

B. LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE, UN ESPOIR EXCEPTIONNEL

La France a accumulé un retard non négligeable en matière de télémédecine, qu'il est urgent de combler.

Alors qu'Internet bouleverse tous les pans de notre société, comment penser que la santé en général, et la médecine en particulier, pourraient résister à cette vague ? **Nous sommes aujourd'hui à la veille d'une révolution, qui offrira de formidables opportunités pour l'accès aux soins sur nos territoires si elle est correctement menée.** Les jeunes professionnels de santé comme les patients sont demandeurs de telles solutions, et les énergies et idées sont déjà en place, comme l'ont montré les nombreuses start-up du secteur auditionnées par la commission d'enquête : les pouvoirs publics ne peuvent plus regarder le train passer.

Évidemment, la télémédecine ne pourra pas être une solution miracle aux déserts médicaux, car elle sera également consommatrice du temps médical dont nous manquons aujourd'hui cruellement. Elle constitue toutefois une véritable réponse à des difficultés d'accès aux soins dans des zones isolées ou pour des patients ayant des difficultés à se déplacer (résidents d'EHPAD notamment). Elle est aussi une solution pour faciliter l'accès à l'expertise pouvant manquer sur certains territoires, ou à une expertise très spécifique.

Afin de ne pas ajouter une fracture territoriale numérique à la fracture territoriale de santé, il faudra avant tout installer les bons tuyaux : le déploiement de la télémédecine nécessitera une couverture numérique en très haut débit sur l'ensemble du territoire, ce qui n'est pas encore le cas aujourd'hui, et qui doit être une priorité absolue.

Il faudra également définir très clairement le rôle, la rémunération et la responsabilité de chaque professionnel de santé dans la mise en œuvre de ces solutions innovantes.

La définition de la télémédecine	
L'article L. 6316-1 du code de la santé publique définit la télémédecine comme « une pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ».	
Constituent des actes de télémédecine :	
– la téléconsultation (consultation à distance) ;	
– la télé-expertise (sollicitation à distance de l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par un professionnel médical) ;	
– la télésurveillance médicale (interprétation à distance des données nécessaires au suivi médical d'un patient par un professionnel médical) ;	
– la téléassistance médicale (assistance à distance d'un professionnel médical par un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte) ;	
– la réponse médicale apportée au titre de la régulation médicale dans le cadre de la permanence des soins.	

• L'article 54 de la LFSS pour 2018 a enfin permis de mettre fin au cadre expérimental en vigueur – aux résultats très décevants ⁽¹⁾ – pour deux actes de télémédecine : la **téléconsultation** et la **télé-expertise** – la télésurveillance restant dans un cadre expérimental. Il a confié à l'Assurance Maladie ainsi qu'aux complémentaires et aux syndicats de médecins libéraux la responsabilité de définir, par la voie conventionnelle, les modalités de réalisation et les tarifs s'appliquant à ces nouveaux actes médicaux.

Après plusieurs mois de négociations, **l'avenant n° 6 à la convention de 2016 a été signé le 15 juin 2018** par quatre syndicats de médecins libéraux (CSMF, MG France, Le Bloc, SML), ensuite rejoints par la FMF.

⁽¹⁾ Pour mémoire, comme l'a souligné le rapport d'Olivier Véran, député, sur le PLFSS pour 2018 : « Une expérimentation portant sur le champ de la télémédecine en ville avait été engagée avec la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014. En raison d'une lente maturation du cahier des charges expérimental ainsi que de complexités administratives, aucun projet n'avait pu voir le jour en 2016. La loi de financement pour 2017 avait procédé à un allègement des procédures de déploiement tout en élargissant son champ aux actes et consultations externes des établissements de santé et aux structures médico-sociales. Parallèlement, l'assurance maladie et les médecins libéraux se sont accordés sur le financement de quatre actes de télémédecine dans le cadre de la convention médicale de 2016. »

À partir du **15 septembre**, la **téléconsultation**, c'est-à-dire la consultation à distance entre un médecin et un patient, sera **prise en charge par l'assurance maladie de la même manière qu'une consultation classique**.

Elle sera ouverte à tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, y compris pour la prise en charge des consultations psychiatriques, mais devra s'inscrire dans le cadre traditionnel du parcours de soins, et donc passer par le médecin traitant.

