



EHESP

**Elèves directrices et directeurs
d'hôpital**

Promotion : **2018-2019**

Date du Jury : **Octobre 2019**

**Télémédecine : déclinaison du
nouveau cadre réglementaire au sein
d'un hôpital**

**L'exemple du Groupe hospitalier
universitaire APHP.Centre – Université
de Paris (APHP.5)**

Nicolas DELMAS



EHESP

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier Marion Bousquié, Directrice des Finances d'APHP.Centre – Université de Paris, ma maître de stage, auprès de qui j'ai eu la chance de découvrir ce métier. Sa bienveillance, son soutien et sa confiance ont été des atouts indéniables tout au long du stage. Je lui sais gré particulièrement d'avoir toujours su m'accorder l'une des ressources les plus rares à l'hôpital : le temps.

Je tiens également à remercier Anne-Laure De Cesare et Hélène de Bonnières, Directrice adjointe et ex-Directrice adjointe des Finances, ainsi que les deux autres élèves directeurs d'APHP.Centre – Université de Paris, Anne-Sophie Anbar et Anna Cohen-Boulakia, sans qui ce stage n'aurait certainement pas eu la même saveur.

Je remercie aussi l'équipe de la Direction des Finances de m'avoir pleinement intégré.

Je voudrais aussi adresser des remerciements chaleureux à l'ensemble des professionnels, médicaux comme administratifs, qui ont permis de faire avancer de nombreux projets, preuve plus que jamais que la cohésion et l'unité sont les ciments de l'hôpital. Une pensée toute particulière à mon binôme sur la télémédecine, Julie Valette, Coordinatrice de la Cellule innovation Numérique à l'hôpital Necker.

Je remercie évidemment tous les acteurs du monde de la santé en général, et de la télémédecine en particulier, qui ont accepté des entretiens ou des rencontres pour déchiffrer avec moi une activité d'avenir encore en devenir.

Quelques remerciements supplémentaires aux personnes qui ont assuré la (re)lecture de ce mémoire. Anne-Gaëlle Chabod, directrice adjointe des Finances au CHU de Grenoble. Pierre-Vincent Astresses, rédacteur au sein du Ministère de la Justice.

Enfin, il me serait difficile d'écrire des remerciements sans mentionner la personne à qui je dois le plus : Bénédicte Weltman-Aron, addictologue au Centre hospitalier de Perpignan, ma mère. Outre ses conseils réguliers et ses perpétuelles relectures – commencés dès la plus tendre enfance -, je lui dois ma sensibilité et mon intérêt pour le service public, ainsi

qu'un optimisme inébranlable dans la vie. Une grande pensée également pour mon frère et à ma sœur, Jean-Loup et Sonia Delmas.

Sommaire

Introduction	3
1 La télémédecine à l'hôpital : du tâtonnement des projets pilotes aux possibilités de déploiement à grande échelle ?.....	10
1.1 La télémédecine : une opportunité disruptive pour notre système de santé.....	10
1.1.1 Un atout pour le système de santé français ?.....	10
1.1.2 Des points de vigilance à appréhender	13
1.2 La télémédecine : de l'expérimentation à la généralisation.....	15
1.2.1 Un premier cadre réglementaire restrictif : des initiatives parcellaires difficiles à recenser	15
1.2.2 Un véritable soutien financier : l'expansion de la télémédecine ?	17
1.3 Un déploiement encore expérimental	20
1.3.1 L'acculturation lente des acteurs de la télémédecine	20
1.3.2 Les outils numériques : un aspect plutôt négligé	21
1.3.3 Un financement toujours très encadré.....	22
2 Faire entrer les activités des professionnels de santé de l'hôpital dans le cadre de la télémédecine : le défi de l'adaptation des usages à la réglementation (tant locale que nationale)	25
2.1 La transcription des activités de télémédecine	25
2.1.1 Connaître les interlocuteurs clés	25
2.1.2 Le recensement des activités.....	26
2.1.3 La transcription des activités.	27
2.2 Assurer une fluidité dans le déploiement de la télémédecine	28
2.2.1 Maîtriser les outils informatiques	28
2.2.2 Mettre en place les circuits télémédecine	30
2.2.3 Assurer le suivi et la facturation.....	32
2.3 Prioriser les actions futures	33

2.3.1	Constituer un COPIL	33
2.3.2	Mettre en place une stratégie au niveau du Groupement	35
2.3.3	Déclinaison d'un plan d'actions	37
3	Mutations de la télémédecine : accompagner la transition et participer aux orientations futures	41
3.1	Accompagner la transition	41
3.1.1	Inciter les professionnels de santé à requérir à la télémédecine.....	41
3.1.2	Se tenir informer des évolutions réglementaires et des innovations	43
3.1.3	Communiquer et former tous les professionnels de santé	44
3.2	Participer aux orientations	45
3.2.1	Une participation en externe.....	46
3.2.2	Une participation en interne :.....	48
3.3	La contribution nécessaire des pouvoirs publics dans le déploiement de la télémédecine	48
	Conclusion	53
	Bibliographie	I
	Liste des annexes	VI
	Annexe 1 : Liste des entretiens	VII
	Annexe 2 : Présentation aux médecins	IX
	Annexe 3 : Communication au sein du Groupe	Erreur ! Signet non défini.
	Annexe 4 : Logigramme Téléconsultation.....	Erreur ! Signet non défini.

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection longue durée

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

AP-HP.5 : groupement hospitalier universitaire regroupant huit hôpitaux parisiens (Necker, Cochin, Pitié-Salpêtrière, Hôtel-Dieu, Broca, La Collégiale, Vaugirard, Cochin-Celton), désormais dénommé APHP.Centre – Université de Paris.

ARS : Agence régionale de santé

CHU : Centre hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRMR : Centre de Référence Maladies Rares

CSP : Code de santé publique

DEFIP : Direction Economie Finances Investissement et Patrimoine (AP-HP)

DGOS: Direction générale de l'offre de soins

DMP : Dossier médical partagé

DOMU : Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités (AP-HP)

EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETAPES : Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé.

FHF: Fédération Hospitalière de France

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GHU : Groupement hospitalier universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

LFSS: Loi de financement de la sécurité sociale

MIGAC : Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

ORTIF: Outil régional de télémédecine Ile-de-France

PIE: prestations inter-établissements

Introduction

« Ô tôt matin du commencement !

Ô souffle du vent, qui vient

Des rives nouvelles » s'exclame le Galilée de Bertold Brecht dans la pièce qu'il a consacré à la vie de l'homme de sciences¹. Il est aisé d'adresser ces trois vers à la télémédecine à l'orée de cette année 2019, cette activité dont la presse ne cesse de proclamer depuis quelques années déjà qu'elle représentera la prochaine révolution dans la santé², constituant un nouveau point de rupture dans la relation soignant/soigné. Pourtant, si l'arrivée de la télémédecine est annoncée depuis longtemps, ce n'est que récemment que cette activité connaît une véritable envolée. Huit mille téléconsultations par exemple réalisées en France au premier semestre 2019. Loin certes des cinq cent mille téléconsultations annoncées pour 2019, mais largement devant les deux milles du premier semestre 2018.

La télémédecine, ou médecine à distance, semble *a priori* facile à appréhender, tant ce concept est couramment usité. Reconnue juridiquement par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire de 2009³, elle est définie comme l'ensemble des « *actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». Néanmoins, cette acceptation large ne doit pas prêter à confusion. La réglementation n'encadre qu'une partie des activités pouvant entrer dans le champ de la médecine à distance. Et sur cette partie, la sélection est encore plus réduite si on s'intéresse uniquement aux activités qui bénéficient aujourd'hui d'un tarif fixé par l'Assurance-Maladie. Or, si les différentes notions que sont la téléconsultation, la téléexpertise et la télésurveillance peuvent parler à quelques-uns, ces nuances ne sont pas toujours claires dans l'esprit des professionnels de santé. Un premier écueil fréquent est de confondre la télémédecine avec la « e-santé ». Or, cette dernière ne se réduit nullement à la télémédecine, mais inclut d'autres sujets autour de la santé numérique (ex : le Dossier médical partagé, les objets connectés, etc...).

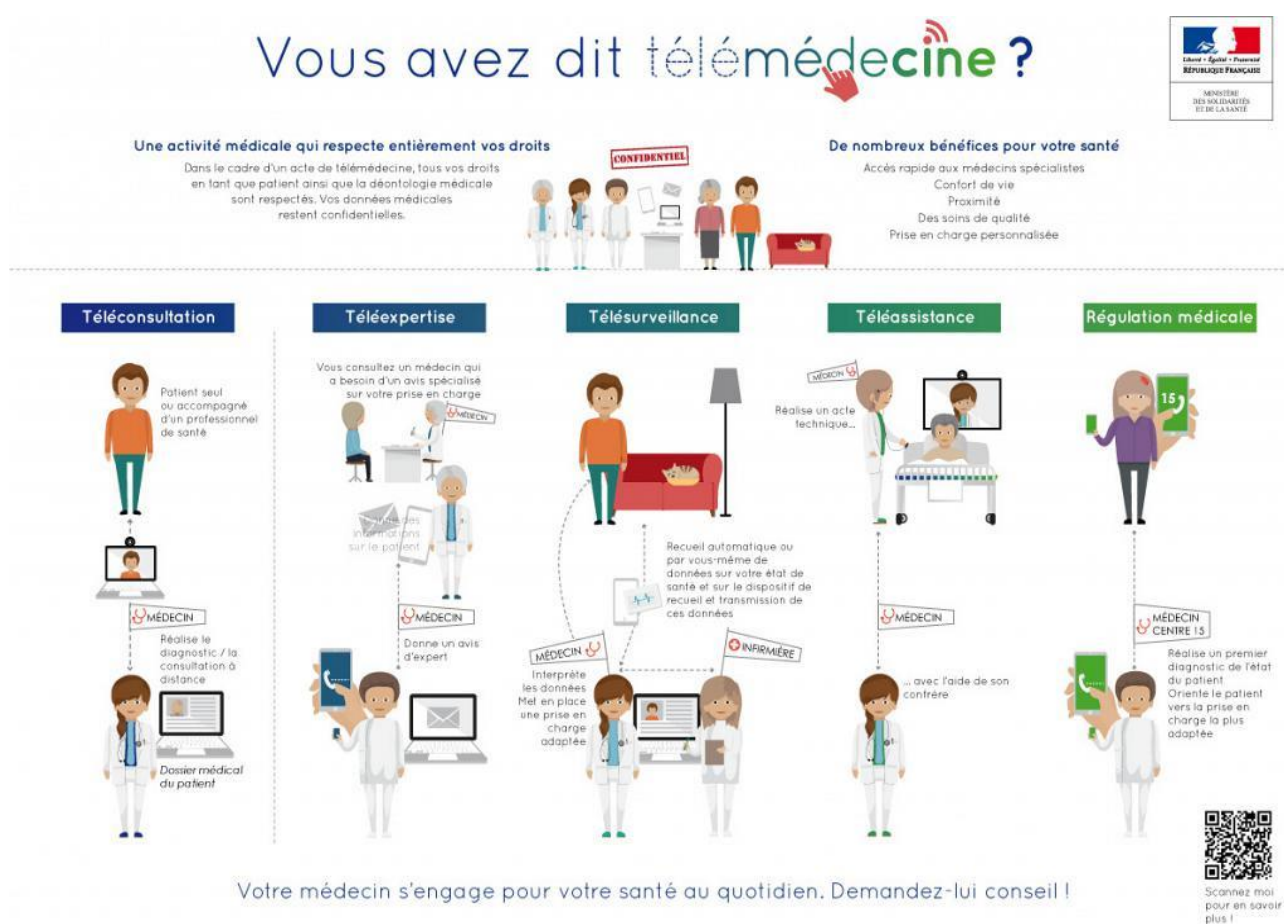
¹ Brecht B., *La Vie de Galilée*, Ed. L'Arche.

² *Les Echos*, janv. 2019, *La révolution de la télémédecine : la santé au bout du clic*
Le Parisien, avril 2018, *2018 : l'année de la révolution de la télémédecine ?*
BFMTV, janv. 2018, *La révolution de la télémédecine*
Sciences et Avenir, fév. 2015, *La révolution de la télémédecine*

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Si comme le relevait déjà Albert Camus, « *mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde* », la première entreprise de ce mémoire doit s'attacher à bien définir ce qui entre dans le champ de la télémédecine. Le décret d'application de la loi de 2009, paru en 2010⁴ définit cinq actes :

- La téléconsultation : consultation à distance entre un médecin et un patient qui se parlent et se voient en direct
- La téléexpertise : avis à distance sur un patient entre un médecin requérant et un médecin expert, sur la base d'éléments (imagerie médicale, vidéo...).
- La télésurveillance : suivi d'un patient à distance par un professionnel de santé, à travers notamment l'interprétation des données médicales recueillies sur le lieu de vie du patient (via ou non des objets connectés)
- 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 dans le cadre de la régulation médicale



⁴ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

Sur ces cinq volets, ce mémoire s'attardera principalement sur les trois premiers. Sur mon lieu de stage (les ex-Hôpitaux universitaires Paris Centre, devenus APHP.Centre – Université de Paris⁵), ce sont ces activités qui connaissent aujourd'hui un développement constant, notamment au regard des nouvelles modalités financières.

De même, ce mémoire n'abordera que partiellement certaines notions voisines au décret de 2010, et notamment la téléinterprétation (en imagerie ou en ophtalmologie). Certes, cette activité présente selon les cas des similitudes avec la téléexpertise, voire avec la téléconsultation. Cependant, si les téléinterprétations sont traitées parfois au sein de la télémédecine, elles s'éloignent par plusieurs aspects des activités « encadrées » de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance). Tout d'abord, il n'existe pas de système de tarification pour ces téléinterprétations, à l'inverse des trois autres. Par ailleurs, ces téléinterprétations constituent des activités supplémentaires qui s'ajoutent aux activités des professionnels de santé ; les téléexpertises et télésurveillances représentent – au moins dans un premier temps – des activités déjà réalisées, mais qui vont être plus lisibles et donc pouvoir être valorisées.

La non-réglementation de certaines activités se situant à la lisière de la télémédecine est révélatrice de la prudence des pouvoirs publics, face aux questionnements et aux risques que soulève la médecine à distance. Le caractère disruptif de certaines nouvelles prises en charge interroge les modes de traitement et d'organisation, et engendre des craintes autour d'une « ubérisation »⁶ de la santé. Certaines modalités de ces activités semblent trancher avec le fonctionnement actuel et les piliers de notre système français de protection social. Jusqu'au point de rupture ?

2004, 2010, 2014, 2016 et les années suivantes sont autant de jalons dans le déploiement de la télémédecine en France, et déjà 2020 et 2022 apparaissent comme les nouvelles échéances, étapes à franchir dans l'histoire de la télémédecine. Histoire, qui, on le voit, s'accélère.

⁵ A la suite de la fusion entre les Hôpitaux universitaires Paris Centre (Cochin, Broca/La Collégiale, Hôtel-Dieu), Necker-Enfants Malades (Necker) et Paris Ouest (Pompidou, Vaugirard, Coeuron-Celton)

⁶ Mot valise dérivé de la société *Uber* et utilisé pour décrire les bouleversements engendrés dans des secteurs de prestation de service, à commencer par le transport de personnes et les hébergements de courte durée.

Ainsi, le cadre a été revu à de multiples reprises, de façon à répondre aux besoins, sans pour autant lever une des intentions premières : la régulation. Régulation au niveau national évidemment sur les aspects réglementaires et financiers, régulation au niveau régional aussi avec un fort rôle dévolu initialement aux Autorités régionales de Santé (ARS), qui ont aujourd'hui à redéfinir leur place dans un nouveau contexte.

La télémédecine est aujourd'hui très attachée à un cadre local, puisqu'elle se déploie essentiellement à travers des plateformes régionales (ORTIF pour l'Île-de-France), à même de réunir l'ensemble des professionnels de santé pour faciliter les interactions entre eux.

Depuis septembre 2018, un nouveau tournant durable a été franchi, avec l'entrée d'activités initialement dérogatoires dans une tarification relevant du régime général des actes médicaux :

- Totalement pour la téléconsultation
- Partiellement pour la téléexpertise

Seule la télésurveillance continue d'être régie par un programme « Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours de Santé » (ETAPES).

Les modifications réglementaires n'ont fait que suivre les habitudes prises par les professionnels de santé. En effet, les communications par téléphone ou courriel sont très fréquentes. Faire appel à un confrère est un geste extrêmement répandu (et fort souhaitable au demeurant). Plus particulièrement, les médecins au sein d'un Centre hospitalier universitaire (CHU) sont souvent interpellés de l'extérieur pour des avis à distance. Ainsi, à l'instar de Monsieur Jourdain qui « *fait de la prose sans le savoir* »⁷, les médecins font parfois de la télémédecine sans s'en rendre compte.

Néanmoins, cette activité sauvage est aujourd'hui assez mal recensée et pas du tout valorisée. A l'heure où de nombreux acteurs privés s'engouffrent dans la télémédecine (*Doctolib* notamment), organiser les activités relevant de la télémédecine sur APHP.Centre – Université de Paris (APHP.5) et positionner le groupement hospitalier comme un des acteurs de la télémédecine deviennent des enjeux majeurs.

Outre les aspects financiers que revêtent les activités de télémédecine, il ne faut pas négliger l'intérêt triple pour les services vis-à-vis de l'extérieur :

⁷ Poquelin Jean-Baptiste, dit Molière, Le bourgeois gentilhomme.

