présence physique des patients. À organisation constante de notre système de santé, il apparaît néanmoins possible de définir selon des principes pragmatiques un cadre de tarification à même de favoriser l'essor de la télémédecine tout en évitant l'inflation des dépenses.

### **1 - À modèle de rémunération inchangé, des risques inflationnistes certains**

La télémédecine fait intervenir plusieurs professionnels ou structures de santé lors d'actes de téléconsultation, de télé-expertise ou de téléassistance et, parfois, de télésurveillance, au lieu d'un seul lors d'un acte en face-à-face. Dès lors, l'application selon des modalités inchangées de la rémunération à l'activité pour les établissements de santé et du paiement à l'acte pour les professionnels libéraux de santé requérants et

---

<sup>310</sup> Amandine Raully, « Dispositifs de rémunération de la télémédecine : de la diversité des propositions de contrats à la singularité française », *Journal de gestion et d'économie médicale*, 2013, Vol.31, n° 7-8, 473-486.

<sup>311</sup> PIPAME « Prospective : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé », février 2016.

requis au titre des actes de télémédecine en question est de nature à engendrer une hausse des coûts<sup>312</sup>.

Ensuite, la télémédecine s'accompagne de coûts d'équipement et de maintenance de matériels et de logiciels en appui de la liaison entre les professionnels de santé ou avec les patients qui, par construction, n'interviennent pas dans le cadre d'un acte en présence du patient. En novembre 2014<sup>313</sup>, une étude commandée par la direction générale de l'offre de soins a estimé les surcoûts correspondants entre 40 % et 95 % de ceux d'une prise en charge traditionnelle, l'amplitude de cette fourchette reflétant la diversité des actes de télémédecine et des solutions techniques mises en œuvre.

Par ailleurs, en créant un précédent, les niveaux élevés de rémunération des actes de télémédecine propres à certaines expérimentations pourraient faire obstacle à l'éclosion de modèles de rémunération moins onéreux dans le cadre de droit commun constitué par l'inscription à la nomenclature de nouveaux actes remboursables par l'assurance maladie.

## **2 - Définir un cadre de tarification de droit commun à même d'assurer l'essor de la télémédecine sans dériver des dépenses**

Deux orientations paraissent devoir être privilégiées afin de favoriser le développement de la télémédecine tout en maîtrisant l'évolution des coûts : renforcer la portée des principes retenus dans le cadre des expérimentations nationales « ÉTAPES »<sup>314</sup> et par la convention médicale nationale du 25 août 2016 et mettre en place un partage de rémunérations entre les acteurs concernés dans un cadre généralisé et de droit commun, par priorité dans les domaines de la téléconsultation et de la télé-expertise.

---

<sup>312</sup> S'agissant des établissements publics de santé, le risque d'inflation des coûts est amplifié par la possibilité qui leur a récemment été reconnue de facturer à l'assurance maladie des séjours hospitaliers distincts au titre d'un même patient, lorsqu'ils sont effectués sur plusieurs sites géographiques en leur sein, faculté dont disposaient déjà les établissements privés (Conseil d'état 30 juin 2015, Assistance publique-Hôpitaux de Paris/CPAM de Paris).

<sup>313</sup> COPIL Télémédecine du 14 novembre 2014 DGOS p. 13 diaporama.

<sup>314</sup> Expérimentations dites de l'article 36 de la loi de financement pour 2014.

Les expérimentations « ÉTAPES » et la convention médicale nationale du 25 août 2016 ont retenu plusieurs principes destinés à prévenir le risque d'inflation des coûts de la télémédecine : la définition de critères médicaux d'éligibilité ou au contraire d'exclusion des patients à la télémédecine, la forfaitisation du montant<sup>315</sup> ou le plafonnement du nombre de prises en charge<sup>316</sup> ou encore la forfaitisation du montant des coûts relatifs aux équipements techniques facturés à l'assurance maladie (par exemple de radiologie). Ces principes pourraient être généralisés à l'ensemble des actes de télémédecine, quels qu'en soient les participants.

**Les mécanismes de forfaitisation dans le cadre des expérimentations  
« ÉTAPES »**

Deux mécanismes de forfaitisation des actes de télémédecine pouvant être combinés entre eux ont été mis en place :

- le premier vise à regrouper au sein d'un forfait le paiement d'une série d'actes réalisés par un même professionnel de santé au bénéfice d'un même patient sur une période donnée ou pour un épisode de soins délimité dans le temps ;
- le second vise à payer en une seule fois des coûts fixes pour la mise à disposition et la maintenance d'un dispositif communicant.