L'accord signé prévoit toutefois que **pour répondre aux difficultés d'accès aux soins, pour les patients n'ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé, il pourra être fait exception à ce parcours de soins et à l'obligation de connaissance préalable du patient par le médecin pratiquant la téléconsultation**. Le recours à la téléconsultation devra alors être assuré dans le cadre d'une organisation territoriale spécifique entre des médecins (MSP, centres de santé, équipes de santé pluri professionnelles, CPTS).

Elle reposera sur le recours à un échange vidéo, et non pas sur une simple liaison téléphonique qui peut toutefois suffire au conseil médical, et sur la connexion à une solution informatique sécurisée. Sur conseil de son médecin, le patient pourra également se rendre dans une cabine de télémédecine à proximité.

La **télé-expertise**, qui permettra à un médecin de solliciter l'avis d'un de ses confrères grâce à des échanges par messagerie sécurisée de données médicales (photographies, tracés, analyses), sera déployée à **partir de février 2019**.

Certains projets sont déjà menés avec succès dans ce domaine : ainsi, en Ile-de-France, deux dermatologues libérales ont mis en place avec le soutien de l'ARS un service d'interprétation de photos conduisant à une priorisation des consultations d'onco-dermatologie. Plusieurs dizaines de médecins généralistes utilisent déjà ce dispositif.

La télé-expertise ne sera ouverte dans un premier temps qu'à certaines catégories de patients seulement : en affection longue durée, atteints de maladies rares, résidents en zones sous-denses et dès lors qu'ils n'ont pas de médecin traitant ou rencontrant des difficultés à consulter rapidement, résidents en EHPAD, détenus.

Elle donnera lieu à la fois à une **rémunération pour le médecin sollicité et le médecin sollicitant cette expertise** :

– le médecin requis sera rémunéré 12 euros pour une expertise simple (« de premier niveau ») et 20 euros pour une expertise plus complexe (« de second niveau ») ;

– le médecin requérant sera rémunéré 5 euros pour une expertise de premier niveau et 10 euros pour une expertise de second niveau, dans la limite de 500 euros par an.

Une aide forfaitaire sera versée aux médecins afin qu'ils puissent acquérir plus facilement les équipements nécessaires, et notamment leur abonnement à un service sécurisé de téléconsultation.

Le rapporteur considère que la télé-expertise entre médecins généralistes et médecins de second recours doit être ouverte dès aujourd'hui bien plus largement que ce que permet cet avenant.

Dans une note transmise à la commission d'enquête, le Professeur Pierre Simon a parfaitement résumé tous les bénéfices qui pourraient être tirés d'une ouverture la plus large possible de la télé-expertise :

« – Elle permet de réduire les consultations spécialisées en face à face qui deviendraient de deuxième avis après une téléexpertise de premier avis. Elle réduit ainsi les délais d'attente dans certaines spécialités et améliore la continuité des soins ;

– Elle est une forme clinique de formation continue permanente et ne peut que renforcer les compétences des professionnels de part et d'autre. Son libre accès rassure le jeune médecin traitant ;

– Elle doit être étendue aux pharmaciens d'officine qui sont les experts du bon usage des médicaments ;

– Elle désengorge les consultations de spécialistes qui peuvent ainsi raccourcir les délais de rendez-vous ;

Elle doit être organisée au niveau d'un territoire de santé en impliquant les médecins spécialistes des établissements de santé. »

Au vu de ces bénéfices attendus, il faut dès maintenant supprimer le plafond de 500 euros prévu par l'avenant pour les médecins requérants et l'ouvrir pour toutes les catégories de patients.

● Parallèlement, la ministre des Solidarités et de la Santé a annoncé lors de la présentation de sa feuille de route pour relever le défi du vieillissement à court et moyen termes un investissement de **40 millions d'euros sur la période 2018-2022 pour généraliser l'accès à la télémédecine en EHPAD.**

● L'entrée en vigueur prochaine de cet avenant constitue une avancée considérable pour le développement de la télémédecine, qui va enfin sortir d'un cadre expérimental. Toutefois, pour le rapporteur, il est nécessaire **d'aller encore plus loin en renforçant le rôle de la téléconsultation dans les soins non programmés, notamment grâce au téléconseil médical personnalisé, et en**

augmentant la place des professionnels de santé non médicaux dans le dispositif.