- Amélioration des collaborations au sein d'APHP.5 et construction de nouveaux parcours de soin, avec moins de déplacement pour le patient comme pour le praticien.
- Renforcement de l'attractivité des services auprès des jeunes médecins, mais aussi des infirmiers qui sont amenés notamment dans le cadre de la télésurveillance à monter en compétences et en autonomie.
- Meilleur référencement auprès de la ville, à l'heure où les liens entre celle-ci et l'hôpital sont amenés à se renforcer.

Surtout, réussir à positionner rapidement le Groupement hospitalier universitaire (GHU) sur le créneau de la télémédecine permettra d'être mieux préparé aux évolutions à venir, comme l'arrivée du télésoin⁸.

Il s'agit aussi d'une question de visibilité de l'offre de l'hôpital qui va figurer au même titre que les autres établissements sur la plateforme régionale. Cette plateforme permet à un médecin requérant dans le cadre de la téléexpertise de chercher parmi la liste des spécialistes d'une même discipline en Île-de-France celui qu'il veut solliciter pour un avis. Les praticiens hospitaliers qui ne participent pas sont donc absents de la plateforme et se privent de liens avec la ville.

Enfin, la télémédecine apparaît comme un élément incontournable de la déclinaison de la stratégie de santé qui vise notamment à sortir de l'hospitalo-centrisme et à répondre à la problématique des déserts médicaux. A cet égard, dans une tribune cosignée par une dizaine d'élus de tous bords politiques sur l'accès aux soins et publiée au Journal du Dimanche en mai 2019⁹, les signataires appellent notamment à faire sauter les verrous qui entourent la télémédecine.

Devant tous ces bénéfices évidents, pourquoi cette phase encore transitoire ? Pierre Derrouch dans l'édito *Ne plus perdre de temps*¹⁰, nous prévient : « *pas d'emballement démesuré pour autant. Les TIC sont pleines de TOC, de retards compulsifs qui nous rappellent au devoir de patience. Un exemple ? La télémédecine à laquelle DSIH consacre un dossier. En 2009, Roselyne Bachelot annonce à qui veut l'entendre que la médecine*

⁸ Prévu pour 2020 et inscrit à l'article 53 de la loi relative à l'organisation de la santé de 2019. Il se définit comme la pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication entre un patient et un ou plusieurs pharmaciens ou professionnels paramédicaux.

⁹ Collectifs d'élus, *Tribune sur l'accès aux soins, Journal du Dimanche*, mai 2019

¹⁰ DSIH, *Télémédecine : l'aube d'une nouvelle ère ?*, mai 2019

passé à la télé... Une pièce en cinq actes, mise en scène dans un décret d'octobre 2010 issu de l'article 78 de la loi Hôpital, patients, santé et territoires. » Huit ans plus tard, la téléconsultation entraine dans le droit commun. C'était il y a moins d'un an. Sur cette période, le panorama a été considérablement modifié, avec des évolutions capitales (téléexpertise partiellement dans le droit commun, premier logiciel de télésurveillance aussi – encore plus récemment). Si les chantiers sont encore considérables, les premières fondations sont désormais posées, et les assises robustes permettent désormais de penser le déploiement de la télémédecine à une autre échelle. Plus forcément celle d'un projet pilote, mais celle d'un hôpital, voire ici d'un Groupement hospitalier universitaire.

A ceci près que le cadre – notamment financier - repose dans une large mesure sur l'avenant n°6 conclu entre la Caisse nationale d'Assurance-Maladie (CNAM) et les professionnels libéraux¹¹, et que ce cadre nécessite encore d'être transposé, voire adapté au monde hospitalier. Les organisations et les besoins ne sont pas identiques entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Par ailleurs, certaines activités ne peuvent générer de recettes, faute de négociation préalable entre les libéraux et la CNAM.

Dès lors, comment décliner le nouveau cadre réglementaire de la télémédecine au sein d'un hôpital ?

La question n'est plus aujourd'hui de savoir s'il est opportun ou non de déployer la télémédecine dans les établissements de santé, mais bien d'organiser la déclinaison du cadre réglementaire au monde hospitalier. Comment porter un sujet qui nécessite une adaptation des pratiques, une évolution des organisations ? Comment surmonter les difficultés techniques ? Comment transformer une activité sauvage en actes codés et facturables ?

Pour examiner ces questions, ce mémoire abordera, dans un premier temps, le passage de la télémédecine à une nouvelle échelle (I) ; puis le défi de l'intégration des activités des professionnels de santé de l'hôpital au cadre de la télémédecine (II) ; et enfin le nécessaire accompagnement pour passer la période transitoire de la télémédecine (III).

¹¹ L'avenant n° 6 à la convention médicale, signé le 14 juin 2018, vient accélérer le déploiement de la télémédecine en France en inscrivant dans le droit commun les actes de téléconsultation et de téléexpertise.

La démarche méthodologique pour approcher cette activité et ses nombreuses implications s'est articulée autour des diverses applications que j'ai pu découvrir ou accompagner au cours de l'une de mes principales missions de stage, à savoir le déploiement et le suivi de la télémédecine sur les ex-Hôpitaux universitaires Paris Centre d'abord, APHP.Centre – Université de Paris ensuite. Compte tenu de l'importance du groupement (1,5 Milliards d'euros de budget, plus de 50 Centres de recherche et maladies rares, plus de 100 services...), le pilotage de la télémédecine sur APHP.5 a permis de travailler sur des projets relevant de nombreuses disciplines, pédiatriques comme adultes, couvrant trois des cinq volets de la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance). Cette démarche a été consolidée par une étude documentaire poussée¹² mais aussi grâce à la participation à des séminaires professionnels. En complément, de nombreux échanges avec les porteurs médicaux, les pouvoirs publics et les référents administratifs au sein des établissements de santé publics comme privés, ont permis d'étayer l'analyse des opportunités et des freins au déploiement de la télémédecine, et de tenter d'apporter des solutions à certaines des problématiques soulevées.

Ce travail souffre toutefois de plusieurs limites. Tout d'abord, il n'intègre que les activités de télémédecine *stricto sensu*, et encore seulement une partie d'entre elles : ni la téléassistance médicale, ni la régulation médicale ne sont abordées ici. Il effleure donc certains sujets connexes, comme la téléinterprétation et le téléconseil, sans pouvoir étudier toutes leurs implications. En parallèle, chacun des trois volets du décret de 2010 examinés ici aurait pu justifier à lui seul un mémoire – au risque cependant de négliger les similitudes. De plus, malgré les échanges avec d'autres établissements en France, l'étude reste concentrée autour du déploiement de la télémédecine à l'AP-HP, offrant principalement le regard d'un centre hospitalier universitaire.

Enfin, il est encore trop tôt pour identifier l'ensemble des bouleversements que comportent ces nouvelles activités, activités qui n'ont cessé d'être étendues au cours de mon stage (arrivée de la télésurveillance dans le cancer du poumon, etc...). Après tout, un des trois volets de la télémédecine – la télésurveillance – est encore régi par le programme expérimental ETAPES, dont l'issue reste encore incertaine à ce jour. Les constats de ce mémoire doivent être appréciés dans un cadre mouvant et complexe.

¹² Voir la bibliographie, et notamment le mémoire d'une ancienne élève directrice d'hôpital sur un sujet similaire écrit il y a deux ans – l'occasion de dresser des ponts entre ces deux périodes, mais aussi d'identifier l'évolution rapide de la matière.

1 La télémédecine à l'hôpital : du tâtonnement des projets pilotes aux possibilités de déploiement à grande échelle ?

Par son caractère novateur, la télémédecine représente une opportunité mûrie d'appréhensions (1.1). Ceci explique que son déploiement sur le territoire français ait connu une montée en puissance progressive, de l'expérimentation vers la généralisation (1.2). Pour autant, les premiers retours d'expérience témoignent de difficultés persistantes (1.3).

1.1 La télémédecine : une opportunité disruptive pour notre système de santé

Dès son apparition, la télémédecine a été présentée comme une opportunité face à certaines des difficultés que connaît notre système de santé (1.1.1). Ces avantages indéniables ne doivent pas reléguer en arrière-plan les points de vigilance inhérents à ce type d'activité (1.1.2).

1.1.1 Un atout pour le système de santé français ?

A l'instar des autres pays occidentaux, la France connaît une hausse des maladies complexes ou chroniques, posant un problème de santé publique majeur¹³, dans un contexte budgétaire contraint¹⁴.

En parallèle, le progrès technologique conduit à une rupture des prises en charge, révolution qui n'en est qu'à ses prémises avec la montée en puissance des moyens de communication, qui offrent la possibilité d'échanges et de suivi à distances par les professionnels de santé et l'arrivée des objets connectés qui facilitent l'hospitalisation et les soins à domicile.

¹³ Dress/Santé publique France – 2017

¹⁴ Le coût est par exemple de 100 000 € d'hospitalisation par an pour l'insuffisance cardiaque.

Dans ce contexte particulier, les difficultés actuelles de l'organisation des soins en France sont connues :

- Inégalité d'accès aux soins, notamment en raison des besoins de professionnels de santé dans les zones rurales et périurbaines ;
- Hospitalo-centrisme, où l'hôpital constitue encore l'élément cardinal de notre système de santé, rendant difficile le suivi au long cours du patient ;
- Place prépondérante du soin dans la santé, négligeant notamment l'aspect de la prévention.

Face à ces problématiques, la télémédecine présente des avantages indéniables.

Tout d'abord, elle recrée du lien entre les professionnels de santé et les déserts médicaux, en s'affranchissant des distances, et connectant la demande et l'offre de santé. Du lien également entre les professionnels de santé eux-mêmes, en facilitant les contacts entre l'hôpital et la ville, mais aussi au sein même des établissements de santé. Les médecins requis, que ce soit par les patients (téléconsultation) ou d'autres docteurs (téléexpertise), n'ont plus besoin de se déplacer, et peuvent répondre aux sollicitations depuis leur lieu de travail, tout en leur offrant une meilleure traçabilité de leurs échanges¹⁵. A travers ces outils, l'accès à l'expertise médicale est moins inégalitaire.

Dans un contexte de restructuration de l'offre de soins, de nouveaux parcours de soin, à l'intérieur même des super-structures que sont les groupements (hospitaliers de territoire ou hospitaliers universitaires), peuvent se construire.

La télésurveillance favorise quant à elle la coordination des acteurs concernant les prises en charge des pathologies chroniques. En outre, cette dernière contribue non seulement à donner toute sa place au patient qui devient en partie acteur de sa prise en charge, mais accorde aussi une place déterminante aux soignants, puisqu'ils sont en charge de l'accompagnement thérapeutique. La télémédecine favorise donc à l'éducation thérapeutique du patient, tout en lui offrant un accompagnement personnalisé plus continu. Comme le mentionne le rapport Quel usage des nouvelles technologies pour répondre au défi du grand âge ?¹⁶ à la préconisation 7, « *La télémédecine est un outil de non-renoncement au soin et de valorisation des métiers* ». Constat partagé par le Conseil

¹⁵ Les médecins craignent souvent que leur responsabilité ne soit davantage engagée avec le recours à la télémédecine. Sur ce point, il convient de leur rappeler que leur responsabilité est déjà engagée lorsqu'ils se « limitent » à répondre à des avis ou des questions par téléphone ou par mail. La télémédecine leur offre un cadre qui permet de garder en mémoire leurs interventions, et donc d'éviter des recours abusifs par la suite.

¹⁶ FHF, Aquino JP et Bourquin M, Quel usage des nouvelles technologies pour répondre au défi du grand âge ?, juin 2019

économique, social et environnemental dans son avis de 2019 sur les maladies chroniques¹⁷, où il recommandait d' « accélérer le déploiement de la télémédecine en l'orientant vers la prise en charge des maladies chroniques, et pour cela, donner la priorité aux objectifs de coordination des interventions, de sécurité des soins, et d'accompagnement personnalisé. ».

Ensuite, cette connexion entre les acteurs et cette meilleure coordination permise par les outils technologiques favorisent aussi une amélioration qualitative de la prise en charge en offrant plus de soins accessibles et en évitant au maximum les ruptures de parcours et les déplacements des patients. Plusieurs études ont déjà démontré des effets bénéfiques pour le patient¹⁸. Les impacts potentiels en termes de mortalité et de morbidité, en nombre d'hospitalisations évitées, sont en cours d'étude et de documentation¹⁹.

Enfin, si l'angle budgétaire ne peut constituer l'unique focale, il n'en constitue pas moins un élément déterminant. Le recours à la télémédecine permettrait des économies substantielles. Des gains généraux chiffrés à 2,6 milliards d'euros par an d'ici 2020, notamment grâce à la réduction des coûts des transports sanitaires²⁰. Une étude des industriels du Leem/LaJaPF et du cabinet Iqvia²¹ estime par exemple que la télémédecine réduirait de 6 à 21 % le coût de la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques. La télésurveillance de la prise en charge de l'hypertension artérielle permettrait d'économiser 322 millions d'euros par an. Pour le cancer de la prostate, la téléconsultation réduirait les dépenses de 26,3 millions d'euros chaque année.

Cette diminution des frais, notamment de déplacement, semble évidente bien que n'étant observables qu'à court terme. Au départ, il est probable que le déploiement de la télémédecine se traduise par une hausse des dépenses d'équipement et de celles liées à

¹⁷ Conseil économique, social et environnemental, Chassang M. et Gautier A., 2019, Avis n°14, Les maladies chroniques

¹⁸ Par exemple :

- Puricel SG et al., Le diabète et l'ère de la télémédecine, Les tribunes de la santé, Revue trimestrielle, Printemps 2019 : Dossier Santé Digitale

- Koehler F. et al. Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure TIM-HF2 : A randomised, controlled, parallel groupe, unmasked trial. Lancet 2018

- Anker SD et al, Telemedicine and remote management of patients with heart failure, Lancet 2011

¹⁹ Information donnée dans Télémédecine dans le domaine de l'insuffisance cardiaque, Etat des lieux et focus sur les projets E-care et Prado Incado. Pr E. Andrès & al., Les tribunes de la santé, Revue trimestrielle, Printemps 2019 : Dossier Santé Digitale.

²⁰ ALEXANDER R., 2012, La télémédecine, une nouvelle modalité de l'offre de soins. Aspects techniques, humains et managériaux : l'exemple de la Martinique, EHESP.

²¹ Leem/LaJaPF et Iqvia, Télémédecine : des économies en trois actes, 2018

la facturation d'activités parfois réalisées « gratuitement » et qui sont aujourd'hui valorisables. L'essentiel des gains se situe cependant à long terme.

Par bien des aspects, la télémédecine va parfois s'ajouter – et non se substituer – aux modes actuels, permettant une meilleure prise en charge sanitaire des patients, qui se traduira vraisemblablement plus tard par une meilleure santé générale de la population, et donc un moindre recours aux soins, générant alors mais seulement dans un second temps une baisse des dépenses de santé. Un bon exemple à cet égard est d'examiner les partenariats sur la télémédecine entre les prisons et les établissements de santé. Souvent, le déploiement de la télémédecine n'engendre pas une baisse importante des extractions²² vers l'hôpital. En revanche, les détenus sont mieux suivis et plus tôt pris en charge.

A évoquer tous ces intérêts, la télémédecine semble être un « remède miracle ». Néanmoins, cette activité comporte également des risques qu'il convient de ne pas négliger et d'appréhender correctement.

1.1.2 Des points de vigilance à appréhender

La santé n'échappe pas au bouleversement du numérique. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si l'étude Transformation numérique des métiers publics : 10 nouveaux métiers passés à la loupe²³ s'intéressait notamment à la profession de médecin, après avoir abordé celle d'infirmier. Le travail du docteur va être amené à évoluer avec « *le développement de l'internet des objets* » (porteurs de Pacemaker, diabétiques, etc...) et « *le développement de la téléconsultation, télé expertise et télésurveillance* ».

Or, les primo-utilisateurs de la télémédecine continuent de redouter une altération de la relation soignant/soigné et une déshumanisation des prises en charge. Côté patients, selon une étude COMPARE, 76% des patients se refusent, selon l'AP-HP, à entièrement automatiser leurs soins. Ainsi, « *les patients volontaires de Compare craignent un mauvais usage de la technologie, qui minerait la relation humaine directe sur laquelle se fonde l'acte médical et les soins* »²⁴. Et encore à ces patients qui refusent par choix, il faut ajouter les patients qui ne sont pas en capacité – faute de moyens ou de formation - d'utiliser les outils

²² C'est-à-dire les sorties de prison vers l'hôpital pour des consultations médicales ou des opérations chirurgicales.

²³ Direction interministérielle à la transformation publique, Transformation numérique des métiers publics : 10 nouveaux métiers passés à la loupe, Juillet 2019

²⁴ Viet-Thi Tran, Carolina Riveros and Philippe Ravaud, Etude COMPARE / CHU francilien, Patients' views of wearable devices and AI in healthcare: findings from the ComPaRe e-cohort, Nature Digital Medicine

numériques. En privilégiant l'outil numérique pour connecter les gens, le risque n'est pas négligeable de créer de nouvelles fractures²⁵. Côté soignants, on retrouve cette même crainte, exprimée de manière grinçante par le Professeur Grimaldi²⁶ dans ces quelques lignes décrivant la conversation entre un patient et une « expertise » à distance : « *Je comprends votre inquiétude bien normale mais les progrès thérapeutiques concernant votre maladie vous permettent d'espérer une espérance de vie x mois. Si vous souhaitez parler à un psychologue, tapez 1 ; si vous souhaitez rencontrer un patient expert, tapez 2...* ». Sans aller aussi loin, on peut admettre, à l'instar de Pierre Valette²⁷ que « *à force de ne plus toucher les patients, de ne plus leur parler, de ne les regarder qu'à travers un panoptique, c'est toute la clinique qui tombe pour laisser place à un exercice délocalisé, dématérialisé, virtuel mais qui n'en est pas moins réel et produit des effets* ». Dans son rapport précité, la DTIP reprenait à son compte l'inquiétude des professionnels de santé : « *les outils ne doivent pas obérer la relation médecin / patient* ». Un constat partagé par Jacques Lucas qui appelait à préserver ce colloque singulier, « *l'exercice de la télémédecine ne peut se réduire à une prestation électronique moyennant rétribution* »²⁸. Néanmoins, l'appréhension des trois volets de cette activité ne doit pas nous faire négliger un aspect fondamental : le caractère complémentaire de la télémédecine. Celle-ci n'a pas vocation à remplacer l'ensemble des échanges réels, mais à incorporer dans la relation soignant/soigné des moments à distance.

