



EHESP

**Elèves directrices et directeurs
d'hôpital**

Promotion : **2019-2020**

Date du Jury : **Octobre 2020**

**Le déploiement de la télémédecine :
les conditions de sa généralisation aux
niveaux national et territorial
Exemple du GHU APHP. Henri Mondor**

USMAN MOHAMMAD

Remerciements

Je tiens à remercier, M. Benoît Sevcik, mon maître du stage et le Directeur général adjoint du GHU Henri Mondor, qui m'a encouragé à choisir cette thématique pour mon mémoire. Le fait de travailler sur ce sujet durant toute la période de mon stage m'a aidé à comprendre les enjeux globaux et sous-jacents de la télémédecine.

Je remercie Mme Edith Benmansour, Directrice générale du GHU Henri Mondor, pour ses encouragements et les échanges enrichissants que j'ai pu avoir sur ce sujet avec elle.

Je souhaiterais également remercier M. Bertrand Vigneron, mon référent mémoire, qui a accepté de m'accompagner très tôt dans ce parcours. Je le remercie pour son niveau d'exigence et sa disponibilité sur plusieurs mois. Les échanges avec lui ont été très enrichissants et m'ont permis de progresser sur plusieurs points majeurs.

Je voudrais aussi remercier, M. Richard Rouxel, Directeur de la filière DH, qui a accepté d'assurer la relecture de ce mémoire. Ses conseils m'ont permis d'avoir un recul considérable sur le sujet afin de mieux saisir les enjeux globaux.

J'adresse mes remerciements aux référents télémédecine au GHU, Dr Tu-Anh Duong et Mme Mégane Doni, qui m'ont accompagné dans la découverte de ce sujet et pour avancer sur les aspects techniques.

Je remercie toute l'équipe de Direction pour leur accueil. Les nombreux échanges au cours de l'année, notamment avec Delphine Fichon et Fabien Gourdon, m'ont permis de mieux d'anticiper les enjeux et les échéances du mémoire.

J'ai également de la reconnaissance envers les référents des projets de télémédecine du GHU, médias et administratifs, qui ont accepté de me recevoir et échanger avec moi sur leur projet.

Pour terminer, je remercie bien entendu l'EHESP qui nous propose un cadre académique et professionnel incomparable afin de nous accompagner vers nos futurs métiers.

Sommaire

Introduction	1
1 Le déploiement de la télémédecine, dans un cadre expérimental et financièrement restrictif, a été accéléré pendant la crise sanitaire, mais sa généralisation demeure incertaine face à l'incitation financière insuffisante et la présence d'obstacles administratifs et techniques	5
1.1 Initiée dans un cadre expérimental et restrictif, la télémédecine a été conçue pour répondre à des besoins spécifiques des populations et des territoires	5
1.1.1 Le développement progressif et précautionneux de la télémédecine dans une logique de réponse aux besoins spécifiques des populations et des territoires....	5
1.1.2 Inscription dans un cadre expérimental et financièrement restrictif de la télémédecine pour rationaliser et moduler son offre	6
1.1.3 Des avancées relativement timides de la télémédecine comparées aux pays voisins	8
1.2 Si la fin partielle du cadre expérimental a permis d'introduire la télémédecine dans le droit commun, la question concernant son financement pérenne et sa valorisation financière demeure	11
1.2.1 La fin partielle de l'expérimentation avec l'entrée progressive dans le droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise.....	11
1.2.2 Des difficultés pour trouver un modèle financier pérenne et pour mettre en place une valorisation financière adéquate de l'activité de la télémédecine.....	12
1.2.3 L'existence des difficultés administratives explique en partie l'ampleur faible de la généralisation des activités de la télémédecine	13
1.3 La crise sanitaire liée au COVID19 a bouleversé le cadre administratif et financier de la télémédecine en accélérant sa généralisation tout en exacerbant la fracture numérique.....	14
1.3.1 Le bouleversement du cadre réglementaire existant en raison de la crise sanitaire avec la suppression des restrictions administratives et financières	14
1.3.2 La généralisation « subie » de la télémédecine en ville et à l'hôpital	15
1.3.3 La généralisation de la télémédecine a exacerbé la fracture numérique déjà existante.....	17
2 Le pilotage au niveau territorial a permis de déployer la télémédecine en cohérence avec les besoins locaux, mais la pérennisation des projets demeure incertaine en raison des difficultés financières et des intérêts divergents entre les acteurs	19