1. Donner une place privilégiée à la télémedecine dans la régulation des soins non programmés, grâce à la mise en place d'un numéro unique de santé

• Comme l'a souligné le professeur Pierre Simon, ancien président de la Société française de télémedecine, lors de son audition, l'arrivée du smartphone a fait évoluer notre société *« vers une société de l'immédiateté, où chacun veut pouvoir joindre un médecin quasi instantanément »*. Ce sont aujourd'hui des plateformes privées qui répondent à ce besoin d'immédiateté.

Pour répondre à ces besoins nouveaux et éviter l'engorgement des urgences par des demandes de consultations ne nécessitant pas leurs compétences ou leur plateau technique, il faut **intégrer des solutions de télémedecine dans la régulation des soins non programmés.**

• Pour cela, il faudra au préalable repenser l'architecture de la régulation médicale elle-même, grâce à la création d'un numéro unique de santé.

Comme notre collègue Thomas Mesnier l'a très justement démontré dans son récent rapport sur les soins non programmés ⁽¹⁾, *« pour obtenir le meilleur usage de la population quant au caractère systématique d'un appel à la régulation avant toute saisine d'un service ou unité d'urgence ou de soins non programmés, la simplicité et la lisibilité doivent être impérativement privilégiées. Aussi est-il proposé que la régulation soit centralisée sur le 15, devenant le "numéro unique santé", à charge pour les régulateurs, avec l'aide d'outils et de systèmes d'information améliorés, d'orienter les patients de façon optimale. Cette régulation doit donc être étendue la journée, 24 heures sur 24, là où elle ne l'est pas encore »*.

D'après ce rapport, *« plusieurs enquêtes montrent une méconnaissance de la conduite à tenir en cas de problème de santé quant au contact pertinent à solliciter, et une ambiguïté quant au recours au 15, une majorité de personnes considérant qu'il est réservé aux seules urgences graves. Les expériences étrangères semblent montrer qu'un important levier pour orienter les patients vers l'échelon pertinent du parcours de soins en cas d'urgence relative ressentie réside dans une régulation téléphonique préalable adaptée y compris en journée. Ainsi, comme déjà observé dans une étude publiée par la Revue française des affaires sociales en 2006, la création d'un centre d'appels unique couvrant des zones prédéterminées est une initiative qui tend à se développer en Europe »*.

⁽¹⁾ Thomas Mesnier, Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires, mai 2018.

Le rapporteur considère que cette **plateforme unique, rassemblant le 15, le 18 mais également le 116-117** (numéro de la permanence des soins), et associant sans l'intégrer SOS Médecins, devrait être mise en place au niveau départemental.

• L'intégration de la télé médecine au sein de la régulation a été proposée la Société française de médecine d'urgence dans une note transmise à la commission d'enquête :

« Actuellement la régulation s'exerce principalement par le dialogue singulier téléphonique médecin-appelant pour identifier la gravité potentielle des appels reçus et proposer à l'appelant une orientation et la mise à disposition de moyens (consultation médicale, envoi d'une ambulance...). La visio-conférence, en entretien singulier médecin-appelant, n'a pas été initiée ni développée. Alors même qu'une grande partie de la population est pourvue d'un smartphone et serait susceptible de pouvoir réaliser une visio-conférence.

D'un appel reçu par le médecin régulateur généraliste, et s'il estime que la pathologie pressentie relève d'une consultation de médecine générale, la proposition d'une téléconsultation programmée avec l'appelant permettra de réduire le recours aux structures de permanence des soins physiques ».

Lors de son audition, M. Karim Tazarourte, vice-président de la Société française de médecine d'urgence, avait ainsi illustré la manière dont la téléconsultation pourrait être intégrée à la régulation médicale : *« Prenons l'exemple du parent dont l'enfant a de la fièvre. Il aurait intérêt à avoir rapidement un avis médical. S'il appelle la régulation médicale – ce que vous appelez télé régulation –, le médecin fait un tri rapide. On pourrait imaginer que cet appel non programmé soit reprogrammé : le médecin estime, compte tenu des informations qui lui sont données par téléphone, qu'il n'y a pas de caractère de gravité et propose au parent de le rappeler une heure plus tard pour réaliser une véritable vidéo-consultation. Là, ça change tout ! Nous faisons mieux, nous, pour les membres de notre famille, avec FaceTime ou WhatsApp, que la régulation qui, actuellement, ne bénéficie pas de la vidéo. Cette téléconsultation, avec l'aide de la vidéo, pourrait donner lieu à une téléprescription, faite par un médecin. »*

Cette intégration de la téléconsultation au sein de la régulation devrait se faire dans le cadre des plateformes uniques proposées précédemment.