En parallèle, l'aspect pécuniaire attaché désormais à la télémédecine n'est pas sans engendrer certaines craintes de dénaturation des liens. Ainsi, certains médecins rechignent à faire payer aux patients une téléconsultation qu'ils estiment « de moindre qualité » qu'une consultation normale. De même, la tarification d'une expertise entre professionnels de crainte pourrait susciter une rupture de la confraternité, à laquelle sont particulièrement les médecins.

Aux doutes des utilisateurs, il faut ajouter les craintes des pouvoirs publics. En effet, notre système de santé repose sur un médecin « cerbère »²⁹, le médecin traitant, qui est la

²⁵ La « fracture numérique » constitue à cet égard un enjeu considérable pour les pouvoirs publics. Dans un rapport de 2019 Dématérialisation et inégalités d'accès aux services publics, le Défenseur des droits estime que 13 millions de personnes sont « éloignées du numérique », dont 6,7 millions qui ne se connectent « jamais » à internet.

²⁶ Grimaldi (Pr), La télémédecine va-t-elle bouleverser la relation médecin-malade ?, Les tribunes de la santé, Revue trimestrielle, Printemps 2019 : Dossier Santé Digitale

²⁷ Valette P., Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique, Les tribunes de la santé, Revue trimestrielle, Printemps 2019 : Dossier Santé Digitale

²⁸ Techniques hospitalières, mai-juin 2019

²⁹ Il s'agit d'un médecin régulant l'accès aux spécialistes et à l'hôpital. Ce terme est utilisé pour le médecin généraliste dans Majnoni D'intignano B., Santé et économie en Europe: « Que sais-je ? », 2016, Presses Universitaires de France.

porte d'entrée dans l'orientation et la gradation des soins. Ce dispositif reste un élément déterminant du parcours de soins en France, que l'Assurance-Maladie entendait préserver.

Enfin, autre sujet qui touche de près le numérique : le traitement et la conservation des données de santé. Les risques sont ici de deux ordres. Le premier concerne les violations par un tiers de la protection de ces données (ex : le piratage informatique). Le second touche la gestion par le prestataire de la solution technique. A cet égard, les exigences réglementaires (notamment le règlement général de protection des données – RGPD) et la sécurisation informatique nécessitent expertises juridiques et infrastructures adaptées, qui ne sont pas toujours les priorités financières des établissements de santé dans ce contexte budgétaire. Or, ici comme ailleurs, comme le relevait Albert Einstein, *« l'homme et sa sécurité doivent constituer la première préoccupation de toute aventure technologique »*.

Bien conscient des risques d'un déploiement trop rapide de la télémédecine, les pouvoirs publics ont été prudents dans la mise en place de cette innovation.

1.2 La télémédecine : de l'expérimentation à la généralisation

En dépit des premiers retours mitigés des premières expérimentations (1.2.1), les pouvoirs publics ont accéléré le déploiement de la télémédecine (1.2.2).

1.2.1 Un premier cadre réglementaire restrictif : des initiatives parcellaires difficiles à recenser

Si des projets de télémédecine ont vu le jour dès les années quatre-vingt-dix en France (réseau TELIF)³⁰, l'établissement d'un premier cadre réglementaire au début des années 2000 ne s'est pas accompagné d'une poussée des initiatives. En effet, l'ambition n'a été déclinée ni sur le plan technique, ni sur le plan financier. Faute de moyens réels et durables, peu d'acteurs ont investi ce champ. Et on comptait seulement une centaine de projets opérationnels au niveau régional ou mis en place au sein des établissements de

³⁰ Marsault C, 2004, Le réseau ELIF : un des premiers réseaux de télémédecine interhospitalière. La lettre du neurologue, vol. VIII cité in Déclas C., Quel(s) usage(s) de la télémédecine en milieu hospitalier ? De la mise en place d'un projet pilote au déploiement de la télémédecine au CHU Necker-Enfants malades, EHESP, 2017

santé. Evidemment, les expérimentations mentionnées ici ne tiennent pas compte des pratiques « sauvages » qui se déroulaient en parallèle. Les médecins n'ont pas attendu la législation sur la télémédecine pour discuter du cas d'un patient à distance (téléphone, mail, etc...).

Dès lors, ce chiffre doit être appréhendé avec mesure. Compte tenu des difficultés initiales de traçage de cette activité, il y a toujours un écart non-négligeable entre les chiffres indiqués et la réalité. Le nombre affiché est certainement à la fois trop et pas assez élevé : trop élevé car il englobe certainement des expérimentations qui ne se sont jamais traduites concrètement par des résultats tangibles ; pas assez car il n'incorpore pas les pratiques quotidiennes non-rattachées à un quelconque projet. Quand l'AP-HP revendique par exemple plus de 50000 téléexpertises, il faut bien comprendre que ce chiffre est une estimation, puisque, encore aujourd'hui, cette activité n'est pas saisissable sur les logiciels de l'AP-HP et ne permettant pas une comptabilisation au fil de l'eau.

Initialement, les projets de télémédecine étaient extrêmement dépendants de l'implication de professionnels – à commencer par les médecins. Bon nombre d'expériences se sont ainsi terminées une fois le médecin qui en était à l'initiative parti. La télémédecine apparaissait comme quelque chose de trop lointain, trop lourd, pas adapté aux réalités quotidiennes des usages. L'absence d'outils fiables à l'époque a découragé une partie des utilisateurs, provoquant par ailleurs une certaine méfiance vis-à-vis des solutions informatiques (y compris les plus récentes).

Si l'on s'intéresse à l'exemple spécifique d'un projet pilote télémédecine mené sur l'hôpital Necker en 2017³¹, des entretiens conduits en 2019 avec les différents acteurs de l'époque ont montré les limites de l'exercice. Tous gardaient de cette expérience une impression mitigée. Aux difficultés techniques initiales s'était ajoutée rapidement une démobilisation des acteurs. Le caractère expérimental (et non pérenne) avait visiblement renforcé la précarité du projet sur le long terme. Le faible suivi n'avait pas permis de tirer parti de cet essai globalement infructueux. A l'inverse, le projet Tel-Derm de l'hôpital Mondor monté par le docteur Duong a pu prospérer grâce à la stabilité du portage médical, favorisée notamment par des financements dédiés.

³¹ Expérience tirée du mémoire de l'ancienne élève directrice d'hôpital sur l'hôpital Necker. Déclas C., Quel(s) usage(s) de la télémédecine en milieu hospitalier ? De la mise en place d'un projet pilote au déploiement de la télémédecine au CHU Necker-Enfants malades, EHESP, 2017

1.2.2 Un véritable soutien financier : l'expansion de la télémédecine ?

Si les pouvoirs publics se sont saisis depuis quelques temps de cette thématique, le cadre réglementaire et financier restait encore balbutiant il y a peu. En consacrant le numérique en général et la télémédecine en particulier comme un axe fort de la stratégie de santé, le déploiement de cette dernière a connu une accélération récente.

Cette ouverture, notamment du point de vue financier, a eu lieu en plusieurs phases.

Tout d'abord, ces activités ont bénéficié d'un financement inédit, dans le cadre d'une expérimentation à grande échelle, le programme ETAPES, permis par l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014, et ouvert en 2017 pour les établissements de santé. Au cours de cette période d'essai initialement prévue jusqu'en 2019, il s'agissait d'offrir un soutien financier aux projets liés à la télémédecine. Ce soutien s'est notamment traduit par la mise en place de forfaits pour tester l'utilité de certaines solutions technologiques dans la prise en charge des maladies chroniques.

Ce financement expérimental continue encore d'être utilisé. L'article 54 de la LFSS pour 2018 reconduit ainsi l'expérimentation ETAPES pour une durée de 4 ans. Néanmoins, comme l'indique le tableau ci-dessous, toutes les pathologies ne sont pas concernées par une tarification. Et encore, les intitulés généraux masquent une réalité plus complexe : il existe des sous-critères pour intégrer les patients dans le programme ETAPES, sous-critères qui sont détaillés dans les différents cahiers des charges³².

³² Un par pathologie. Ils sont reproduits par l'arrêté du 11 octobre 2018 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance : https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037533105

Tous ces tarifs sont spécifiés dans les cahiers des charges selon le tableau récapitulatif suivant :

	Périodicité du renouvellement de la prescription	Médecins effectuant la télésurveillance	PS effectuant l'accompagnement thérapeutique	Fournisseur de la solution et des prestations associées
Lettres clés		TSM	TSA	TSF
Rémunération forfaitaire en € selon les cahiers des charges				
Insuffisants cardiaques chroniques	6 mois	110€	60€	300€
Insuffisants rénaux chroniques				
a- patients dialysés	6 mois	73€	30€	300€
b- patients transplantés		36.5€	30€	225€
Insuffisants respiratoires chroniques	6 mois	73€	30€	300€
Patients diabétiques				
a- Diabète de type 1 et 2 avec schéma insuliniques complexes	6 mois	110€	60€	375€
b- Diabète de type 2 avec mono injection d'insuline		110€	60€	300€
Prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique	12 mois	130€		Tarif LPP
Déclenchement du paiement		FSE ou FSP	FSE ou FSP accompagné de la prescription médicale	FSE ou FSP accompagné de la prescription médicale
Fréquence		1 fois en fin de période d'inclusion	1 fois en fin de période d'inclusion	Tous les 2 mois

Ensuite, avec la LFSS 2018, une partie des activités de télé médecine est sortie de l'expérimentation pour bénéficier d'une tarification au même titre que les actes médicaux traditionnels. Suite aux discussions entre l'Assurance-Maladie et les syndicats de médecins libéraux, un avenant n°6 a été introduit pour mettre en place ces nouveaux tarifs³³. Dès septembre 2018, les activités de téléconsultation pouvaient être facturées à l'Assurance-Maladie au même prix qu'une consultation, dès lors qu'elles s'inscrivaient dans un parcours de soins coordonné et que le patient avait été vu par le médecin au cours des douze derniers mois. S'il existe des exceptions à ces règles notamment en cas d'urgence, la volonté affichée est bien d'inscrire la téléconsultation comme une brique du parcours de soins et non comme un élément à part. Plus récemment, depuis le 10 février 2019, une partie des activités de la téléexpertise ont elles aussi bénéficié d'une tarification « standardisée »³⁴, pour les patients suivants : en affection longue durée (ALD), atteints de

³³ Avenant approuvé par un arrêté du 1^{er} août 2018.

³⁴ Deux tarifs ont été mis en place :

- **Niveau 1 (12 € dans la limite de 4 actes annuels/patient)** : pas de connaissance préalable du patient : une question circonscrite qui ne nécessite pas de réaliser une étude approfondie de la situation médicale du patient. Par exemple : la lecture de photos pour une lésion cutanée, pour le suivi d'une plaie chronique d'évolution favorable, etc.
- **Niveau 2 (20 € dans la limite de 2 actes annuels/patient)** : en principe la connaissance préalable du patient : avis en réponse à une situation médicale complexe après étude

maladies rares (ex. mucoviscidose ou hémophilie), résidant en zones dites sous denses ou résidant dans des structures médico-sociales et détenus. Il s'agit évidemment de conditions alternatives, non cumulatives. Au total, la téléexpertise pourrait concerner plus de 21 millions de patients en France. Pour un CHU tel qu'APHP.Centre – Université de Paris, cette ouverture touche une part très importante de la patientèle.

Il faut noter que l'option choisie par l'Assurance-Maladie d'une prise en charge à 100% des téléconsultations et téléexpertises, en plus de lever une partie des craintes des professionnels de santé, est assurément favorable au développement de la télémédecine.

Le processus d'extension est toujours en cours. 2020 devrait voir l'intégration de l'ensemble de la téléexpertise et l'arrivée du télésoin. En parallèle, à l'instar de Moovcare dans le suivi du cancer du poumon, certains logiciels de télésurveillance devraient s'ajouter aux dispositifs médicaux remboursables et entrer directement dans le régime général, sans passer par la phase expérimentale.

Ces ouvertures successives de la réglementation se sont-elles traduites par une montée en puissance croissante des activités de télémédecine ? Une analyse par mot-clé via *Google Trend* montre clairement une augmentation constante des recherches liées à la télémédecine, témoignant d'un intérêt croissant :

- une première hausse lors de la publication de la loi HPST 2009 et du décret d'application l'année suivante
- une stabilisation entre 2010 et 2017
- une nouvelle hausse fin 2017 avec la LFSS pour 2018, et un pic autour de septembre 2018.



(Score des recherches « Télémédecine » en France entre le 1^{er} août 2008 et le 15 août 2019
Evaluation basée à partir du score maximal)

Pourtant, cet intérêt ne s'est pas encore traduit pleinement au niveau de l'activité. En effet, alors que la CNAM attendait cinq cent mille téléconsultations en 2019, le seuil des dix mille

approfondie. Par exemple : du suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation, du suivi d'évolution complexe de maladie inflammatoire chronique, etc.

n'était toujours pas dépassé après six mois (vingt-cinq fois moins qu'attendu !). L'AP-HP dans son ensemble en totalisait moins d'une centaine. Force est de constater qu'il existe encore des freins à son déploiement. De même, si le nombre de téléexpertises déclaré est élevé, la part facturable reste très faible³⁵. Ce retard peut certes s'expliquer partiellement par une entrée plus tardive dans le régime général. Néanmoins, cette montée en puissance progressive se retrouve aussi pour le dernier volet, la télésurveillance. Hormis l'insuffisance cardiaque chronique, qui pouvait s'appuyer sur la pose antérieure de prothèses cardiaques connectées, les autres files actives de patients des pathologies présentes dans le programme ETAPES restent assez faibles³⁶. Dans bon nombre d'établissements de santé³⁷, les médecins commencent seulement à inscrire des patients avec ces dispositifs. Un constat partagé par la DGOS et l'ARS Ile-de-France.

En réalité, il existe d'autres causes pour expliquer ce déploiement relatif de la télémédecine en France.

1.3 Un déploiement encore expérimental

. Sur le terrain, on constate que de nombreux actes de télémédecine ne sont pas formalisés car la structure est trop vite considérée comme rigide et pas assez maniable. Trois difficultés principales continuent de ralentir le bon déploiement de la télémédecine. Elles portent sur l'acculturation par les acteurs (1.3.1), l'adaptation des outils numériques (1.3.2) et le cadre financier (1.3.3).

1.3.1 L'acculturation lente des acteurs de la télémédecine

Lors de son audition par la Commission des affaires sociales lors du « Printemps de l'évaluation » 2019, la Ministre des solidarités et de la santé Agnès Buzyn avait par exemple

³⁵ Voire carrément inexistante. Certains établissements de santé ont pris la décision institutionnelle de ne pas chercher à facturer ce type de prestation, en raison des modalités financières. Cette problématique sera traitée un peu plus tard.

³⁶ 21000 patients inclus dans le programme ETAPES, dont 18000 pour le télésuivi des prothèses cardiaques – Zirar W., *Télésurveillance : plus de 21000 patients inclus dans les expérimentations de financement*, APMNews, 2019.

³⁷ Sur les 3 CHU, 1 clinique et 4 GHU APHP, aucun établissement n'avait atteint des déploiements à grande échelle pour la télésurveillance. Au maximum, le nombre de patients inscrits dans le programme ETAPES dépassait rarement les cinquante par service.

évoqué « *l'organisation progressive des acteurs de terrain* »³⁸, organisation qui expliquerait que « *cela ne soit pas simple et immédiat* ». A titre d'exemple, malgré le financement d'équipements dans plus de 80 EPHAD en Ile-de-France, l'usage de la télémédecine dans ces établissements restait selon l'ARS très faible.

En parallèle, avec l'entrée dans le droit commun de la télémédecine, le rôle des ARS est amené à changer. D'une logique d'enregistrement et de contrôle des projets, elles sont conduites à transformer leur action pour se concentrer sur un pilotage régional et un soutien aux projets. Consciente du lent démarrage, l'ARS Ile-de-France a par exemple lancé un comité réunissant la CPAM de Paris et la Délégation départementale ARS sur le secteur pour identifier les difficultés que rencontrait cette activité. La chargée de mission Télémédecine de l'ARS d'Île-de-France indiquait notamment que ces nouvelles missions réinterrogent le positionnement adéquat des agences. L'idée n'est plus ici d'assurer le rôle de régie, mais de vigie.

Ce portage institutionnel essentiel au bon fonctionnement de la télémédecine est encore en phase de transition. En région Grand Est, six mois après la tarification de la téléconsultation, le site internet de l'ARS indiquait encore les anciennes conditions pour lancer un projet de téléconsultation.

1.3.2 Les outils numériques : un aspect plutôt négligé

Comme le constatait la référente médicale télémédecine sur Henri-Mondor, le docteur Tu-Anh Duong, « *avant, on n'avait pas ni le cadre ni le financement. Après, on a eu le cadre sans le financement. Maintenant, on a le cadre et le financement. Mais, il nous manque les outils* ».