2.1	Le pilotage médico-administratif, au niveau central à l'APHP et au niveau du GHU, permet de développer les projets de télémédecine en adéquation avec les besoins locaux	19
2.1.1	La stratégie numérique régionale en cohérence avec la stratégie nationale permet à l'APHP de propulser de nombreux projets dans ses territoires.....	19
2.1.2	Les caractéristiques territoriales du département de Val-de-Marne offrant des conditions propices au développement des projets de télémédecine	21
2.1.3	La cartographie des projets de télémédecine au niveau du GHU souligne l'existence d'un dynamisme propulsé par le binôme médico-administratif.....	22
2.2	Les difficultés liées à la fois au financement des dispositifs et aux compromis à trouver face aux intérêts divergents peuvent freiner le développement de certaines activités de télémédecine	24
2.2.1	Articulation difficile entre la ville, l'hôpital et les établissements médico-sociaux afin de mettre en place un parcours de soins dédié	24
2.2.2	Des difficultés financières et administratives pour développer certains projets de télémédecine.....	25
2.2.3	Des difficultés matérielles et techniques rendant difficile la généralisation de certains dispositifs de télémédecine.....	27
2.3	Si la télémédecine est devenue indispensable pendant la crise sanitaire au GHU, elle peine à être considérée comme un élément structurant de l'offre de soins	28
2.3.1	La télémédecine a permis de remplacer une partie importante de l'activité en présentiel.....	28
2.3.2	La télémédecine a montré son caractère souple et mutant pendant la crise sanitaire 30	
2.3.3	La télémédecine, sans un changement de paradigme, peine encore à être considérée comme un élément structurant de l'offre de soins.....	31
3	La mise en place d'un cadre administratif et financier plus incitatif et d'un pilotage territorial renforcé permettrait de généraliser la télémédecine dans un parcours de soins coordonné tout en rendant possible la restructuration et la rationalisation de l'offre de soins	34
3.1	Le bilan des expérimentations et du cadre temporaire mis en place pendant la crise sanitaire devrait permettre de consolider les aspects administratifs et financiers pour envisager la généralisation de la télémédecine dans certains domaines	34
3.1.1	Prérequis 1 : Sortir des expérimentations et du cadre dérogatoire avec l'entrée dans le droit commun plus consolidé et cohérent dans une stratégie numérique globale	34
3.1.2	Prérequis 2 : Envisager un cadre financier adapté et compatible avec la T2A pour permettre le développement de la télémédecine à l'hôpital.....	37