Pour le suivi des patients atteints d'une insuffisance cardiaque, le médecin perçoit ainsi un forfait de 110 € par patient et par semestre et le fournisseur de matériel un forfait de 300 € versé en une fois.

L'augmentation du nombre d'actes n'a pas d'incidence sur la rémunération, ce qui réduit le risque d'actes non pertinents.

En outre, une prime à la performance plafonnée à 100 € par patient et par an pour le médecin, à 60 € par an pour le professionnel de santé réalisant l'accompagnement thérapeutique et à 300 € par patient et par an et par solution technique est versée en fonction des dépenses évitées en matière d'hospitalisation et de transport lors de la première année de mise en œuvre.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a autorisé en médecine de ville le partage d'honoraires, interdit lors d'une intervention en présence du patient, pour les activités de télémédecine et celles découlant de coopérations entre professionnels de santé. À ce jour, un seul acte de télémédecine, celui de dépistage de la rétinopathie

<sup>315</sup> Forfaitisation par trimestre ou semestre.

<sup>316</sup> Ainsi, la téléconsultation est limitée à trois par an et par patient en EHPAD ou ALD pour un médecin généraliste.

diabétique (voir *supra*), auquel participent un orthoptiste et un ophtalmologue, a cependant donné lieu à partage d'honoraires.

Cette voie pourrait être approfondie, notamment par la définition de tarifs forfaitisés, pré-répartis entre les différents acteurs (médecins, professionnels de santé et fournisseurs informatiques ou de dispositifs médicaux communicants) et dont le montant resterait proche de celui d'un règlement à l'acte en face-à-face. L'avenant n° 2 à la convention médicale du 25 août 2016 (mars 2017) prévoit en ce sens, pour l'acte de télé-expertise de transfert de dossier à l'admission en EHPAD, un tarif de 15 € pour chacun des deux professionnels de santé concernés, requis et requérant. S'il est un peu supérieur à celui d'une consultation, ce montant est inférieur au coût cumulé de deux consultations.

S'agissant des établissements de santé, le partage de recettes pourrait prendre la forme de GHS légèrement majorés et répartis entre établissements requis et requérants.

En tout état de cause, la coexistence en France de trois mécanismes distincts de rémunération des actes de télémédecine, parfois pour un même acte - les tarifications hétérogènes accordées par les treize ARS à des projets sur les crédits du FIR, la tarification des expérimentations « ÉTAPES » nationales<sup>317</sup> sur ces mêmes crédits, et le financement par l'assurance maladie d'actes inscrits à la nomenclature - invite à recentrer les expérimentations sur les projets les plus à même de déboucher sur des dispositifs généralisables dans un cadre de droit commun à coût maîtrisé pour l'assurance maladie.

S'agissant en revanche de la télésurveillance, un système de tarification forfaitaire apparaîtrait mieux approprié pour favoriser son développement qui offre un fort potentiel d'économies.



L'action des pouvoirs publics en faveur du développement de la télémédecine devrait s'appuyer sur la définition d'objectifs quantifiés afin de favoriser la substitution d'actes de télésurveillance à domicile à des prises en charge traditionnelles pour les patients atteints de maladies chroniques lourdes et souvent invalidantes.

À l'instar de celle engagée pour favoriser la substitution de la chirurgie ambulatoire à la chirurgie classique<sup>318</sup>, cette démarche devrait

<sup>317</sup> Expérimentations dites de l'article 36 de la loi de financement pour 2014.

<sup>318</sup> Voir, dans le cadre du présent rapport, le chapitre VI : les activités chirurgicales, restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge, p. 257.

s'appuyer sur la définition de critères médicaux d'éligibilité ou d'exclusion des patients à des actes de télémédecine, sur celle de filières de prise en charge par pathologie intégrant des protocoles de soins et sur une révision à la baisse des tarifs des séjours hospitaliers auxquels la télésurveillance des patients pourrait se substituer de manière pertinente sur le plan médical.

En effet, les gains d'efficience liés à la télémédecine ne pourront être effectivement dégagés par les financeurs de notre système de santé (assurance maladie, assurances complémentaires et ménages) qu'à la condition que ce dernier soit incité à se réorganiser par une réduction des tarifs fixés pour les modes habituels de prise en charge auxquels la télémédecine peut utilement se substituer en fonction de critères médicaux.