En effet, les plateformes régionales ne sont pas encore adaptées. A titre d'exemple, le GCS Sesan³⁹ et plusieurs établissements de santé Île-de-France (dont APHP.Centre – Université de Paris) continuent d'expérimenter les téléconsultations directes. En effet, les services pilotes sur ce sujet n'ont pour la plupart pas pu passer en programmation régulière de consultations, eu égard aux nombreuses difficultés rencontrées (difficultés de connexion, suppression des rendez-vous, etc...). Cette phase de test est encore la règle dans de nombreuses régions⁴⁰. A cet égard, on peut s'étonner des anticipations et la

³⁸ Elle avait mentionné notamment l'achat de matériel, la formation et la réservation de plages horaires.

³⁹ Missions du GCS

⁴⁰ Au niveau de l'Occitanie, l'ARS a décidé de sélectionner des services prioritaires pour tester ce procédé.

préparation des acteurs à ce bouleversement. L'une des explications à ce décalage technologique est le choix opéré dans de nombreux GCS de faire évoluer les outils existants plutôt qu'en créer de nouveaux. Cette solution potentiellement avantageuse en terme d'efficience a pour principal défaut de devoir concilier les opérations de mise à jour du du logiciel avec le fonctionnement quotidien par les utilisateurs actuels.

Outre le manque de robustesse des outils, un autre point majeur de difficulté est l'absence d'interopérabilité entre ces solutions techniques. En effet, aussi bien l'outil régional de télémedecine ORTIF (téléconsultation et téléexpertise) que les logiciels de télésurveillance ne sont pas interfacés avec les systèmes d'information des hôpitaux⁴¹. Ainsi, un médecin d'APHP.Centre – Université de Paris qui réaliserait une téléconsultation via ORTIF pour un patient déjà vu à l'hôpital devrait réaliser l'inscription du rendez-vous et la rédaction du compte-rendu en doublon pour que les informations se retrouvent et sur ORTIF et sur ORBIS. Or, les outils de télémedecine ont tendance à se multiplier, sans offrir davantage de possibilités d'interactions entre les logiciels de l'hôpital. En parallèle, certains acteurs, à commencer par les groupements privés d'EPHAD, ont choisi de développer leurs propres outils. Ces alternatives parfois plus attractives sur le plan technique compliquent la situation puisqu'elles multiplient les plateformes sur lesquelles les professionnels de santé sont censés interagir.

1.3.3 Un financement toujours très encadré

Le champ de la télémedecine facturable est relativement restreint. Dans un article récent, *Des limites (malheureusement) au développement de la télémedecine*⁴², Claude Evin déplorait « *des textes publiés au compte-goutte* ». De nombreuses activités à distance ne bénéficient pas de possibilités de remboursement institutionnalisé, alors même qu'il s'agit parfois de pratiques du quotidien (ex : la téléinterprétation en radiologie). L'exemple du diabète est instructif. Une partie seulement de la pathologie figure dans le programme ETAPES. Le reste (notamment le diabète gestationnel) n'est pas pris en charge à ce titre.

⁴¹ Le dossier patient au sein d'APHP.Centre – Université de Paris dépend des sites utilisateurs. Hormis l'hôpital Pompidou, tous les autres hôpitaux du groupement utilisent ORBIS qui est le logiciel métier actuellement déployé par l'AP-HP. Pour des raisons historiques, et en attendant la bascule à ORBIS prévue autour de 2021-2022, l'hôpital Pompidou utilise DxCare.

⁴² RHE, mai-juin 2019

A cela, il faut ajouter un « niveau trop bas de rémunération »⁴³, constat partagé par l'ensemble des acteurs.

Ces choix tarifaires n'ont pas seulement une incidence pour les utilisateurs de la télémédecine, ils ont des conséquences directes dans l'innovation du secteur. En effet, comme le pointait le Professeur Andrès aux Hôpitaux universitaires de Strasbourg, les modalités financières mettent parfois des industriels en difficulté, les financements obtenus à travers certaines expérimentations s'avérant insuffisants pour la viabilité des acteurs du secteur.

La télémédecine reste par ailleurs strictement circonscrite au niveau national, afin de s'inscrire dans une organisation territoriale et au maximum dans le parcours de soins coordonné. Ces orientations ont d'ailleurs été clairement exprimées par la Ministre lors de son audition au « *Printemps de l'évaluation* »⁴⁴, le risque étant de favoriser l'exercice d'une médecine à distance loin des patients, et de favoriser ce que l'on veut combattre. Dans son avis sur les maladies chroniques précité, le CESE estimait de même qu'« *il convient de veiller à ce que le déploiement de la télémédecine n'ait pas pour conséquence d'aggraver des inégalités de santé (sociales, territoriales) qu'elle est censée atténuer* »⁴⁵. En parallèle, les possibilités de faire de la télémédecine vers ou de l'étranger ne permettent pas aujourd'hui de bénéficier d'une tarification.

Par ailleurs, cette question financière rend assez complexe la lisibilité du dispositif, la frontière étant parfois extrêmement ténue entre les activités facturables et les activités non-facturables. Si certaines initiatives bénéficient de dérogations particulières (ex : des partenariats de téléinterprétation en ophtalmologie), d'autres projets ont été rejetés. L'expérimentation initiée entre le Centre Hospitalier Inter-communal de Créteil et la start-up Livi autour de téléconsultations ouvertes pour des soins non-programmés afin de désengorger les urgences a suscité une réaction rapide de l'Assurance-Maladie, qui a exclu cette initiative des remboursements possibles pour la télémédecine. Cette solution innovante n'a pas convaincu, dans un contexte pourtant favorable aux problématiques des urgences.

⁴³ P. Traineau, Santé connectée, des projets à la réalité - Mieux comprendre une (r)évolution en cours, avec le Centre de ressources et d'expertises en santé connectée, Techniques hospitalières, mai-juin 2019.

⁴⁴ A cette occasion, la Ministre a rappelé que « *nous n'arrêtons pas de prôner le parcours de soins coordonné* » et qu'il fallait « *inscrire la télémédecine comme une plateforme territoriale* » au risque sinon de participer à la désertification médicale en favorisant des médecins de boîte privée

⁴⁵ Conseil économique, social et environnemental, Chassang M. et Gautier A., 2019, Avis n°14, Les maladies chroniques

Comme le résumait Caroline Déclas dans son mémoire de 2017, « *la télémédecine en milieu hospitalier semble apporter autant d'opportunités qu'elle ne soulève de questions sur les orientations à prioriser* »⁴⁶. Dès lors, comment réussir un déploiement à grande échelle de ces activités ?

⁴⁶ Déclas C., Quel(s) usage(s) de la télémédecine en milieu hospitalier ? De la mise en place d'un projet pilote au déploiement de la télémédecine au CHU Necker-Enfants malades, EHESP, 2017

2 Faire entrer les activités des professionnels de santé de l'hôpital dans le cadre de la télémédecine : le défi de l'adaptation des usages à la réglementation (tant locale que nationale)

Pour valoriser les activités de télémédecine à l'hôpital, il convient d'abord d'identifier l'existant et de le valoriser (2.1). Dans un second temps, le déploiement à plus grande échelle exige de mettre en place des processus adaptés (2.2). En s'appuyant sur ces premiers travaux, un comité de pilotage a été instauré afin de prioriser les actions futures (2.3).

2.1 La transcription des activités de télémédecine

Pour faciliter le nécessaire recensement des activités de télémédecine (2.1.2), il convient d'être rapidement repéré et de bien connaître les interlocuteurs sur cette thématique (2.1.1). La première phase de recensement permet d'établir un état de lieux, qui doit nécessairement s'accompagner d'une transcription de ces activités au sein du système d'information et de facturation du Groupement (2.1.3).

2.1.1 Connaître les interlocuteurs clés

La télémédecine se situe au carrefour de plusieurs directions. En effet, elle présente des volets Affaires médicales (stratégie médicale et organisation du temps médical), Systèmes d'information (outils technologiques), Organisation des Parcours (circuits patients) et Finances (facturation). Il est donc nécessaire de rencontrer ces différents acteurs⁴⁷, et d'être identifié par eux, afin de pouvoir avancer lorsque des difficultés surviennent sur les différents dossiers. Cette phase était d'autant plus importante que le regroupement au sein d'APHP.Centre – Université de Paris avait conduit à des changements au niveau des directions.

⁴⁷ Au niveau de chaque GHU, il existe ainsi un trinôme composé d'un référent administratif, un référent médical et un référent informatique.

A ces interlocuteurs au niveau interne, le fonctionnement de l'AP-HP requiert de connaître d'autres partenaires. En effet, les nouveaux GHU ne constituent pas des entités cloisonnées, mais demeurent des parts d'un même ensemble. Les référents télémédecine doivent travailler de concert avec les personnes ressources au Siège de l'AP-HP (ici, notamment la DOMU⁴⁸) et leurs homologues dans les autres GHU⁴⁹. Le projet de Télémédecine Polyhandicap a par exemple demandé la coordination de trois GHU et du Siège.

Il convient de noter qu'avec les restructurations au sein de l'AP-HP, les organigrammes administratifs ont connu de nombreuses modifications, avec des changements de périmètre. Ainsi, l'AP-HP a non seulement connu une réduction du nombre de référents administratifs (un par GHU⁵⁰) mais également un renouvellement des titulaires⁵¹.

Enfin, les interlocuteurs extérieurs institutionnels, régionaux (ARS) comme nationaux (DGOS) constituent des relais à ne pas négliger, et des personnes ressources indispensables à la compréhension d'une matière en pleine évolution. En parallèle, le caractère encore incontournable des plateformes régionales de télémédecine nécessite de connaître des contacts au sein des sociétés chargées de mettre en œuvre et gérer ces plateformes.

2.1.2 Le recensement des activités

Plus l'hôpital (ou le groupement) est important, plus il est difficile d'avoir une idée précise des activités de télémédecine. En effet, la télémédecine demande initialement peu de moyens pour pratiquer à faible échelle cette activité. Dès lors, les médecins – et notamment les plus jeunes - n'hésitent pas à se saisir des outils et des opportunités qu'ils offrent, sans avertir personne. En même temps, leurs interlocuteurs administratifs ne sont souvent pas identifiés par le corps médical, mis à part pour les problèmes informatiques ; d'autant qu'avec le contexte de regroupement des établissements, la plupart des référents sur ce sujet avait changé de fonction⁵².

Pour tracer cette activité, plusieurs moyens de recensement ont été mis en œuvre au début de l'année 2019, tant au niveau interne qu'au sein de l'AP-HP. Au niveau de l'AP-HP, la transmission de l'enquête de l'ARS sur la télémédecine à l'ensemble des chefs de

⁴⁸ Plus particulièrement, la référente télémédecine de l'AP-HP, le professeur Schouman-Claeys.

⁴⁹ Il existe une réunion mensuelle des référents télémédecine de l'AP-HP, qui réunit les référents médicaux et administratifs des différents GHU ainsi que la référente télémédecine du Siège et les directions du Siège concernées par les sujets.

⁵⁰ Six au lieu de douze

⁵¹ Deux des douze référents seulement continuent à assurer cette fonction.

⁵² Sur les trois ex-groupements hospitaliers, seule la référente sur Necker était toujours présente.

service⁵³ a permis de faire remonter certaines activités ou projets. En parallèle, j'ai plus particulièrement ciblé les services dont les pathologies étaient couvertes par le programme ETAPES et susceptibles de pratiquer des activités de télésurveillance. Au niveau interne, une communication spécifique a eu lieu au cours d'une réunion DAF/CAP P5, permettant de sensibiliser les cadres administratifs à cette question. Au demeurant, il ne faut pas négliger les remontées au fil de l'eau, par l'intermédiaire des directeurs une fois que les nouveaux référents ont été clairement identifiés. L'un des atouts principaux aux ex-HUPC dans ce recensement fut l'aide d'une adjointe des cadres des équipes de facturation, Véronique Ridolfi, spécialisée dans les circuits patients et bien connue de la communauté médicale, ce qui a permis de faire remonter de nombreuses situations de médecins pratiquant la télémedecine ou intéressés par cette dernière.

2.1.3 La transcription des activités.

Un premier recensement a permis de faire ressortir les activités de télémedecine suivantes :

Etat des lieux au 1^{er} mai 2019

Service	Hôpital	Mode	Actes / Patients 2019
Orthopédie	Cochin	Téléexpertise	30
Dermatologie	Cochin	Téléexpertise	100
Cardiologie (Insuffisance)	Cochin	Télésurveillance	50
Diabétologie	Pompidou	Télésurveillance	50
Diabétologie	Cochin	Télésurveillance	30
Endocrinologie pédiatrique	Necker	Télésurveillance	50
Cardiologie pédiatrique (Prothèses)	Necker	Télésurveillance	150
Cardiologie (Prothèses)	Pompidou	Télésurveillance	800
Gériatrie	Broca	Téléexpertise	30
Polyhandicap	Necker	Téléconsultation	100

⁵³ Cette enquête a été partagée au sein de certains exécutifs de pôle d'APHP.Centre – Université de Paris.

Seules les activités de télésurveillance existaient déjà en 2018. Néanmoins, mise à part la télésurveillance de prothèses cardiaques assurée à Pompidou et dont le rattrapage de facturation a lieu au premier semestre 2019, les autres activités initiées en 2018 n'avaient pas engendré de valorisation financière pour l'établissement. En effet, dans le cadre de la télésurveillance, si de nombreux services utilisent bien des logiciels agréés par la DGOS, les déclarations ETAPES ne sont souvent pas réalisées.

Dans le cadre de la télésurveillance, il a fallu procéder à la ratification des conventions avec les prestataires des solutions techniques, ainsi qu'à la déclaration de ces activités auprès de l'ARS dans le cadre du programme ETAPES⁵⁴.

Pour les autres activités de téléconsultation ou de téléexpertise, la problématique a dépassé le cadre du recensement, en ne se résumant pas à un codage *a posteriori*, mais en posant des difficultés plus larges de facturation et de circuits patients.

2.2 Assurer une fluidité dans le déploiement de la télémédecine

Le déploiement de la télémédecine au sein d'un établissement de santé exige au préalable une maîtrise des outils informatiques (2.2.1), avant de mettre en place des circuits spécifiques (2.2.2) et d'arriver à assurer la facturation (2.2.3).

2.2.1 Maîtriser les outils informatiques

La télémédecine nécessite d'acquérir une compétence sur de nouveaux outils informatiques, qui s'ajoutent au système existant. L'une des principales difficultés est qu'il s'agit généralement de solutions tierces à l'établissement de santé⁵⁵. Or, la Direction des systèmes d'information est souvent déjà surchargée, et ne dispose pas de temps supplémentaire pour former les médecins à ces nouveaux outils. Il est fréquent par ailleurs que les informaticiens de l'hôpital ne soient pas formés aux outils de télémédecine, ne disposant souvent pas de compte utilisateur – ceux-ci étant réservés aux professionnels de santé. Certes, en cas de défaillance technique, les informaticiens de l'hôpital ne sont pas les premiers recours ; il existe généralement une hotline dédiée du prestataire. Or, ce

⁵⁴ Formulaire disponible sur le site demarches-simplifiees.fr. Le fichier n'était pas à jour au 1^{er} juillet 2019.

⁵⁵ Le cas des Hôpitaux universitaires de Strasbourg est a contrario assez unique.

recours à l'extérieur n'est pas sans difficulté puisqu'il fait reposer le support technique à distance. Quant à la possibilité de formation à distance via le *e-learning*, bien des professionnels sont réticents à franchir le pas, ce qui peut obliger l'établissement à devoir recourir à des sessions de formation en présentiel payantes.

Il convient d'ajouter que la direction des systèmes d'information est parfois réticente à voir s'installer dans l'espace bureautique de nombreuses solutions. Si elles ne nécessitent généralement pas d'installation physique - l'accès via un lien internet suffisant -, elles requièrent une version récente de navigateur web. Il arrive aussi qu'elles ne soient pas compatibles avec certains navigateurs. A titre d'exemple, ORTIF, la plateforme régionale est incompatible avec Internet Explorer, le navigateur officiel de l'AP-HP⁵⁶.

Il importe donc d'avoir des référents sur la télémédecine au sein même de la DSI, afin qu'ils puissent être en mesure de dialoguer avec les prestataires de solution, pour voir ce qu'il est possible ou non de faire. Ces référents doivent aussi être capables d'utiliser ledit logiciel. Au sein du groupement APHP.Centre – Université de Paris, des comptes tests ont été créés sur ORTIF afin d'initier les référents à l'outil.

Par ailleurs, en recourant à des plateformes extérieures, les établissements de santé doivent s'adapter à une organisation qui n'est pas forcément la leur. Ainsi, ORTIF fonctionne via des « communautés médicales », c'est-à-dire des regroupements de médecin par service. Toutefois, ce terme de communauté permet d'englober parfois une organisation par pathologie, lorsqu'elle recoupe l'intervention de plusieurs services. L'intérêt est notamment d'avoir un système de dénomination unique pour une même discipline⁵⁷. Une participation aux groupes de travail organisés par le GCS Sesan permet de faire évoluer l'outil. Néanmoins, ces modifications de paramétrages, pour permettre une meilleure prise en main de l'outil, prennent du temps et sont entièrement à la main du prestataire.

La maîtrise des outils informatiques n'est pas qu'une question interne. En effet, de nombreux EPHAD n'avaient par exemple pas encore souscrit d'abonnement à ORTIF en raison du coût jugé trop élevé⁵⁸. En l'absence d'un DMP et d'interfaçage entre les systèmes

⁵⁶ Généralement, la plupart des postes disposent d'une installation d'un autre navigateur, Mozilla Firefox. Cependant, il ne s'agit généralement pas de la dernière mise à jour, ce qui entrave le fonctionnement d'ORTIF.

⁵⁷ L'idée est que lorsqu'un médecin requérant sollicite des services experts, il ne soit pas perdu entre les différentes appellations (ex : Orthopédie / Orthopédie et traumatologie / Locomoteur).