3.1.3	Prérequis 3 : Envisager la généralisation de la télémédecine dans un cadre conventionnel pour certaines spécialités de l'offre de soins.....	39
3.2	Au niveau territorial, le pilotage pourrait être clarifié pour avoir un « chef de file » chargé de la généralisation de la télémédecine et d'articuler le partenariat entre l'hôpital et les acteurs externes.....	40
3.2.1	Clarifier le pilotage de la télémédecine aux niveaux national et régional pour répondre aux besoins des populations locales	40
3.2.2	Désigner le GHT comme une structure préfiguratrice de choix pour le développement des projets de télémédecine.....	42
3.2.3	Renforcer le partenariat entre ville, hôpital et structures médico-sociales à travers la télémédecine dans un parcours de soins dédié	43
3.3	Au niveau hospitalier, il est possible de redynamiser le déploiement de la télémédecine à travers la mise en place d'une gouvernance active et d'une plateforme dédiée.....	44
3.3.1	Constituer un trinôme médical, administratif et technique pour permettre le développement et la généralisation de la télémédecine	44
3.3.2	Créer une instance dédiée à la télémédecine pour permettre une gouvernance active et un développement harmonisé au niveau du GHT	45
3.3.3	Investir pour la création des plateformes dédiées à la télémédecine dans les hôpitaux pour rendre possible et anticiper sa généralisation.....	46
	Conclusion	- 49 -
	Bibliographie	- 51 -
	Liste des annexes	- 56 -
	ANNEXE I : Principales conditions s'appliquant aux actes de télémédecine	- 56 -
	ANNEXE II : Benchmark synthétique – Télémédecine	- 56 -
	ANNEXE III : Rémunération des actes de télémédecine – téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance	- 56 -
	ANNEXE IV : Liste des personnes rencontrées	- 56 -
	ANNEXE V : Cartographie réalisée des dispositifs de télémédecine – GHU Henri Mondor	- 56 -

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection de longue durée
AMA : Assistant médico-administratif
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANS : Agence du numérique en santé (anciennement ASIP-SANTE) – Sous l'autorité de la DNS
AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
ARS : Agence régionale de santé
ARSIF : Agence régionale de santé d'Ile de France
ASIP-SANTE : Agence des systèmes d'information partagés de santé – remplacée par ANS
CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil
CHU : Centre hospitalier Universitaire
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNNum : Conseil national du numérique – commission consultative
COVID19 : COronaVirus Disease 2019
CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé
CSP : Code de santé publique
DGE : Direction générale des entreprises
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMP : Dossier médical partagé
DNS : Délégation ministérielle du numérique en santé (anciennement Délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé - DSSIS)
DOMU : Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités
EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETAPES : Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé.
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GHU : Groupement hospitalier universitaire
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Loi Hôpital, patients, santé et territoire
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORTIF : Outil régional de télémédecine Ile-de-France
PRS : Projet régional de santé
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SESAN : Service Numérique de Santé
SFMG : Société française de Médecine Générale
SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire
SSR : Soins de suite et de réadaptation
TSN : Territoire de Soins Numérique

Introduction

« Artisanale par essence, conservatrice par nature, la médecine n'est pas hermétique mais elle n'adopte que très lentement les avancées technologiques dont s'empare immédiatement l'individu qui se trouve derrière chaque soignant ». [...] « À peine remis des efforts liés au passage du crayon au clavier, du papier à l'informatique, voici qu'on propose » au médecin « de modifier les conditions d'exercice de la consultation médicale ».¹ Ce constat de réticences initiales des professionnels face au développement de la télémédecine rejoint celui d'une ambivalence des nouvelles technologies, en particulier du numérique, pour les individus avec la démultiplication des plateformes.²

La télémédecine présente certes un aspect disruptif indéniable, mais elle fait bien partie du système de santé français dans le respect de plusieurs conditions (cf. annexe I). La littérature spécialisée est féconde sur les débats autour des avantages et inconvénients de la télémédecine.³ Une analyse coût-bénéfice permet de constater un gain pour le système de santé.⁴ Un consensus sur les effets positifs de la télémédecine se dégage sous certaines conditions d'implication de tous les acteurs avec un terrain propice aux aspects administratifs, techniques et financiers.⁵ Quelques effets positifs de la télémédecine sont présentés dans la figure 1. L'objet de ce mémoire n'est pas de discuter des avantages de la télémédecine, d'arguer de l'opportunité de son développement ou de déterminer les domaines propices à son déploiement. Le constat de son déploiement est indéniable d'autant plus que la crise sanitaire liée au COVID19 a accéléré sa mise en œuvre avec la démultiplication de l'activité.⁶ La question ancienne de la généralisation de la télémédecine aux différentes disciplines de l'offre de soins se pose avec davantage de force pour envisager le « monde d'après » décliné dans le Ségur de Santé qui « fait du numérique un des enjeux de la rénovation de notre système de santé ».⁷

La généralisation de la télémédecine ne signifie pas le remplacement de la médecine classique par la médecine à distance exercée exclusivement par les outils numériques. Il est évident que la télémédecine, en particulier la téléconsultation, ne convient pas à

¹ Jacques Cinqualbre, *Télémédecine, la vraie médecine de proximité*, Editions du Signe, 2017.