• Le téléconseil médical personnalisé, qui doit être différencié de la téléconsultation, pourrait également être développé au sein de ces plateformes, et son cadre juridique précisé. Les situations urgentes devraient clairement et dès le moment de l'appel être distinguées des situations non-urgentes, le téléconseil médical ne s'adressant qu'à ces dernières.

En France, des outils numériques intéressants sont aujourd'hui développés par les pouvoirs publics pour mieux orienter les citoyens dans le

système de soins, à l'image du site internet sante.fr, mais il faudra aller beaucoup plus loin.

Le site internet [santé.fr](http://sante.fr)

Le Service Public d'information en santé a été créé par l'article 88 de la Loi de modernisation de notre système de santé. Le nouvel article L. 1111-1-1 du code de la santé publique prévoit en effet qu' *« un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et accessibles aux personnes handicapées. Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé »*.

Selon les informations transmises au rapporteur, on y trouve déjà recensés plus de 100 000 professionnels, établissements et services de santé dans les régions Île de France, Grand Est et Pays-de-la-Loire, et près de 3 000 articles visant à fournir aux utilisateurs de l'information fiable, indépendante, gratuite et actualisée relative aux questions de santé. Santé.fr sera progressivement élargi sur l'ensemble du territoire national au 1er semestre 2019.

Cette proposition rejoint celle formulée par le professeur Thierry Moulin, président de la Société Française de Télémédecine, qui a évoqué lors de son audition la création de *« plateformes territoriales de téléconseil »*, *« afin de ne pas relever de la seule responsabilité d'administrateurs privés, au risque d'entraîner une part d'ubérisation contre laquelle il faut lutter »*. Le président de la Mutualité Française M. Albert Lautman a lui aussi considéré qu' *« à défaut de parvenir à organiser la permanence des soins de façon entièrement satisfaisante, donner accès à un service pendant des plages horaires très étendues et à un premier avis médical rendu par télé médecine ne remplacera pas le besoin de proximité physique mais offrira un service qui (...) correspond à l'intérêt général. »*

Le téléconseil est déjà pleinement intégré au système de soins de certains pays, alors qu'il est en France uniquement limité à la régulation téléphonique effectuée par le 15. Ainsi, le professeur Pierre Simon a évoqué au cours de son audition les *« centres d'appels médicaux Medgate et Medi24 en Suisse, qui ont plus de quinze ans d'expérience. Une vingtaine d'assureurs ont conclu un accord pour demander à leurs affiliés d'appeler l'une de ces plateformes avant de se rendre chez le médecin traitant, ce qui permet une première orientation des patients sous la forme d'un téléconseil. Une partie des appels relèvent de la « bobologie » et peuvent être réglés rapidement par le médecin intervenant sur la plateforme, qui peut par exemple établir une ordonnance et l'envoyer à la pharmacie. »*

- Les infirmiers pourraient être associés à cette régulation médicale via la télé médecine, et assurer une régulation de premier niveau : c'est déjà le cas à

l'hôpital, puisqu'aux urgences, ce sont les infirmiers d'accueil et d'orientation qui assurent le premier « tri ».

Ces propositions s'inscrivent dans l'esprit de celles formulées par notre collègue Thomas Mesnier dans son rapport précité :

« – Déployer progressivement sur les territoires (...) une régulation médicale téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur un numéro unique de santé ;

« – Proposer progressivement, à ce même numéro, non seulement une régulation et une orientation médicales, mais également un conseil médical, une organisation du parcours de soins, des consultations de télémedecine ;

« – Dans le cadre du parcours de soins, inciter les usagers à systématiquement appeler leur médecin traitant ou la régulation médicale avant tout recours en vue d'un soin non programmé, que ce soit auprès d'un service d'urgence ou d'une organisation territoriale de soins non programmés. »

Proposition n° 14 : mettre en place une plateforme unique départementale pour la régulation des soins non programmés (regroupant le 15, le 18 et le numéro de la permanence des soins), au sein de laquelle seraient intégrées des solutions de téléconsultation et de téléconseil médical personnalisé pour les situations non urgentes.