⁵⁸ Pour les établissements de santé, et notamment ceux qui travaillent en dehors de leur cadre régional, la plateforme régionale peut s'avérer insuffisante pour répondre à des besoins extrarégionaux. De même, un médecin extérieur à l'Ile-de-France souhaitant solliciter l'AP-HP doit obtenir un compte invité ou payer un abonnement.

d'information, ce manque d'outils communs avec les professionnels de ville et les structures d'aval rend difficile les échanges.

A supposer que le patient soit en mesure d'utiliser de lui-même les outils, le patient peut être intimidé. Il arrive que l'intermédiation à distance l'empêche de parler, ou l'entrave dans ses questions.

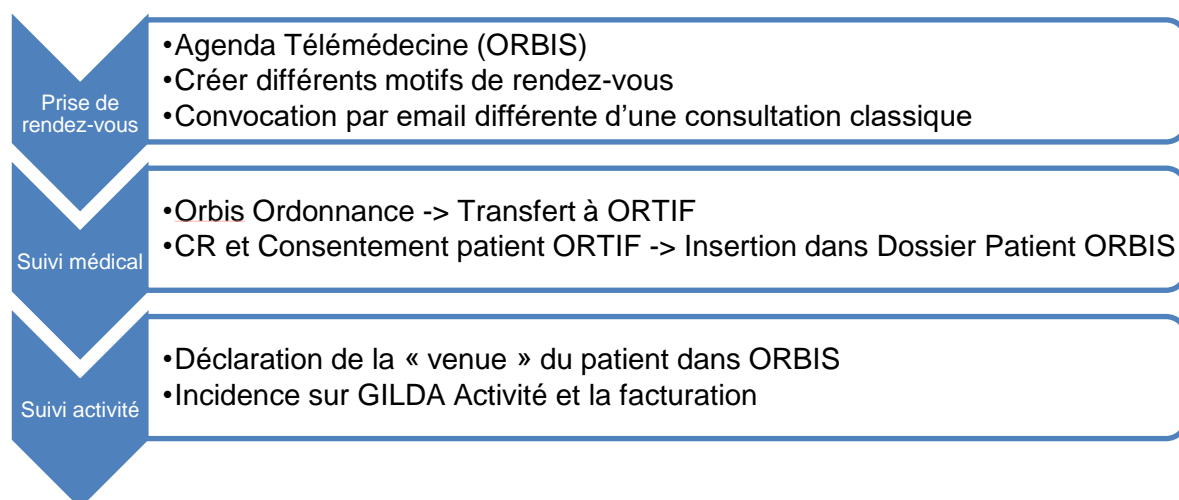
Dans une autre mesure, ces trois volets de la télémédecine nécessitent de gérer des situations imprévues : il est toujours possible d'avoir besoin de faire un geste médical ou d'être confronté à une urgence. L'établissement doit être en capacité soit de recevoir le patient, soit de l'aiguiller vers une structure adaptée, ce qui nécessite une certaine anticipation des situations qui pourraient poser des difficultés.

Il faut examiner des processus de prise en charge, ainsi qu'une procédure dégradée en cas de problèmes techniques. D'où, l'importance de mettre en place des circuits propres à la télémédecine.

2.2.2 Mettre en place les circuits télémédecine

Chacun des trois volets de la télémédecine justifie la mise en place de circuits patients spécifiques.

Pour la téléconsultation, le circuit suivant a été mis en place, en laissant le choix au médecin d'organiser cette activité sur des créneaux dédiés ou à l'insérer au sein de son activité :



Si ce système a l'avantage de faire figurer aisément dans le planning du praticien ces activités de télémédecine, et ainsi favoriser un suivi de l'activité, il présente des difficultés

avec l'une des modalités du logiciel de facturation en cours de déploiement à l'AP-HP, GAM, via le processus d' « optimisation du parcours patient ». En effet, à plusieurs intervalles avant le rendez-vous, le patient reçoit une notification par courriel et par SMS lui confirmant son rendez-vous et lui demandant de se rendre dans le service du rendez-vous. Ce message est évidemment source de confusion puisque l'objectif d'une téléconsultation est bien que le patient ne se déplace pas. Or, à l'heure actuelle, le système permet seulement d'exclure des UH (Unités d'hospitalisation) du paramètre du SMS. Le problème est qu'à moins de créer une ou plusieurs UH dédiées à l'activité de télémedecine, il n'est pas possible d'enlever les notifications qui restent utiles dans le cadre de consultations classiques relevant de la même activité⁵⁹.

Pour la téléexpertise, il existe plusieurs cas de figure. Certains praticiens préfèrent disposer de créneaux dédiées à cette activité, ce qui leur permet par la même occasion d'effectuer une téléconsultation avec le patient ; d'autres praticiens traitent cette activité au fur et à mesure qu'ils sont sollicités. Certains praticiens ne veulent être sollicités que par des médecins qu'ils connaissent déjà, d'autres n'ont pas cette exigence. L'une des principales difficultés rencontrées aujourd'hui au niveau du circuit est l'impossibilité de faire figurer sur ORTIF des disponibilités ou des critères précis. Ainsi, il n'est pas encore possible d'indiquer quand et à qui un service peut répondre. Pour cette activité, il convient de préciser qu'en principe, la sollicitation d'un avis pour un patient même totalement extérieur à l'hôpital, doit engendrer l'inscription de ce patient dans le système d'information, comme s'il se présentait dans l'établissement.

La télésurveillance est l'activité a priori la plus facile à organiser. En effet, les patients sont déjà inscrits dans le système d'information, et le praticien rédige une ordonnance proposant le recours à une solution de télésurveillance. Encore faut-il arriver à suivre et actualiser l'insertion régulière de patients, tout en réussissant à extraire du programme⁶⁰ les patients qui n'entrent plus dans les conditions des décrets relatifs à ETAPES. Si certaines solutions savent déjà identifier via un code couleur les patients pouvant relever ou non du programme ETAPES, cela nécessite malgré tout une vigilance des différents acteurs puisqu'il faut encore l'inscrire dans le système d'information de l'hôpital. De plus, si la télésurveillance d'un patient occupe un temps réduit d'un praticien sur la semaine, cette surveillance doit être réalisée en continue. Ainsi, il n'est guère possible que parce que le praticien soit en congés un mois durant, plus personne n'assure cette

⁵⁹ Dans la prochaine sous-partie, la question de la création d'UH dédiée à la télémedecine sera abordée.

⁶⁰ Ou au moins de la facturation.

activité de surveillance. Il convient donc que le service s'organise pour que quelqu'un soit en mesure de voir les alertes⁶¹.

En parallèle, certains établissements ne disposent pas des ressources paramédicales (notamment formées à l'éducation thérapeutique) pour organiser eux-mêmes le volet « accompagnement thérapeutique ». Si certains prestataires assurent ce volet, l'établissement doit pouvoir rapatrier cette activité en interne.

2.2.3 Assurer le suivi et la facturation

Dernière étape et non des moindres, ces activités de télémédecine doivent encore être suivies et facturées. Une discussion a eu lieu entre les GHU et la Direction des Finances de l'AP-HP⁶², concernant la création d'UH dédiées à cette activité. En effet, la création d'une UH par activité de télémédecine comme le voulait initialement la DEFIP, s'avérait contre-productive. D'une part, le fichier structure est limité en taille, et ne permet pas de créer de nouvelles UH alors même que les activités de télémédecine ont vocation à se multiplier. D'autre part, les précédents de création d'UH dédiées comme pour l'activité de CRMR avaient montré les limites de l'exercice, suscitant davantage de confusion chez les praticiens que de clarté pour les Directions. Une fois résolu le débat d'UH spécifique, il restait encore à trouver le meilleur moyen de tracer l'activité des médecins (d'où, la création d'un agenda Télémédecine), qui puisse apparaître pour les services de facturation.

En effet, cette traçabilité permettra in fine une meilleure facturation des activités. A cet égard, l'accès des données d'ORTIF devrait permettre de faciliter le rattrapage de certaines activités aujourd'hui difficiles à récupérer, notamment la téléexpertise.

Tableau des activités facturées sur P5 au 1^{er} juillet 2019

APHP.5	Télesurveillance Prothèses cardiaques	718
	Hôpital Pominidou	718

S'il faut mettre de côté la téléexpertise et la téléconsultation pour laquelle il n'existe pas encore au sein de l'AP-HP de codes de facturation disponibles⁶³, certaines activités de

⁶¹ Cette problématique se retrouve dans la téléexpertise. Petite différence toutefois, le médecin dispose toujours de la possibilité de solliciter d'autres collègues ou de renvoyer le patient vers les urgences au besoin.

⁶² La Direction de l'Economie, des Finances, de l'Investissement et du Patrimoine – DEFIP.

⁶³ Les codes activité et facturation de la téléconsultation sont entrés en vigueur au 1^{er} juillet 2019.

télesurveillance, notamment sur les prothèses cardiaques, arrivent à être correctement valorisées.

A court terme, il faudra veiller à facturer les activités de téléconsultation dont la saisie a été permise lors de la mise à jour du logiciel de facturation au 1^{er} juillet 2019. C'est à l'aune des chiffres de ces prochaines semaines que l'on pourra avoir une idée plus précise de la bonne intégration des processus de codage des services médicaux.

En parallèle, au sein du GHU, un tableau excel⁶⁴ distribué aux services qui réalisent beaucoup de téléexpertises doit permettre une comptabilisation de l'activité, avant de procéder une fois les codes insérés à sa saisie et sa facturation.

2.3 Prioriser les actions futures

2.3.1 Constituer un COPIL

Eu égard aux nombreux bouleversements permanents dans la télémédecine et de la taille du GHU, il apparaissait particulièrement important d'organiser une instance de discussion et de décision dédiée à ce sujet. S'il est vrai que la comitologie hospitalière est parfois excessive, un comité de pilotage semblait ici constituer le vecteur naturel pour réunir les directions et les acteurs concernés. Il convient de noter que la télémédecine n'en est qu'à sa première année et de nombreux chantiers majeurs sont à préparer : téléexpertise pour tous, télesurveillance étendue, télésoin, dispositifs médicaux connectés.

Si cette activité transversale nécessite l'articulation entre plusieurs directions, l'option privilégiée en interne est un pilotage par la Direction des affaires médicales. En effet, cette activité concerne principalement la médecine (aussi bien sur le volet des pratiques, que des organisations). C'est d'ailleurs le modèle choisi aujourd'hui sur la plupart des groupements de l'AP et des établissements de santé⁶⁵. Initialement, certains référents télémédecine relevaient des affaires financières.

Ceux de la téléexpertise le seront à partir de décembre 2019.

⁶⁴ Tableau excel permettant d'indiquer nom et prénom du patient, date et ville de naissance du patient, numéro de sécurité sociale du patient, nom du médecin et numéro AMELI du médecin, date de la téléexpertise.

⁶⁵ Un autre modèle, notamment dans les établissements avec une forte logique territoriale, est de désigner comme référent télémédecine la personne en charge des coopérations. C'est notamment le modèle des Hôpitaux universitaires Henri-Mondor et du GHT autour du CHU de Nantes.

Toutefois, il est évident que cette activité entretient de forts liens avec les directions des Finances, des Systèmes d'Information ainsi que des Organisation des parcours patients qui interviennent donc en tant que supports dans ce projet.

Composition et fonctionnement du COPIL Télémédecine APHP.5

Le COPIL se réunira mensuellement afin défricher le cadre réglementaire évolutif, d'avancer des propositions organisationnelles et de soutenir les projets.

Le COPIL comprend :

- un membre de la DAM
- un membre de la DPTSI
- un membre de la DAF (Volet Facturation/Gestion administrative des patients)
- deux référents médicaux (si possible, un médecin TLS & un médecin TLE/TLC⁶⁶)
- un juriste (avec de solides connaissances dans la protection des données)

Une fois l'arrivée effective des télésoins, il conviendra d'associer un membre de la DSAP.

En fonction des sujets abordés, seront invités les directeurs délégués et les médecins concernés.

Un partage d'information via un compte-rendu diffusé à l'ensemble des équipes de direction permet de tenir à jour le recensement des projets et les modalités arrêtées en terme d'organisation.

L'accompagnement des projets est notamment assuré par des équipes locales (DPTSI notamment).

Au sein de l'APHP, ce COPIL doit être l'interface de référence en interne, aussi bien pour répondre aux demandes des professionnels de santé sur le GHU⁶⁷ que pour participer aux discussions avec les autres GHU et le Siège de l'AP-HP.

⁶⁶ Les problématiques, notamment informatiques, entre d'une part la télésurveillance et d'autre part, la téléexpertise et la téléconsultation, ne sont pas les mêmes. Dans le premier cas, chaque pathologie a plusieurs logiciels à sa disposition. Dans les deux derniers volets, il n'existe qu'un seul outil régional. Il importe donc que le référent médical soit lui-même un utilisateur de cet outil.

⁶⁷ Les référents médicaux constituent généralement les premiers interlocuteurs et les recours naturels pour les autres professionnels de santé. D'où, l'importance que les référents maîtrisent l'outil régional afin de rassurer les médecins quant à son utilisation.

Le pilote du COPIL doit donc être le référent administratif télémédecine du GHU dans les réunions au sein de l'AP-HP.

Si des réunions informelles ont eu lieu au cours du premier semestre entre les acteurs concernés, et notamment entre les deux référents administratifs, respectivement sur HUPC/HUPO et HUNEM, un véritable COPIL s'est tenu le 15 juillet. Il a permis de balayer les nombreux sujets, et de procéder aux premiers arbitrages. Le partage d'informations aux autres membres du CODIR a permis une meilleure fluidité dans la déclinaison des projets.

2.3.2 Mettre en place une stratégie au niveau du Groupement

En soi, chaque médecin peut être amené à pratiquer des activités de médecine à distance. Or, si le coût d'un équipement pour un poste de travail individuel est une donnée négligeable pour un groupement de la taille de ce GHU, le coût de l'installation d'équipements sur l'ensemble des postes de travail constitue une dépense élevée. Par ailleurs, il ne suffit pas d'installer les équipements, mais de former et d'accompagner les médecins, ce qui ne peut évidemment pas se faire en simultané sur l'ensemble des sites du GHU. Dès lors, en plus des services déjà lancés, il apparaît nécessaire de prioriser, au sein des services qui souhaiteraient débiter une activité de télémédecine, ceux qui répondent à certains critères identifiés en fonction du type de télémédecine à mettre en œuvre.

Liste des services prioritaires au sein d'APHP.Centre – Université de Paris

▣ Sur la téléconsultation :

- les services dont une part importante de la patientèle est 1) récurrente et/ou 2) géographiquement éloignée
- les services travaillant sur les maladies rares et/ou chroniques
- les services avec des consultations de suivi ou des consultations résultats d'analyse
- les services avec des consultations de détenus

▣ Sur la téléexpertise :

- les services opérant au sein des sites du supra-GH
- les services vitrines vis-à-vis de l'extérieur
- les centres experts maladies rares

▣ **Sur la télésurveillance :** positionner l'ensemble des disciplines aujourd'hui accessibles à la télésurveillance sur ce créneau, et préparer l'arrivée de la télésurveillance en cancérologie

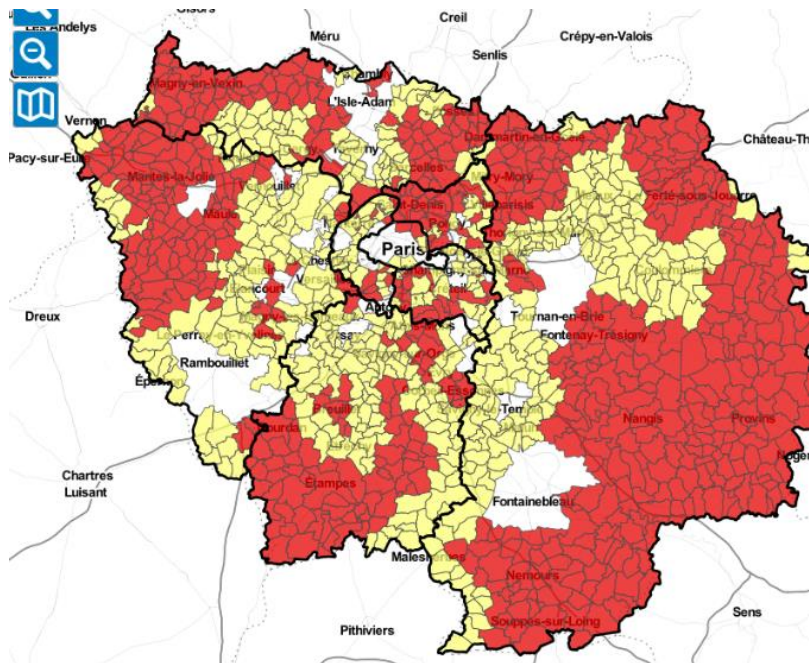
Ces priorités au niveau de l'établissement de santé doivent bien entendus correspondre à la stratégie que souhaite développer l'hôpital, notamment vis-à-vis de l'extérieur. Parmi les établissements de santé interrogés, la plupart privilégiaient pour le moment des partenariats avec d'autres structures⁶⁸, plutôt qu'avec la médecine libérale où les interactions étaient loin d'être fluides. Pour un groupement comme APHP.Centre – Université de Paris, caractérisé par la diversité de ses sites (gériatrique à Broca, pédiatrique à Necker, généraliste à Pitié-Salpêtrière), une stratégie unique n'est pas possible, et il convient d'orienter chaque site vers ses partenaires les plus adéquats.