² Conseil d'Etat, *Le numérique et les droits fondamentaux, Etude annuelle*, 2014.

³ Isabel de la Torre-Díez, et al., *Cost-Utility and Cost-Effectiveness Studies of Telemedicine, Electronic, and Mobile Health Systems in the Literature: A Systematic Review*, *Telemed J E Health*. 2015 Feb 1; 21(2): 81–85.

⁴ Loick Menvielle et. Al, *The Digitization of Healthcare, New Challenges and Opportunities*, Palgrave Macmillan, 2017.

⁵ HAS, *Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation, Rapport D'évaluation medico-économique*, 2013.

⁶ Vie Publique, *La télémédecine, une pratique en voie de généralisation*, 2020. Lien : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-telemedecine-pratique-en-voie-generalisation>.

⁷ Karen Lentschner, Jacques-Olivier Martin, *L'e-santé incontournable dans la réforme du système de soins*, *Le Figaro*, 18 juin 2020.

toutes les pratiques médicales notamment lorsqu'un examen physique est nécessaire ou que le besoin de prodiguer des soins techniques est avéré.⁸ Ainsi, la notion de généralisation de la télémédecine concerne seulement la possibilité d'étendre cette pratique pour tous types de consultations, d'expertises ou de surveillances qui correspondraient aux outils numériques en maintenant la qualité équivalente de soins et le service médical rendu. Il paraît peu judicieux de dresser une liste des domaines et spécialités concernés, puisque ceci relève de la décision médicale dépendante de plusieurs variables. La notion de généralisation désigne la possibilité de pratiquer la télémédecine par un médecin dès que cet outil lui paraît adapté.

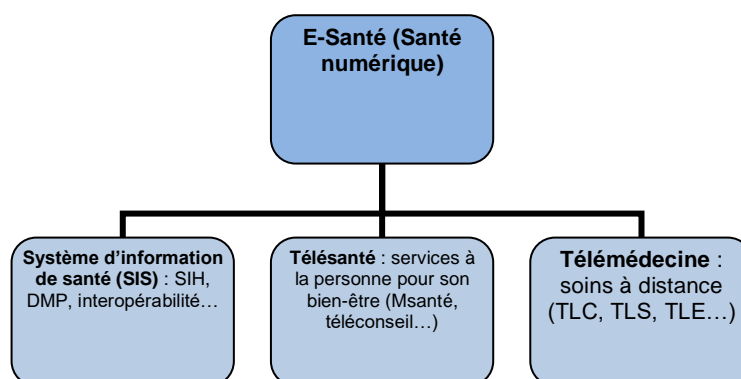
Figure 1 : Avantages et inconvénients de la télémédecine selon les professionnels de santé

Points positifs			Points négatifs
Fait gagner du temps au médecin	57%	70%	Déshumanisera la relation entre le médecin et son patient
Est un moyen efficace de reconnecter les territoires en déserts médicaux	68%	69%	Crée des risques de piratage des données de santé
Fait gagner du temps au patient	71%	66%	Crée des risques d'erreurs médicales plus importants
Facilite la vie des patients	70%	35%	Est quelque chose qui vous fait peur

Source : ODOXA, Le baromètre de la Télémédecine de l'ANS, 2020

Le choix a été fait de limiter le périmètre de l'étude à celui de la télémédecine plutôt que l'étendre à ceux d'e-santé, de télésanté et de numérique. « La e-santé est un terme parapluie recouvrant une large catégorie de services de santé et de soins disponibles au travers des technologies de l'information et de la communication, tels que les dossiers médicaux partagés (DMP), les systèmes d'information, les services de monitoring et de consultation à distance et enfin les outils d'auto-gestion et d'analyses de données de santé [...] ».⁹ La figure 2 distingue ces différentes notions. La télémédecine est un des éléments constitutifs de la santé numérique qui englobe d'autres enjeux fondamentaux.