2. Développer une nomenclature valorisant et précisant le rôle des professionnels de santé non médicaux dans la télémedecine

Aujourd'hui, s'il est prévu que les patients en ayant besoin puissent se faire assister lors de la téléconsultation par un infirmier ⁽¹⁾ ou un pharmacien, leur rôle dans les textes reste marginal et aucune rémunération afférente n'est prévue à cet effet.

Pourtant, ces professionnels auront un rôle majeur dans le développement de la télémedecine. Comme l'a souligné M. François Lescure, président de la start-up de téléconsultations Médecin direct, *« L'aide-soignant et l'infirmière, parce qu'ils sont [au] contact direct [du patient] et qu'ils sont requérants de la télé-expertise, jouent un rôle d'intermédiaire important. Le pharmacien lui-même doit devenir un requérant de la téléconsultation et de la télé-expertise. Ce n'est pas encore acquis, mais cela permettrait de remettre un peu d'élan dans l'accueil et les premiers soins en pharmacie. »*

⁽¹⁾ L'article R. 6316-1 du code de la santé publique qui définit la téléconsultation prévoit notamment qu'un professionnel de santé ou un psychologue peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.

- Ces professionnels seront amenés à jouer un rôle clé dans le développement de la téléconsultation, qu'il faut valoriser et rémunérer selon une nomenclature spécifique.

Des cabines de téléconsultation doivent être installées dans les pharmacies, notamment dans les territoires les plus isolés ou là où la présence de médecins spécialistes est la plus faible. Ces cabines permettent notamment de disposer d'appareils de mesure (poids) et d'exams (tensiomètre, stéthoscope, fond d'outil, otoscope) et donc d'effectuer des consultations d'excellente qualité. Des pharmacies disposent déjà de telles cabines, dans le Roannais et en Vendée, mais ce développement pourrait être accéléré par la mise en place de mesures incitatives, et par la rémunération du pharmacien lorsqu'il accompagne le patient au cours d'une consultation.

Les syndicats d'infirmiers auditionnés ont également souligné le rôle que pourraient jouer les infirmiers dans le développement des téléconsultations, à la fois dans leurs cabinets avec l'équipement adapté mais également au domicile du patient avec des équipements plus légers comme des tablettes.

Proposition n° 15 : renforcer le rôle des professionnels de santé non médicaux dans la télémédecine en développant une nomenclature dédiée, en premier lieu pour les pharmaciens et les infirmiers.
--

- La télé-expertise devrait également être ouverte aux professionnels de santé non-médicaux, principalement en tant que professionnel requérant mais également en tant que professionnels requis. Le professeur Pierre Simon suggère par exemple que cette faculté soit étendue aux pharmaciens d'officine, experts du bon usage des médicaments.

- À terme, il pourrait être envisagé d'étendre à tous les professionnels de santé la possibilité de réaliser leurs activités à distance. Il ne s'agirait ici pas d'ouvrir la télémédecine à d'autres professionnels mais bien de rendre possibles d'autres modalités d'exercice, pour, par exemple, les infirmiers, les pharmaciens ou les orthophonistes. Une telle évolution nécessitera des ajustements des décrets de compétence existants.

La télémédecine pourrait représenter un véritable apport, même pour des professions dans lesquelles la primauté de la consultation physique apparaît comme une évidence. Mme Pascale Mathieu, présidente de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, a par exemple évoqué les possibilités ouvertes par la télésurveillance pour la profession : *« Beaucoup est possible grâce au numérique et aux objets connectés, comme un éventuel suivi des séances de kinésithérapie. Prenons un exemple mis en place par les kinésithérapeutes dans un hôpital de la région parisienne : des bracelets connectés sur les hémiplégiques. Le kinésithérapeute propose un programme de rééducation, que le patient effectue avec un bracelet connecté au membre supérieur. Les données sont envoyées au professionnel, qui peut suivre les mouvements effectués, apporter des corrections*

et se mettre en rapport avec le patient à domicile – puisque ce dernier doit être acteur de son soin –, éventuellement adapter le traitement. Nous avons identifié de nombreux sujets en kinésithérapie, dans de nombreux domaines. »

s

a

u

ur

d