Ces priorités doivent aussi s'intégrer dans le cadre de la stratégie régionale de santé portée par l'ARS. Pour un établissement comme l'AP-HP, la réflexion doit aussi favoriser l'articulation entre le déploiement local et la stratégie nationale de santé menée cette fois par le Ministère de la Santé. Certains volets s'incorporent aisément à différents niveaux, notamment le traitement de certains publics spécifiques (ex : les détenus), ou la prise en charge des maladies chroniques. En parallèle, certaines disciplines, dont les besoins sont criants sur le territoire et dont l'exercice se prête plus aisément à la pratique à distance, incitent à sélectionner en priorité certains services⁶⁹. Ainsi, en Ile-de-France, y compris dans certains arrondissements de Paris, il existe des zones considérées par l'ARS comme sous-dotées en personnel médical. Pour rappel, la délimitation de ces zones permet de pratiquer une activité de téléexpertise facturable auprès de l'Assurance-maladie.

Cartographie des zones sous-denses médicales en Ile-de-France

⁶⁸ Un exemple parmi d'autres, les Hôpitaux universitaires Henri Mondor (AP-HP), à la logique territoriale marquée, ont notamment développé un axe gériatrie, avec leur hôpital Emile Roux.

⁶⁹ Dermatologie, radiologie par exemple. Avec le risque toutefois que le rôle de l'hôpital, et notamment du centre expert qu'est le CHU, ne doit pas être de récupérer le quotidien de la médecine de la ville.



En rouge, zones d'interventions prioritaires
 En jaune, zones d'actions complémentaires

Entretemps, de nouvelles activités ont pu être développées dans le cadre de la télémédecine au sein du Groupe : Télésurveillance Diabétologie (Hôtel-Dieu), Téléconsultation et Téléexpertise Psychiatrie du sujet âgé (Corentin-Celton), Téléconsultation hypertension artérielle (Pompidou), Téléconsultation Anesthésie (Cochin).

2.3.3 Déclinaison d'un plan d'actions

Certaines actions prioritaires ont été mises en place pour favoriser le déploiement de la télémédecine sur le groupement :

⇒ **Axe 1 à destination des 3 volets de télémédecine**

- ▣ Ouvrir des Agendas Télémédecine dans ORBIS RDV / Dx Planning (1^{er} semestre 2019)
- ▣ Transmettre le recensement des activités de télémédecine pour suivi et valorisation de l'activité par la DAF (Tout au long de l'année 2019), via notamment une mobilisation des cadres administratifs de pôle/de DMU
- ▣ Plan d'équipement (1^{er} semestre 2019)
- ▣ Rédiger un livret de communication au sein de chacun des GH (1^{er} semestre 2019) : Présentation succincte de la télémédecine + Indication des personnes ressources (référénts)
- ▣ Réaliser des vidéos à destination interne comme externe (2^e semestre 2019)
- ▣ Identifier un référent médical par DMU/site (2^e semestre 2019)
- ▣ Insérer un volet télémédecine dans les contrats avec les DMU (2^e semestre 2019)

⇒ **Axe 2 sur la téléconsultation**
▣ Rédiger un guide de bonnes pratiques (2^e semestre 2019)

⇒ **Axe 3 sur la téléexpertise**
▣ Recenser les éventuels besoins d'avis au sein des services d'APHP.5
▣ Mettre en place des circuits opérationnels de sollicitation par des services experts (tout au long de l'année 2019)

⇒ **Axe 4 sur la télésurveillance**
▣ Faire un état des lieux des conventions utilisées (en cours -> fin mai)

Résumé des enjeux liés au déploiement de la télémédecine dans un hôpital

	Téléconsultation	Téléexpertise	Télesurveillance
Eligibilité	Tout patient vu dans les 12 mois avant	Praticiens ayant certains patients : - ALD - maladies rares - zones sous-denses - structures médico-sociales - détenus	Certaines pathologies : - Insuffisances respiratoires chroniques - Insuffisance cardiaque chronique - Prothèses cardiaques - Insuffisance rénale chronique - Diabète
Intérêts	- Ne pas déplacer le patient - Ne pas déplacer le professionnel de santé	- Mieux tracer l'activité - Ne pas déplacer le patient - Ne pas déplacer le professionnel de santé	- Ne pas hospitaliser le patient - Volet sur l'accompagnement thérapeutique
Tarifs	Identique à la consultation	Entre 12€ et 20€ selon la consultation	Forfait semestriel ou annuel
Points de vigilance	- Surveiller les circuits - Mettre en place une charte/guide de bonne conduite	- Surveiller les circuits - Inscription du patient dans ORBIS	- Déclaration ARS - Conventions avec les fournisseurs de solutions techniques - Suivi de l'activité
Outils	ORTIF	ORTIF MS Santé	Fournisseurs agréés par la DGOS
Services Priorité	- avec forte patientèle 1) récurrente et/ou 2) géographiquement éloignée - avec des maladies rares et/ou chroniques - avec des consultations de suivi ou résultats d'analyse - recevant des détenus	- les services opérant au sein des sites du supra-GH - les services vitrines - les CRMR	Services concernés par l'une des 5 pathologies

3 Mutations de la télémédecine : accompagner la transition et participer aux orientations futures

La télémédecine est en encore dans une phase transitoire, aussi bien au niveau local que national. Outre l'expérimentation temporaire de la télésurveillance, le cadre choisi pour la téléconsultation et la téléexpertise est amené à évoluer dans les prochaines années, afin d'intégrer notamment des situations qui n'avaient pas été envisagées à l'origine. Il n'est pas impossible que des activités connexes telles que les téléinterprétations finissent par rejoindre le régime général de la télémédecine⁷⁰.

En parallèle au sein du GHU, si les activités susceptibles de s'inscrire dans l'un des volets de la télémédecine sont nombreuses, encore faut-il convaincre – parfois – et accompagner – toujours – les professionnels dans ces mutations et cette période d'incertitudes (3.1). Si les établissements ne doivent pas hésiter à participer aux orientations futures (3.2), l'engagement des pouvoirs publics sera déterminant pour assurer un déploiement généralisé (3.3).

3.1 Accompagner la transition

Pour favoriser le déploiement de la télémédecine au sein des établissements de santé, il est nécessaire d'inciter les professionnels de santé à s'en servir (3.1.1), notamment en mettant en place des objectifs, et de former ceux-ci à ces nouveaux outils (3.1.3). En parallèle, il est important de bien suivre les évolutions et innovations dans ce domaine (3.1.2).

3.1.1 Inciter les professionnels de santé à requérir à la télémédecine

Pour faire de la télémédecine un axe important du Groupe hospitalier, il faut que ce sujet bénéficie d'une certaine reconnaissance et puisse apparaître dans les discussions annuelles entre les médecins et l'administration. Justement, avec la réorganisation des pôles en départements médico-universitaires et le regroupement des hôpitaux dans un

⁷⁰ Dans ces guides sur la télémédecine, la Haute autorité de santé a par exemple publié des guides spécifiques sur la téléradiologie, qui est une forme de téléinterprétation.

ensemble plus large (ici, APHP.Centre – Université de Paris), la trame des contrats de pôle/DMU a été refaite. A cette occasion, plusieurs onglets liés à la télémédecine ont été insérés afin de pouvoir mettre en place des objectifs dans ce domaine pour les DMU. Au sein du volet « Evolution Prise en charge » de la section 2 Indicateurs de performance, figure après l'onglet « Promouvoir les prises en charge à domicile », un onglet « Développer de nouvelles prises en charge : Téléconsultation et Télésurveillance ». Les objectifs seront déterminés à partir d'un volume prévisionnel pour la Téléconsultation et du nombre de projets activés et de la taille de la file active pour la Télésurveillance. Le choix d'inscrire ces activités dans le volet « Evolution Prise en charge » s'explique par les effets engendrés dans le flux des consultations « normales » et hospitalisations de l'hôpital, avec une réduction possible de ce flux. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la tarification de la télésurveillance bénéficie d'un système de bonus financier en fonction de l'évolution du taux d'hospitalisation. A plus long terme, il est donc envisageable que cette activité conduise à une évolution du capacitaire vers la baisse.

A l'inverse, l'onglet « Téléexpertise » a été inséré dans la dernière section « Coopération & Partenariat avec la ville », juste après « Médecins partagés ». Il s'appuiera sur le nombre de téléexpertise effectivement réalisée, l'intérêt étant ainsi de favoriser les liens entre l'hôpital et la ville, et les coopérations au sein du nouveau groupe. Plus que la valorisation financière, ce qui compte ici, c'est la faculté de mettre en place de nouveaux parcours patients, et d'ouvrir l'hôpital sur lui-même et vers les autres⁷¹.

Un autre sujet à porter auprès des soignants est le développement de compétences spécifiques, notamment en les incitant à solliciter des formations ou des validations d'acquis pour l'éducation thérapeutique. En effet, le développement de la télésurveillance requiert souvent une partie accompagnement thérapeutique, réservée aux soignants formés à cet effet. Or, ces formations ne sont pas encore suffisamment partagées par les professionnels de santé. Surtout, ni la Direction des ressources humaines, ni la Direction des soins ne possédaient de recueil précis permettant de connaître les soignants disposant de ces qualifications.

Enfin, un autre axe pour favoriser le développement de la télémédecine auprès des professionnels de santé est de s'appuyer sur la redéfinition des rapports entre les professionnels de santé, et notamment les protocoles de coopération entre médecins et soignants que permet la télémédecine. Comme le notait le rapport précité du CESE, « *la*

⁷¹ Un projet par exemple récent lancé par le service d'Ophtalmologie de Necker (Pédiatrie) à destination des maternités de Necker et de Cochin pour offrir un dépistage à distance de la rétinopathie du nourrisson (Téléexpertise).

télémédecine ouvre également des possibilités nouvelles de transfert de compétences »⁷². Alors que le temps médical vient souvent à manquer, ces transferts peuvent permettre de maximiser le travail de chacun. Ils font monter en compétence les soignants et redonnent du temps au médical.

3.1.2 Se tenir informer des évolutions réglementaires et des innovations

Compte tenu des évolutions répétées, la télémédecine nécessite une veille régulière sur l'actualité, qui doit permettre d'intégrer rapidement les potentielles extensions (ex : l'ouverture de la facturation de la téléexpertise à tous, etc...). Trop souvent, la déclinaison des modifications réglementaires arrive avec retard. A titre d'exemple, la téléexpertise devenue partiellement facturable mi-février 2019 ne disposera au sein de l'AP-HP de codes facturation avant fin 2019, conduisant en attendant au mieux à des procédés artisanaux afin d'enregistrer l'activité, au pire à une année blanche.

A l'inverse, un suivi régulier assure une réactivité en amont, qui permet de préparer la transposition des évolutions réglementaires dans l'institution. La découverte d'un nouveau logiciel de télésurveillance en cancérologie - Moovcare - dans une dépêche APM.news d'avril 2019, nous a ainsi permis de prendre attache avec le Professeur Fabrice Denis, puis de rencontrer la société afin d'envisager un déploiement à l'hôpital Cochin, spécialisé dans les disciplines oncologiques, et faire ainsi partie des premiers sites en France à le proposer.

La vigilance est particulièrement de mise à l'heure où de nombreux changements arrivent pour la télémédecine. L'arrivée du télésoin pour 2020 a déjà été évoquée. L'extension de la téléexpertise à toutes les situations est également à prévoir. En organisant et mettant en oeuvre le cadre actuel de la télémédecine à l'hôpital, l'institution se prépare aussi en réalité à l'arrivée d'un nouveau contingent d'activité dans ce champ d'application⁷³. A l'inverse, il est probable que certaines activités soient exclues du remboursement par l'Assurance-maladie. En effet, la fin annoncée du programme ETAPES ne se fera pas sans heurt. Bon nombre de logiciels qui bénéficient aujourd'hui d'un financement pourraient perdre le droit au remboursement, s'ils n'ont pas démontré leur utilité d'ici la fin de l'expérimentation. S'il est logique d'un point de vue médical comme économique de limiter le financement aux

⁷² Conseil économique, social et environnemental, Chassang M. et Gautier A., 2019, Avis n°14, Les maladies chroniques

⁷³ A cet égard, on peut penser que le déploiement du volet « accompagnement thérapeutique » dans le cadre de la télésurveillance préfigure le télésoin qui sera ouvert aux infirmiers.

solutions techniques qui ont fait leurs preuves, il n'est pas dit que la sélection inévitable entre ces logiciels à laquelle aboutira cette mesure soit forcément partagée par les utilisateurs (patients comme médecins) qui auront pu « s'habituer » à leur solution. Les débats autour du déremboursement de l'homéopathie ont montré l'attachement des patients pour les produits qu'ils utilisent régulièrement.

Les hôpitaux ont d'autant plus intérêt à s'entraîner avec la télésurveillance, que les logiciels comme Moovcare devraient à terme se multiplier. En effet, indépendamment du programme ETAPES, certaines solutions vont obtenir une tarification. Au cours de l'entretien avec le conseiller télémédecine à la DGOS, il était ressorti qu'une autre solution dans le domaine de l'insuffisance cardiaque avait déposé un dossier pour obtenir un remboursement pérenne.

En parallèle de ces cas précis, d'autres logiciels de télésurveillance sont passés par un autre biais, le financement de l'innovation permis par l'article 51 LFSS (ex : la télésurveillance dans le cadre du diabète gestationnel). Compte tenu des bornes réglementant la télémédecine, il est possible que certains sujets relatifs à cette activité se présentent via des voies détournées (notamment le champ de l'article 51), en attendant une possible ouverture plus large.

Enfin, en modifiant l'organisation de certains parcours de soins, la télémédecine conduit à renforcer pour les centres de référence un rôle de coordination (ex : polyhandicap, etc...). En définitive, il appartient aux équipes administratives comme soignantes d'être réactives face aux projets lancés par les pouvoirs publics ou pour mettre en place leurs propres initiatives.

3.1.3 Communiquer et former tous les professionnels de santé

En tant que principaux utilisateurs, les médecins ont besoin d'être accompagnés dans l'utilisation des solutions techniques mises en place dans le cadre de la télémédecine. Cette formation est d'autant plus nécessaire qu'à l'heure actuelle, ces outils ne s'articulent pas encore avec les logiciels métiers des établissements de santé, ce qui complique les interfaces entre ces dispositifs. En parallèle, il convient de rappeler le cadre réglementaire (dossier patient, responsabilité médicale, etc...), ainsi que certaines bonnes pratiques. Un guide notamment destiné au bon déroulé des téléconsultations permettra de rappeler quelques grands principes : temps de travail, tenue adaptée, etc...

Outre l'appréhension de ces dispositifs, il est souvent nécessaire de rassurer les professionnels de santé. Une interrogation qui revient souvent est celle du temps nécessaire à la réalisation de cette activité. En effet, de nombreux praticiens hospitaliers estiment faire face à une charge de travail qui ne leur permet pas d'absorber de nouvelles activités. Il ne s'agit pas d'espérer dégager du temps pour cette activité ou grâce à cette activité. Il s'agit plutôt de transformer des pratiques existantes pour les insérer dans le cadre offert à cette fin. De plus, la télémédecine ne concernera jamais l'ensemble de la patientèle, mais uniquement des situations spécifiques. Il faut souvent le rappeler : un hôpital sans soignants ni patients n'a pas de raison d'être. Certainement, comme le soulevait Jacques Lucas, « *dans un monde devenu de plus en plus technique et technologique, il sera impératif de renforcer les formations aux interrogations éthiques, aux relations humaines, à la déontologie professionnelle* ⁷⁴ ».

Une stratégie de communication a été décidée au niveau du Groupement, afin d'inciter les médecins à pratiquer la télémédecine. Elle se compose à la fois d'un flyer de communication commun sur l'ensemble des sites du groupement et accessible via l'Intranet (une synthèse des actes de télémédecine réalisés sur le GH et les coordonnées des référents), ainsi que de la réalisation de vidéos présentant les principales activités. Ces vidéos, qui auront vocation à être diffusées sur les réseaux sociaux, constituent par ailleurs un bon point d'entrée pour montrer l'offre de soin hospitalière. Au cours de mon stage, le service de dermatologie de l'hôpital Cochin a notamment participé au concours du Ministère de la Santé « *Parlez-nous de la télémédecine* »⁷⁵.

3.2 Participer aux orientations

En cette période transitoire, le cadre définitif reste encore à trouver. Et il appartient aux établissements de santé de participer aux évolutions à venir (3.2.1). En parallèle, les GHU de l'AP-HP doivent aussi interagir en interne pour la détermination de certaines orientations ou organisations (3.2.2).

⁷⁴ Techniques hospitalières, mai-juin 2019

⁷⁵ Réalisation et présentation d'une vidéo de l'activité de télédermatologie du Docteur Lheure au concours du Ministère de la Santé « *Parlez nous de la télémédecine* »

Lien du concours du Ministère : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/parlez-nous-telemedecine>

Lien de la vidéo (Compte du Ministère) : <https://www.dailymotion.com/video/x7cfk5y?playlist=x6f9zk>

3.2.1 Une participation en externe

Le cadre actuel de la télémedecine s'appuie encore dans une large mesure sur l'organisation et le fonctionnement de la medecine de ville⁷⁶, sans être toujours adapté aux particularismes hospitaliers (ex : le fonctionnement par service) ou à certaines situations propres à l'hôpital (ex : la prise en charge des détenus).

Sur ces deux aspects, les conditions notamment pour réaliser une téléconsultation facturable (le medecin en personne doit avoir vu le patient un an auparavant) réduisent considérablement les possibilités de recourir à de la télémedecine. Justement, les échanges réguliers que peuvent avoir les fédérations (notamment la FHF) mais aussi les sollicitations individuelles des hospitaliers (administratifs comme soignants) s'avèrent de puissants aiguillons pour faire évoluer le cadre de la télémedecine. Ainsi, des discussions sont en cours entre la DGOS et la CNAM pour intégrer une prise en charge via la télémedecine spécifique pour les détenus (suppression du rendez-vous préalable) et pour élargir le critère de la rencontre personnelle du medecin avec le patient au niveau du service (voire même du pôle). Si le service semble un échelon pertinent au sein de l'hôpital, le pôle ne reflète pas toujours, il me semble, une logique médicale. Il serait intéressant plutôt de placer le critère au niveau du parcours de soins⁷⁷.