Figure 2 : Le cadre de la santé numérique



Source : Laurent LECLERE, PPT, 2014.

⁸ Cela fait notamment référence aux consultations complexes, aux urgences, aux soins pour des populations spécifiques.

⁹ Barbabella & al., How can e-health improve care for people with multimorbidity in Europe?, Policy brief 25, 2016.

La figure 3 permet d'identifier les différents actes de télémédecine et de les définir. Certes, l'enjeu est plus global et les sujets sont profondément interconnectés – la généralisation de la télémédecine nécessite le développement de nombreux autres volets de l'e-santé¹⁰–, mais la télémédecine représente un aspect stratégique ayant un effet direct sur la structuration de l'offre de soins.

Figure 3 : Notions clefs de la télémédecine

Notions	Définitions
Télémédecine	Une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Cinq types d'actes ont été reconnus par la loi.
1. Téléconsultation	Permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient
2. Téléexpertise	Permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières
3. Télésurveillance	Permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient
4. Téléassistance médicale	Permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte
5. Réponse médicale	Cadre de la régulation médicale
Télesoins	Une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication et mettant en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux

Source : L. 6316 du code de la santé publique

Le périmètre de ce mémoire se situe au niveau de l'analyse du cadre national – dans ses aspects historiques et actuels – de la télémédecine et sa déclinaison au niveau hospitalier, au Groupe hospitalier universitaire (GHU) APHP. Henri Mondor. Cette analyse permet de constater les forces et les difficultés dans le déploiement de la télémédecine. Enfin, toujours en termes de périmètre, il a été fait le choix d'étudier les trois principales disciplines sous-jacentes de la télémédecine existantes au GHU : la téléconsultation, la téléexpertise et la télésurveillance. Une place importante a été accordée aux conséquences de la crise sanitaire liée au COVID19 qui a permis de généraliser temporairement l'usage de la télémédecine dans un contexte exceptionnel.

Depuis son entrée dans la législation en 2004 et seize ans plus tard, la télémédecine s'est développée progressivement dans un cadre expérimental. Initialement, ce déploiement a été fortement encadré « pour garder une qualité de soins et pour éviter les dérives ». ¹¹ Ceci explique l'absence d'un objectif initial de généralisation. Les difficultés pour déterminer une stratégie de généralisation, un modèle financier pérenne et un financement dissuasif ont pu freiner le déploiement de la télémédecine. Or, pendant la crise sanitaire liée au COVID-19, plusieurs restrictions et verrous se sont libérés rendant

¹⁰ CNOM, Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle, janvier 2018.

¹¹ Pr Patrick JOURDAIN, Cardiologue, Hôpital Bicêtre, AP-HP Université Paris Saclay, Journée de formation, La Télémédecine : Un défi d'équipe, 26 mai 2020.

possible sa généralisation du moins temporairement.¹² A la suite de la fin partielle des expérimentations dans le programme ETAPES¹³ - la télésurveillance étant toujours dans un cadre expérimental -, la généralisation de la télémédecine nécessite d'être assurée à l'appui d'une stratégie médicale et administrative coordonnée et articulée tant au niveau national que local. Cette stratégie doit permettre de faire émerger un cadre juridique et financier cohérent permettant de faire de la télémédecine un élément structurant de l'offre de soins en répondant aux besoins de santé des populations en constante évolution. Or, les obstacles juridiques et financiers demeurent significatifs pour envisager la généralisation harmonisée de la télémédecine.