---

### CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

---

*Les perspectives ouvertes en matière de soins par le développement des échanges par voie numérique en général et par la télémédecine en particulier, ont commencé à modifier en profondeur dans nombre de pays l'exercice médical, tant en ce qui concerne le diagnostic, la prise en charge que le suivi des patients, notamment ceux qui sont affectés par des pathologies lourdes de longue durée. Ces évolutions vont s'amplifier au cours des années à venir.*

*Cependant, quelque vingt-cinq années après la première expérimentation, la télémédecine demeure en France une pratique marginale. Les pouvoirs publics n'ont pas élaboré de stratégie unifiée, cohérente et continue pour en assurer le développement. Leur action dispersée et velléitaire a manqué de constance tant dans ses objectifs que dans ses méthodes. La faiblesse des résultats quantitatifs et qualitatifs obtenus, quand ils ont pu même être évalués, en sont la conséquence.*

*Les multiples expérimentations engagées sans ordre ni méthode n'ont pas débouché sur la mise en œuvre de dispositifs à même d'être généralisés, homogènes sur l'ensemble du territoire et pérennes, et susceptibles d'être financés dans un cadre de droit commun, en ville ou à l'hôpital, par l'assurance maladie.*

*Cette dernière a certes progressivement développé de son côté une démarche propre et défini une série d'actes de télémédecine avec les professionnels libéraux de santé. Cependant, les progrès ainsi réalisés s'inscrivent encore très en-deçà des potentialités inhérentes aux différents usages de la télémédecine.*

*Une mobilisation significative des gains d'efficacité et de qualité des soins liés à l'essor de la télémédecine est ainsi tributaire de la mise en œuvre d'une stratégie d'ensemble qui permette de l'ancrer dans le nouveau cadre de l'« e-santé » qui se met en place au niveau européen pour une meilleure protection et information du patient.*

*De nombreux préalables techniques et juridiques restent encore à lever effectivement au cours des années à venir, qu'il s'agisse de la généralisation du dossier médical partagé, de l'authentification des professionnels de santé en établissement, de la dématérialisation des prescriptions médicales ou de l'utilisation de messageries sécurisées par l'ensemble des intervenants en santé.*

*En outre, les choix tarifaires ne peuvent plus être différés. Il est essentiel à cet égard de généraliser un modèle de rémunération de droit commun, tant pour les professionnels libéraux que pour les établissements de santé, qui concilie l'intérêt des diverses parties prenantes et l'efficacité de la dépense. Au-delà, il convient aussi de réviser la tarification des actes auxquels la télémédecine peut se substituer au bénéfice des patients, à travers notamment la télésurveillance.*

*Sur ces fondements, il appartient aux pouvoirs publics de fixer aux acteurs des objectifs précis et mesurables de développement de la télémédecine, en particulier en matière de télésurveillance, comme cela a pu être fait dans d'autres secteurs à forts enjeux comme la chirurgie ambulatoire, de manière à faciliter le retour et le maintien à domicile des patients atteints par des pathologies chroniques, lourdes et souvent invalidantes.*

*La nouvelle convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS avec l'État pour les années 2018 à 2021 offre à cet égard une opportunité qui ne doit pas être manquée.*

*La Cour formule ainsi les cinq recommandations suivantes :*

- 31. fixer des objectifs précis et mesurables de déploiement de la télémédecine aux professionnels libéraux, aux établissements de santé et à l'assurance maladie, notamment au titre de la télésurveillance des pathologies chroniques, à l'instar de ce qui a été fait pour la chirurgie ambulatoire ;*
- 32. généraliser à court terme un dossier médical partagé commun à l'ensemble des acteurs du système de santé, alimenté de manière exhaustive et en temps réel par ces derniers et assurant la traçabilité de l'ensemble de leurs interventions ;*

33. *mettre en place une tarification de droit commun des actes de télémédecine fondée, selon le type d'actes, sur l'application de montants forfaitaires, de plafonds de nombre d'actes ou de partages de rémunérations entre les intervenants en santé (professionnels libéraux et établissements), à coût global pour l'assurance maladie du même ordre que celui lié à des interventions classiques ;*
  34. *réviser à la baisse les tarifs des prises en charge en hospitalisation classique afin de favoriser la substitution de la télésurveillance à ces dernières chaque fois que cela est pertinent sur le plan médical ;*
  35. *recentrer en tout état de cause les expérimentations sur les projets les plus à même de déboucher sur des dispositifs généralisables dans un cadre de droit commun à coût maîtrisé pour l'assurance maladie.*
-