Face à certaines lacunes de la réglementation, il est aussi possible de solliciter les interlocuteurs adéquats pour faire évoluer le cadre. Ainsi, des contacts avec l'ordre national des sages-femmes et les syndicats professionnels ont permis de réactiver le processus de discussion avec la CNAM afin de définir une tarification applicable.

Par ailleurs, le niveau de facturation des téléconsultations et des téléexpertises par le CNAM n'intègre pas les notions de complexité ou de pluriprofessionnalité nécessaires. Selon les professeurs Nathalie Salles Présidente et Thierry Moulin⁷⁸, ces critères supplémentaires permettraient de répondre à certaines situations où ce n'est pas seulement l'avis d'un professionnel qui est sollicité mais celui d'une équipe pluridisciplinaire. Plus spécifiquement, les montants de remboursement de la téléexpertise suscitent un débat qui dépasse le seul aspect financier, en étant directement lié aux outils. En effet, d'un côté,

⁷⁶ Une situation que déplorait d'ailleurs Claude Evin dans son article précité *Des limites (malheureusement) au développement de la télémedecine* (RHF mai-juin 2019) : « l'adaptation aux établissements de santé, naturellement, n'a pas été la préoccupation des partenaires conventionnels ».

⁷⁷ Dans le cas d'une opération chirurgicale, le binôme anesthésistes et chirurgiens.

⁷⁸ RHF, mai-juin 2019, *Télémedecine à l'hôpital, Comment la rendre plus attractive et incitative ?*,

les acteurs institutionnels (DGOS, ARS et CNAM) considèrent qu'en ouvrant une tarification à une activité déjà existante non-financée jusqu'alors, il s'agit d'une incitation forte pour enregistrer les activités de téléexpertise. De l'autre côté, les établissements de santé estiment qu'au regard des contraintes administratives (inscription du dossier patient, rédaction d'un CR), il n'est pas intéressant de procéder à la formalisation d'une téléexpertise. C'est un lobbying constant, aussi bien individuel que collectif qui permettra de mieux intégrer les spécificités des établissements de santé⁷⁹.

Enfin, le caractère encore expérimental de certaines activités de télémédecine induit parfois certains tâtonnements, qui pourraient, si on n'y prête pas suffisamment attention, engendrer des pratiques qui ne sont pas forcément les plus optimales par la suite (exemple ci-dessous).

Implicity ou la gestion d'un cas d'espèce

Implicity est une société à la lisière de la télésurveillance. En effet, elle propose un agrégateur de données des différents fabricants de prothèses cardiaques. L'intérêt pour le médecin est de disposer d'une plateforme unique qui recoupe l'ensemble des données des patients télésuivis, ainsi qu'un système d'alertes plus performant (par le biais d'un algorithme). Elle ne dispose pas de financement dédié particulier au programme de télésurveillance ETAPES. C'est une plus-value organisationnelle pour la télésurveillance (moins de temps passé par le professionnel de santé).

Toutefois, il s'agit d'un service payant. La question non-encore résolue reste à savoir qui doit payer entre les fabricants et les établissements de santé. Devant le refus des premiers, la société Implicity s'est tournée vers les seconds pour réclamer le versement d'une indemnité. Plusieurs établissements ont ainsi passé des contrats pour l'utilisation de cette solution (env. 35 € tout compris par patient).

Après le lancement d'un MAPA au niveau de l'AP-HP, des négociations ont eu lieu entre l'hôpital et la société pour parvenir à un compromis au niveau tarifaire notamment. La détermination d'un tel prix a suscité beaucoup de difficulté, eu égard au caractère évolutif de la matière et à la complexité pour évaluer la plus-value.

⁷⁹ Spécificités qui dépassent ici le cadre hospitalier mais concerne bien tous les établissements de santé, publics comme privés. La référente sur la télémédecine de l'hôpital Foch avait le même point de vue.

Surtout, le positionnement de cette société pourrait avoir un effet boule-de-neige, incitant d'autres sociétés à intervenir comme intermédiaire. En effet, alors que les logiciels de télésurveillance se multiplient, l'absence d'interopérabilité renforce les besoins d'une plateforme unique pour les professionnels de santé.

3.2.2 Une participation en interne :

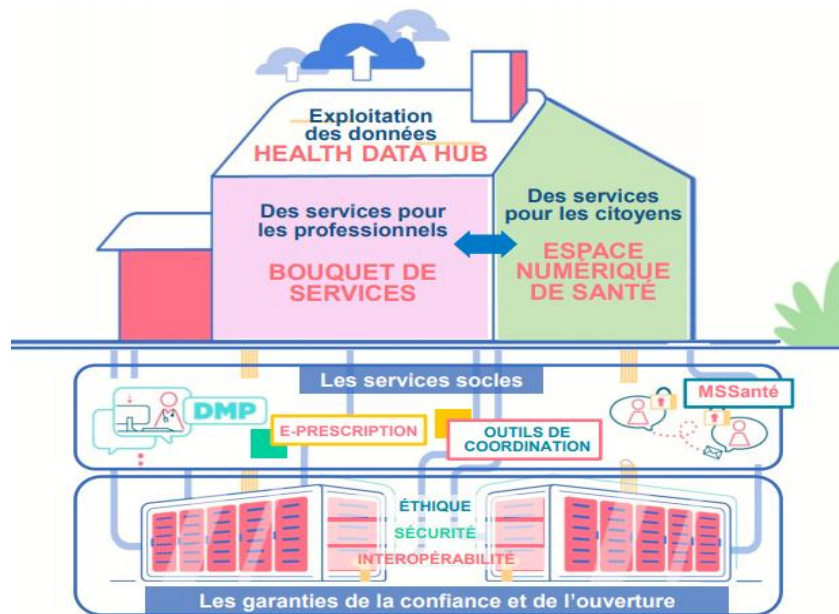
A cette participation aux orientations nationales, s'ajoute une contribution plus spécifique au niveau local. En effet, l'AP-HP dispose en son sein de plusieurs entités dont le GHU APHP.Centre Université de Paris. Dès lors, ces différents groupements sont amenés à se concerter et à définir des modalités d'organisation qui permettent une réponse la plus rapide et la plus adaptée possible. A cet égard, le passage de la télémédecine à une nouvelle échelle, en parallèle du regroupement interne des établissements de l'AP-HP a contribué à modifier les processus. A titre d'exemple, le circuit de signature des conventions de télésurveillance a été revu pour tenir compte des nouvelles répartitions de compétence entre les GHU et le Siège de l'AP-HP. De même, avec le resserrement des équipes locales, les référents des GHU ont pu intégrer le COPIL Télémédecine inter-directions du Siège, ce qui ouvre un espace de dialogue à plusieurs niveaux.

Toutefois, les efforts au niveau local pour déployer la télémédecine dépendent largement, dans les prochaines années, des moyens mis en œuvre au niveau national.

3.3 La contribution nécessaire des pouvoirs publics dans le déploiement de la télémédecine

Certaines des difficultés identifiées pour assurer un bon déploiement de la télémédecine ne relèvent pas du niveau local, mais d'arbitrages nationaux. A cet égard, la publication au cours du premier semestre 2019 de la feuille de route du Ministère sur le numérique en santé pour 2019-2022 a constitué une avancée indéniable, la plupart des préconisations intégrant même la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé⁸⁰.

⁸⁰ Cette loi contient d'ailleurs un volet entier dédié au numérique en santé (titre III intitulé "Développer l'ambition numérique en santé", articles 41 à 55).



(Schéma représentant les différents étages de la santé numérique,
in *Feuille de route sur le numérique en santé*, 2019)

Outre certains aspects généraux autour de l'e-santé, qui concerneront incidemment la télémédecine⁸¹, certains axes de la feuille de route auront un impact direct sur le déploiement de la télémédecine en France, notamment les actions 6 sur l'interopérabilité des systèmes d'information en santé, avec notamment ses volets sur l'identifiant national de santé (INS)⁸² et 8 sur l'opposabilité des référentiels d'interopérabilités commun⁸³. Très clairement, le possible interfaçage de l'ensemble des logiciels, outre une simplification drastique du travail des professionnels (aussi bien administratifs que soignants), facilitera le suivi et la facturation des activités de télémédecine. Ce n'est pas un hasard si il figure parmi les fondations du schéma sur le numérique en santé. Cette question de l'interopérabilité est d'ailleurs spécifiquement prévue pour la télémédecine (action 18), via « l'enrichissement du cadre d'interopérabilité de volets utiles à la télémédecine » (oct.

⁸¹ On peut penser notamment à son axe 1 qui vise à renforcer la gouvernance du numérique en santé, en mettant en place une agence du numérique en santé, au lieu des multiples interlocuteurs existants jusqu'alors, ce qui devrait faciliter la coordination à l'avenir sur ces sujets. C'était d'ailleurs une préconisation du Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques dans son rapport Industrie du futur - enjeux et perspectives pour la filière industries et technologies de santé, juin 2019.

⁸² Phase pilote 2020 / Généralisation 2021

⁸³ Prévues initialement pour 2020 et inscrites à l'article 44 de la nouvelle loi santé. Selon cet article, à compter du 1er janvier 2023 au plus tard, l'attribution de fonds publics pourra être conditionnée à des engagements de mise en conformité.

2019). Elle s'accompagne d'un appui au déploiement (2018-2022). Une interopérabilité entre les logiciels permettra par exemple de faciliter la formalisation des activités de téléexpertise, sans passer par des recopies d'information, chronophages en temps.

Dans la même idée, le lancement de l'Espace numérique de Santé est aussi porteur d'ambitions qui intéressent fortement le champ de la télémédecine puisqu'il devrait intégrer des outils permettant cette activité (action 15)⁸⁴. Cette solution pourrait aussi remplacer les outils régionaux de santé (notamment dans le cadre des téléconsultations). Cet espace s'inspire de ce qui existe déjà, notamment en Norvège. Ainsi, en Norvège, « *via (un) portail national de santé mis en place il y a six ans, les Norvégiens ont accès à plusieurs types d'information les concernant : ils peuvent notamment accéder à leurs prescriptions ainsi qu'au calendrier de leurs prochains rendez-vous médicaux. Depuis, le portail permet également de pratiquer une e-consultation* »⁸⁵.

Toutes ces avancées dont la mise en œuvre va jusqu'en 2022 vont modifier considérablement le cadre de la télémédecine. Elles devraient permettre de faire un saut qualitatif dans les dispositifs existants, et faciliter l'usage quotidien de la télémédecine.

Au résolution de ces aspects techniques, s'ajoutent les aides à l'organisation à travers la publication de guides pratiques. La Haute autorité de santé a par exemple rédigé plusieurs guides et rapports sur la télémédecine parus en juin 2019⁸⁶, et qui constitue des documents synthétiques utiles à qui voudrait débiter une activité de télémédecine dans les prochaines semaines. Ces guides devraient s'accompagner de l'enrichissement du cadre d'interopérabilité « de volets utiles à la télémédecine » en octobre 2019⁸⁷. Au cours des échanges avec la DGOS pour la rédaction de ce mémoire, une demande formalisée de guide spécifique pour les conventions de télésurveillance, eu égard aux différents aspects qu'elle peut revêtir (protection des données, recherche, ...) a été formulée. Ce guide coécrit avec la CNIL devrait paraître dans les prochains mois. Il n'est toutefois pas prévu à l'heure actuelle de fournir un référentiel des bonnes pratiques par le CNEMDITS.

Par ailleurs, examiner le fonctionnement d'une politique publique doit aussi se faire à l'aune des moyens accordés. Même au sein du secteur de la santé, la question du juste

⁸⁴ Sans disposer à l'heure actuelle de détails plus précis sur les modalités pratiques. Néanmoins, l'article 45 de la nouvelle loi santé prévoit un système opérationnel au 1^{er} janvier 2022.

⁸⁵ Lucas E. 2016, La place des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans l'organisation de l'offre de soins hospitalière : regards croisés entre France et Norvège sur le développement de la télémédecine et de l'e-santé.

⁸⁶ HAS, Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques, juin 2019

⁸⁷ La HAS réfléchit aussi à la mise en place d'un Observatoire sur la télémédecine.

financement constitue une donnée à ne pas négliger. Elle peut constituer un frein ou un levier puissant dans la mise en œuvre et le déploiement de la télémédecine sur le territoire. Ici, les besoins initiaux d'équipement et d'installation des établissements de santé sont considérables⁸⁸, auxquels il convient d'ajouter les actions de formation et de familiarisation des publics concernés⁸⁹. De plus, à ces coûts de départ, il ne faut pas négliger le financement continu des projets. Or, dans une matière aussi évolutive, il est difficile d'assurer toujours la pérennité des financements. Justement, de nombreuses expérimentations de télémédecine initiées via des subventions (généralement le fonds d'intervention régional)⁹⁰ vont arriver à échéance⁹¹. Or, la compensation financière de ces postes via la facturation standardisée des activités de télémédecine paraît difficile. Le modèle économique ne semble pas encore trouvé. Surtout qu'en parallèle, un effet ciseau négatif pour les établissements de santé pourrait survenir, avec une baisse des hospitalisations grâce à une meilleure prise en charge de long terme par le biais de la télésurveillance⁹².

Comme indiqué précédemment⁹³, certaines expérimentations au niveau de la télésurveillance devront prouver leur service médical rendu. En effet, l'Assurance-Maladie a vocation à rembourser seulement les produits qui apportent une plus-value pour la santé du patient. Dès lors, bon nombre de dispositifs perdront leurs remboursements. En dépit de cette incertitude – logique -, il convient de ne pas trop bouleverser le cadre financier. Or, certains forfaits de télésurveillance ont vocation à s'inscrire dans un forfait plus global propre aux malades chroniques, constituant l'un des nouveaux financements mis en place dans le cadre de la loi Santé 2019⁹⁴. A court terme, les expérimentations doivent concerner deux pathologies actuellement inscrites dans le programme ETAPES : le diabète et l'insuffisance rénale chronique. Si à l'heure actuelle une disparition immédiate des forfaits de la télésurveillance pour ces pathologies n'est pas à l'ordre du jour, leur intégration à plus

⁸⁸ Cette politique de mise à niveau technologique nécessiterait par exemple pour la prise en charge des plus âgés 3,5 milliards d'euros (Md€) sur dix ans, soit un effort d'investissement de 5 000 € par place (FHF, Aquino JP et Bourquin M, Quel usage des nouvelles technologies pour répondre au défi du grand âge ?, juin 2019)

⁸⁹ Comme le rappelle le CESE dans son avis sur les maladies chroniques, il est essentiel que les potentialités de la télémédecine puissent bénéficier à tous et toutes. Il recommande à cet égard une action résolue en direction des publics éloignés du numérique.

⁹⁰ Financement de personnels médicaux et non-médicaux pour réaliser une activité de télémédecine à l'époque non-facturée.

⁹¹ Tel-derm aux Hôpitaux universitaires Henri-Mondor,

⁹² La possibilité d'une compensation à travers un système de bonus financier ne permettra certainement pas aux établissements de s'y retrouver du point de vue budgétaire.

⁹³ Sous-partie 3.1.2

⁹⁴ S'appuyant en ce sens sur le rapport Réforme des modes de financement et de régulation sous la direction de Jean-Marc Aubert et publié en janvier 2019.

ou moins long terme dans un forfait global est certaine. Des montants dévolus à la partie relevant de la télésurveillance dépendront pour beaucoup du succès de son déploiement.

Enfin, dernier sujet, et non des moindres : la lisibilité des dispositifs et leur pérennité. S'il est certes difficile de maintenir un cadre dans une matière aussi évolutive et touchée par les progrès technologiques, il importe de stabiliser sur la durée certaines des expérimentations actuelles, tout en accordant suffisamment de souplesse aux acteurs au niveau local pour qu'ils puissent explorer de nouvelles voies⁹⁵. Une fois cette phase transitoire terminée, la première des actions des pouvoirs publics devra être de « *laisser du temps au temps* ». En effet, les acteurs, pour pleinement s'engager sur ce sujet, ont besoin de visibilité sur le long terme⁹⁶.

⁹⁵ S'interrogeant sur les moyens pour favoriser l'innovation, le rapport Pipame recommande par exemple la « *création d'une filière multi-industriels d'accompagnement au parcours réglementaire et à la pré-validation des innovations* ».

⁹⁶ S'appuyant en ce sens sur le rapport Réforme des modes de financement et de régulation sous la direction de Jean-Marc Aubert et publié en janvier 2019.

Conclusion

Pour conclure, on pourrait faire nôtre l'optimisme de l'assertion de Pierre Derrouch sur le numérique, qui vaut tout autant pour la télémédecine : « *Alors, pas d'hésitation, nous avons tant à attendre du numérique. Les opportunités ne manquent pas : qualité de service, de gestion économique et financière, de pilotage, et qualité des soins bien entendu. Devant pareil enthousiasme, on a envie d'y aller tête baissée, sans pause cette fois.* »⁹⁷

La révolution annoncée maintes fois se déroule désormais sous nos yeux. Demain est déjà aujourd'hui. Téléconsultations en hypertension artérielle, téléexpertises en dermatologie, télésurveillances en diabétologie et téléinterprétations en ophtalmologie ont lieu tous les jours, facilitant la vie des professionnels de santé comme des patients, ouvrant la voie à de nouvelles prises en charge, créant de nouveaux ponts entre l'hôpital et la ville. Forcément, pour un groupement hospitalier universitaire de la taille d'APHP.Centre – Université de Paris, la télémédecine est un atout indéniable, vis-à-vis de son personnel comme de ses patients, mais aussi comme vitrine et outil de coopération dans ses relations avec la médecine de ville.