Dès lors, comment la généralisation de la télémédecine, à la suite d'une sortie partielle du cadre expérimental et du cadre temporaire lié au COVID19, peut-elle être envisagée dans un parcours de soins dédié ? En quoi, la télémédecine, plutôt qu'être réduite à un simple outil informatique, peut-elle être conçue comme un élément déterminant de rationalisation et de restructuration de l'offre de soins dans une logique de graduation et de parcours de soins coordonné face aux enjeux structurels ?

Quelques précautions sémantiques peuvent être étayées. La notion de rationalisation – employée dans un sens quantitatif - désigne la possibilité d'avoir une meilleure distribution ou répartition de l'offre de soins entre les territoires. La notion de restructuration – employée dans un sens qualitatif - est liée aux aspects organisationnels dans un objectif d'une meilleure complémentarité entre les activités de médecine classique et la télémédecine. L'imbrication de ces deux notions permet de décliner un parcours de soins gradué dans la prise en charge du patient tout en garantissant la qualité des soins.¹⁴

D'abord, un état des lieux du cadre expérimental et financier a été conduit et les bouleversements réglementaires liés à la crise sanitaire du COVID19 ont été soulignés au niveau national (I). Ensuite, les enjeux de pilotage de la télémédecine, de graduation et de rationalisation de soins ont été analysés au niveau territorial à l'appui d'une cartographie des projets recensés (II). Enfin, des prérequis au niveau national et des préconisations au niveau local ont été émis dans le but d'accompagner la généralisation de la télémédecine (III).

¹² Fiche ARS, Recours à la téléconsultation dans le cadre de l'épidémie de Coronavirus, 23 avril 2020.

¹³ ETAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé

¹⁴ Ces notions ne sont pas utilisées dans un sens de réduction des dépenses ou de réalisation des économies nonobstant la possibilité de poursuivre ces objectifs à travers la télémédecine.

1 Le déploiement de la télémédecine, dans un cadre expérimental et financièrement restrictif, a été accéléré pendant la crise sanitaire, mais sa généralisation demeure incertaine face à l'incitation financière insuffisante et la présence d'obstacles administratifs et techniques

1.1 Initiée dans un cadre expérimental et restrictif, la télémédecine a été conçue pour répondre à des besoins spécifiques des populations et des territoires

1.1.1 Le développement progressif et précautionneux de la télémédecine dans une logique de réponse aux besoins spécifiques des populations et des territoires

Les usages de la télémédecine sont prévus par la loi. L'article L-6316-1 du Code de la santé publique, en plus de définir la notion, indique les différentes formes d'utilisation. La télémédecine peut permettre de répondre à plusieurs impératifs médicaux :

- Etablir un diagnostic
- Assurer un suivi à visée préventive et un suivi post-thérapeutique
- Requérir un avis spécialisé
- Préparer une décision thérapeutique
- Prescrire des produits, des prestations ou des actes
- Effectuer une surveillance de l'état des patients

Ces différents actes permettent de répondre à quatre objectifs principaux identifiés par les pouvoirs publics à un stade initial de développement.¹⁵ L'égalité d'accès aux soins et la possibilité d'assurer une couverture médicale ont été deux objectifs initiaux. Les besoins d'améliorer la qualité des soins et de contribuer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ont également été considérés comme étant des enjeux fondamentaux pouvant être atteints par la télémédecine. La possibilité de faire de la télémédecine un outil de réduction des dépenses en évitant les hospitalisations inutiles et évitables a aussi été identifiée. Ainsi, dès 2008, le rapport de mission Simon et Acker indique que « la télémédecine représente un levier pour restructurer l'hôpital, réorganiser la filière de soins et mettre en place une graduation des soins »¹⁶.

¹⁵ Jean-Marc Chevilly, Télémédecine, Approche pratique aspects opérationnels, EHESP, 20/06/2018.