Le passage à grande échelle de la télémédecine ne doit jamais faire oublier que l'intérêt premier reste d'offrir aux patients la prise en charge la plus adaptée à leurs besoins, sans pour autant déshumaniser les soins. Dans le chemin du progrès, l'hôpital ne doit pas laisser au bord de la route ce qui le caractérise le plus intrinsèquement : l'hospitalité. Le soin sera toujours chargé d'une dimension humaine. S'il faut, pour reprendre la formule de Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP⁹⁸, favoriser une médecine personnalisée, c'est-à-dire la plus proche des besoins du patient, il faut prévenir une médecine dépersonnalisée, c'est-à-dire une relation soignant-soignée effacée par l'intermédiation de la machine. Par ailleurs, la télémédecine ne saurait constituer la solution miracle et pérenne à la problématique durable que sont les déserts médicaux. Mais, elle peut utilement apporter sa contribution sur ce sujet.

La télémédecine est passée de technique future à pratique actuelle ; pourtant, l'essentiel est en devenir. On a accosté sur la *terra incognita* : il reste encore à la cartographier, à en

⁹⁷ DSIH, *Télémédecine : l'aube d'une nouvelle ère ?*, mai 2019

⁹⁸ Interview de Martin Hirsch, PuMS_L'Émission Santé (Chaîne youtube de l'Université de Paris), juin 2019

parcourir toutes ses aspérités. Ici, en dépit d'un cadre qui a désormais le mérite d'exister et d'encourager – jusqu'à un certain point – le développement de la télémédecine, bien des choses restent à régler. Comme le relevait le docteur Tu-Anh Duong, « *si on veut que la télémédecine fonctionne, il faut faire gagner du temps à tout le monde* ». C'est là tout le travail des premiers pionniers que d'explorer de nouvelles voies et proposer des solutions à même de répondre et de permettre le déploiement de la télémédecine au sein du GHU et dans toute la France. A l'aune du tout numérique dans la santé avec l'arrivée notamment de l'intelligence artificielle, les perspectives d'amélioration dans les prises en charge liées à la médecine à distance dépassent parfois le seul cadre de cette problématique. Comme un écho déformé d'une perspective plus large.

Accorder l'instrument polyphonique qu'est la télémédecine, est assurément un travail de titan. Mais, l'ampleur de la tâche ne doit jamais décourager les efforts pour avancer. A toute odyssee, il y a une fin heureuse.

Bibliographie

Ouvrages

- ▣ Aigouy C. et Vioujas V., *La télémédecine dans les établissements de santé*, Les Etudes hospitalières, 2014,
- ▣ Bardy P., *L'humain à l'épreuve de la télémédecine – pour une éthique du télésoin sensible à la personne.*, 2019., 256 p.
- ▣ Déclas C., *Quel(s) usage(s) de la télémédecine en milieu hospitalier ? De la mise en place d'un projet pilote au déploiement de la télémédecine au CHU Necker-Enfants malades*, EHESP, 2017, 62 p.
- ▣ Fieschi M., *Traitement des données en santé - approches systémiques*, Editions ISTE, 2018
- ▣ Lucas E., *La place des nouvelles technologies de l'information et de la communication dans l'organisation de l'offre de soins hospitalière : regards croisés entre France et Norvège sur le développement de la télémédecine et de l'e-santé*, Presses EHESP, Rennes, Novembre 2016, 31 p.
- ▣ Majnoni d'Intignano B., *Santé et économie en Europe: « Que sais-je ? »*, n° 3620, Presses Universitaires de France, Paris, Juin 2016, 128 p.
- ▣ Simon Pierre, *Télémédecine : enjeux et pratiques*, Editions Le Coudrier, 2015, 190 p.

Articles de périodique, Revues

- ▣ Anonyme, « *Les médecins jugent « scandaleux» le deuxième avis médical en ligne pour 295€* », La dépêche, décembre 2015
- ▣ Anonyme, *L'ARS Hauts-de-France ouvre un service numérique régional pour la téléconsultation*, APMNews, juin 2019
- ▣ Anonyme, *Télémédecine: l'hôpital Emile Roux déploie son offre de soins dans le Sud-Est francilien*, Hôpitaux universitaires Henri Mondor, juillet 2019
- ▣ Bienvault P., *La téléconsultation peine à décoller en France*, La Croix, mai 2019

- ▣ Chambard C., *Comment accélérer le déploiement de l'e-santé en France ? Rôle des principaux acteurs dans le diabète*, Les tribunes de la santé, Revue trimestrielle, Printemps 2019 : Dossier Santé Digitale
- ▣ Clinkemaillié T., *Comment l'hôpital se transforme avec le numérique ?*, Les Echos, août 2019
- ▣ Collectifs d'auteurs, *Télémédecine : l'aube d'une nouvelle ère ?*, Revue DSIH, mai 2019
- ▣ Collectifs d'élus, *Tribune sur l'accès aux soins*, Journal du Dimanche, mai 2019
- ▣ Evin C., *Des limites (malheureusement) au développement de la télémédecine*, Revue Hospitalière de France, mai-juin 2019
- ▣ Fagot V., *Les ambitions mondiales de Stanislas Niox, le patron de Doctolib*, Le Monde, mai 2019
- ▣ Grimaldi A., *La télémédecine va-t-elle bouleverser la relation médecin-malade ?*, Les tribunes de la santé, Les tribunes de la santé, Revue trimestrielle, Printemps 2019 : Dossier Santé Digitale, 2019
- ▣ Lemoine-Lestoqoy et al., *Evolution numérique et relation de soins : une révolution ?*, Risques & Qualité en milieu de soins, 2019, Volume XVI, n°2
- ▣ Moreaux R., *L'ANSM ouvre une consultation publique sur la cybersécurité des dispositifs médicaux*, Techopital, 2019
- ▣ Nguyen T. et de Foucaud I., *Télémédecine: le (futur) big business qui agite le monde de la santé*, Challenges, mars 2019
- ▣ Salles N. et Moulin T., *Télémédecine à l'hôpital, Comment la rendre plus attractive et incitative ?*, Revue Hospitalière de France, mai-juin 2019
- ▣ Thorigny M., *Le développement de la télémédecine, une question de financement ? Un éclairage par l'analyse lexicométrique du discours parlementaire*, Journal de gestion et d'économie médicales, 2018
- ▣ Watremetz L. *Le GIP e-santé Centre-Val de Loire souligne le doublement des actes de télé-expertise*, Hospimedia, juin 2019
- ▣ Zirar W., *Télémédecine : près de 8.000 actes pris en charge par l'assurance maladie*, TICSanté, mars 2019
- ▣ Zirar W., *Entretien de Mme Ghislaine Alajouanine*, TICSanté, mai 2019

Etudes, rapports, guides

- ▣ ANAP, *La Télémédecine en action : Construire un projet de télémédecine*, 2016
- ▣ Conseil national de l'Ordre des médecins, *Vade-mecum Télémédecine*, 2014

- Conseil économique, social et environnemental, Chassang M. et Gautier A., 2019, Avis n°14, Les maladies chroniques
- DGOS, Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine
- Direction interministérielle à la transformation publique, Transformation numérique des métiers publics : 10 nouveaux métiers passés à la loupe, Juillet 2019
- FHF, Aquino JP et Bourquin M, Quel usage des nouvelles technologies pour répondre au défi du grand âge ?, juin 2019
- HAS, Téléconsultation et téléexpertise : guide de bonnes pratiques, juin 2019
- Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques, Industrie du futur - enjeux et perspectives pour la filière industries et technologies de santé, juin 2019
- Pôle interministériel de prospective et d'anticipation des mutations économiques, E-santé : faire émerger l'offre française, 2016

Textes juridiques

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (art. 78)

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (art. 54)

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine modifié par le Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine

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

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

La lettre réseau LR-DDGOS-73/2018 du 28 décembre 2018

Sites internet, ressources en ligne

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>

<https://www.has-sante.fr/portail/>

<https://www.ameli.fr/>

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/>

Conférences

- Santé numérique de demain : La e-santé et l'intelligence artificielle à l'assaut du système de santé – 28 mars 2019, 8h30 – 18h00, Paris (Retours d'expérience de la télémédecine)
- Les 16èmes Rencontres de Transfert de Technologie de l'AP-HP - APinnov 2019, 14/05/2019, 9h00 – 14h00, Paris (Innovations et télé-pathologies)
- Paris HealthCare Week, les 21, 22 & 23 mai 2019 :
 - La contribution de Doctolib au plan Ma Santé 2022
 - Déploiement d'une plateforme de télémédecine nouvelle génération en Bourgogne : comment conduire le changement et accompagner les usages
 - apTeleCare, solution de télésurveillance médicale à distance : retour sur un an d'expérimentation dans le cadre du programme ETAPES
 - HIT SUMMIT – L'apport de l'IT dans la prévention et la PEC des maladies chroniques
 - Télémédecine : Pour qui, pour quoi, pour quand ?
- Journées Arkea/EHESP, Nouveaux usages, nouvelles réglementations à l'ère de l'hôpital connecté le 7 juin 2019 9h30-16h30
- Cercle ANAP « Le numérique en santé » : Mieux exploiter les données et technologies au bénéfice de tous, 13 juin 2019
- Paris capitale européenne de l'Innovation en Santé, 19 juin 2019
- 10^e Journée nationale des Innovations hospitalières, 24 juin 2019
- Innover en santé – Journée francilienne de la Recherche et de l'Innovation, 26 juin 2019

Autres ressources utilisées

- Audition par la Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat de Mme Ghislaine Alajouanine, Présidente du Haut Conseil Français de la Télésanté et de l'Académie Francophone de Télémédecine et d'e-Santé, mai 2019
- Audition par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale de Mme Agnès Buzyn, Ministre des solidarités et de la santé (Printemps de l'évaluation), juin 2019
- Interview de Martin Hirsch, Directeur général de l'AP-HP par PuMS_L'Émission Santé (Chaîne youtube de l'Université de Paris), juin 2019

- Reportage de France 3 Régions Bourgogne-Franche-Comté, Pourquoi la télémédecine se développe en Bourgogne ?, mai 2019
- Reportage de Franceinfo, Pourquoi la téléconsultation peine à se généraliser ?, mai 2019

Liste des annexes

▣ Annexe 1 – Liste des entretiens

▣ Annexe 2 – Présentation de la télémédecine aux médecins

Annexe 1 : Liste des entretiens

Acteurs au sein de l'APHP

- Pierre Rosmorduc, directeur adjoint des finances référent administrative télémédecine des Hôpitaux universitaires Paris Nord Val de Seine, le lundi 8 avril 2019
- Hélène de Bonnières, directrice adjointe des affaires médicales et référente administrative télémédecine APHP.Sorbonne Université, le lundi 8 avril 2019
- Julie Valette, référente administrative télémédecine aux Hôpitaux universitaires Necker-Enfants malades le mardi 23 avril 2019
- Docteur Thomas Blauwbomme, référent médical télémédecine aux Hôpitaux universitaires Necker-Enfants malades le mardi 23 avril 2019
- Juliette Bonnetat, chargée de mission et référente administrative télémédecine aux Hôpitaux universitaires Robert Debré le lundi 13 mai 2019.
- Docteur Tu-Anh Duong, référente médicale télémédecine des Hôpitaux universitaires Henri-Mondor le mardi 4 juin 2019
- François Crémieux, Directeur général adjoint de l'AP-HP le mardi 11 juin 2019
- Docteur Nicolas Postel-Vinay, référent médical télémédecine des Hôpitaux universitaires Paris Ouest, le jeudi 13 juin 2019
- Benoit Sevcik, Directeur général adjoint des Hôpitaux universitaires Paris Mondor, référent administratif télémédecine le 8 août 2019
- Professeur Elisabeth Schouman-Claeys, référente télémédecine de l'AP-HP le 20 août 2019

Acteurs au sein des établissements de santé hors APHP

- Julien Gallaud, élève directeur d'hôpital et référent télémédecine par intérim au CHU de Rouen, le jeudi 16 mai 2019
- Guillaume Caro, Secrétaire général du GHT 44 (CHU de Nantes) et référent télémédecine, le jeudi 6 juin 2019

- ▣ Maria Torres, Chargée de mission sur les coopérations de l'Hôpital Foch le mardi 6 août 2019
- ▣ Armelle Drexler, Directrice des affaires médicales des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg le vendredi 9 août 2019
- ▣ Professeur Emmanuel Andrès, Chef de service Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg le mardi 20 août

Acteurs au sein des administrations publiques

- ▣ Docteur Yann-Maël Le Douarin, Conseiller médical télémédecine au sein de la Direction générale de l'offre de soins [Ministère des solidarités et de la santé], le vendredi 21 juin 2019
- ▣ Marc Fumey, Adjoint au chef du Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours (SA3P) [Haute Autorité de Santé] le lundi 1^{er} juillet 2019
- ▣ Un membre du Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé [Haute Autorité de Santé] le lundi 8 juillet 2019
- ▣ Céline Lagrée, Chargé de mission Télémédecine au sein de l'ARS Ile-de-France, le lundi 15 juillet 2019

Acteurs au sein des sociétés privées

- ▣ Louis Rouxel, cofondateur de Nomadec le mardi 2 avril 2019
- ▣ Alexandre Maisonneuve, cofondateur de Qare le jeudi 4 avril 2019

Annexe 2 : Présentation aux médecins

Télémédecine : présentation



ORTIF : un outil régional pour le déploiement de la télémédecine



Remarque : ORTIF n'est pas encore lié aux logiciels de l'APHP. Travail en cours pour coupler ORTIF/ORBIS (pas avant fin 2019)

Conditions de réalisation et de facturation : actes de Téléconsultation

- **Conditions de réalisation : patient orienté dans le cadre d'un parcours de soins coordonné et devant être connu du médecin qui réalise la TC, sauf urgences**
- **Conditions de facturation : mêmes règles que les autres consultations facturables en établissement de santé (majorations de nuit et fériés)**
 - ▶ Attention, exclusion des patients hospitalisés (prise en charge assurée par le régime des PIE)
- **2 types de tarifs :**
 - ▶ TCG : 25€ + MCG (Majoration Coordination Généralistes) 5 €
 - ▶ TCS: 23 € (TCY 29 € pour psy., neuro., neuropsy; 58,5 € psy. pour TC dans les 2 jours ouvrables à la demande du MT) + MCS
- **=> Des modalités de facturation en place depuis le 1er septembre 2018**
 - ▶ Facturation possible avec mise à jour du logiciel juin 2019

3

Conditions de réalisation et de facturation : actes de Téléexpertise

- **Conditions de réalisation : échange direct ou différé entre deux médecins, via une messagerie sécurisée, sur les données du dossier médical d'un patient (clichés, tracés, analyses) avec consentement patient**
- **Conditions de facturation (depuis 10/02/2019)**
 - ▶ Patients en affection longue durée (ALD).
 - ▶ Patients atteints de maladies rares (ex. mucoviscidose ou hémophilie).
 - ▶ Patients résidant en zones dites sous denses
 - ▶ Patients résidant en EHPAD ou dans des structures médico-sociales
 - ▶ Détenus
- **Deux niveaux de tarifs (cumulables) selon complexité du dossier et fréquence :**
 - ▶ **Niveau 1 (12 € dans la limite de 4 actes annuels/patient) :** question circonscrite qui ne nécessite pas de réaliser une étude approfondie de la situation médicale du patient (ex : lecture de photos pour une lésion cutanée)
 - ▶ **Niveau 2 (20 € dans la limite de 2 actes annuels/patient) :** réponse à une situation médicale complexe après étude approfondie.
- **Incitation vers la médecine de ville (forfait annuel de 500€ par médecin)**

4

DELMAS	Nicolas	<Date du jury>
Elèves directrices et directeurs d'hôpital Promotion 2019		
Télémédecine : déclinaison du nouveau cadre réglementaire au sein d'un hôpital L'exemple du Groupe hospitalier universitaire APHP.5		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP		
<p>Résumé :</p> <p>Avec un nouveau cadre réglementaire et une nouvelle ambition financière, et si 2019 était l'année de la télémédecine ? Un changement de paradigme qui doit encourager tous les établissements de santé à s'inscrire dans ce virage. Le groupe hospitalier universitaire APHP.Centre – Université de Paris n'y fait point exception.</p> <p>En bouleversant l'organisation des parcours de soins et le fonctionnement de notre système de santé, la télémédecine est une opportunité disruptive, qui implique de bien appréhender certains points de vigilance.</p> <p>Toutefois, ses atouts indéniables doivent inciter les acteurs à s'emparer de ces activités. Après tout, cela fait déjà quelques années que les professionnels de santé, à l'instar de Monsieur Jourdain qui « fait de la prose sans le savoir », pratiquent la médecine à distance sans en avoir toujours conscience. La télémédecine annoncée partout reste encore assez méconnue.</p> <p>Reste à adapter les usages à la réglementation, à inscrire les activités hospitalières dans le cadre de la télémédecine. C'est un travail collectif qui implique de nombreux acteurs, et nécessite un engagement constat. En effet, la télémédecine est encore dans une phase transitoire, et déjà de futurs chantiers arrivent. Réussir l'inclusion de la télémédecine d'aujourd'hui permettra de préparer et d'être prêt pour la médecine à distance de demain.</p>		
<p>Mots clés : FRANCE, TELEMEDECINE, INNOVATION TECHNOLOGIQUE, TIC, INFORMATIQUE, TELECONSULTATION, TELECONSULTATION, TELEXPRTISE, TELESURVEILLANCE, E-SANTE, AP-HP</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		