¹⁶ Pierre Simon et Dominique Acker, La place de la télémédecine dans l'organisation des soins, DGOS, 2008.

Si la télémédecine a été considérée comme une « étape majeure de la modernisation de la médecine de proximité »¹⁷, l'objectif initial fixé par les pouvoirs publics n'a pas été de généraliser cet outil pour tous les territoires et populations. L'analyse des différentes conventions et des avenants permet de souligner l'existence d'un ciblage. Il s'agissait en effet d'utiliser cet outil pour des populations et territoires spécifiques.¹⁸ La pratique de télémédecine est encouragée pour certaines populations notamment les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques et pour certains territoires, en particulier, les zones à faible densité médicale.

La logique de graduation de soins est par ailleurs bien présente dans la doctrine initiale de déploiement de la télémédecine. Il s'agit en effet d'éviter et de prévenir les « risques inflationnistes » non négligeables en inscrivant la télémédecine dans un parcours de soins dédié en particulier pour la télésurveillance. A titre d'exemple, la télésurveillance a concerné « seulement des patients très sévères » ne touchant que quelques milliers de personnes avant la crise sanitaire.¹⁹ Le respect du parcours de soins coordonné a également constitué une condition essentielle du développement de téléexpertise. Celle-ci a été inscrite dans un circuit spécifique – impliquant souvent un médecin généraliste et un médecin spécialiste – et dans une logique de graduation de soins pour des populations et territoires bien définis.

La télémédecine a ainsi été considérée comme une opportunité, permettant de répondre aux enjeux démographiques (vieillesse de la population, chronicisation des maladies, etc.). Toutefois, une certaine méfiance à son égard était également présente : risques de réduire la qualité de soins, de développer une activité incontrôlée et d'accroître les inégalités d'accès à la télémédecine.²⁰ Cette ambivalence a inscrit le développement de la télémédecine dans un cadre expérimental plutôt que dans un cadre de généralisation.

1.1.2 Inscription dans un cadre expérimental et financièrement restrictif de la télémédecine pour rationaliser et moduler son offre

La télémédecine s'est inscrite dans un cadre expérimental avec des modalités pratiques fixées par le cadre conventionnel. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 a fixé le cadre légal. Dès 2014, le programme ETAPES a été mis en place pour déployer la téléconsultation, la téléexpertise et la télésurveillance par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014. Mis en place pour une durée de 4 ans, la

¹⁷ Elisabeth Hubert, Mission de concertation sur la médecine de proximité, 26 novembre 2010.

¹⁸ <https://www.ameli.fr/medecin/textes-referance/convention-medicale-2016/convention-et-avenants>

¹⁹ Pr Patrick JOURDAIN, Cardiologue, Hôpital Bicêtre, AP-HP Université Paris Saclay, Journée de formation, La Télémédecine : Un défi d'équipe, 26 mai 2020.

²⁰ Annemarie van Hout et al., POURQUOI LES ATTENTES SUSCITÉES PAR LA TÉLÉSURVEILLANCE SONT SOUVENT DÉÇUES, La Découverte | « Réseaux » 2018/1 n° 207 | pages 95 à 121.

période et la zone des expérimentations du programme ont été étendues progressivement. A titre d'exemple, seulement les plaies chroniques et complexes dans 9 régions étaient concernées par la télésurveillance au départ.

Dès 2016, la totalité du territoire et des pathologies ont été concernées par la téléconsultation et la téléexpertise.²¹ L'extension spatio-temporelle a ainsi permis d'encourager les initiatives innovantes tout en identifiant et levant progressivement les freins au développement de la télémédecine.²² La figure 4 permet de faire l'état des lieux de toutes les étapes essentielles du déploiement de la télémédecine.

Figure 4 : Evolution historique juridique (2004-2020) de la télémédecine

Date	Texte	Contenu
2004	L'article 32 de la loi du 13 août 2004	Entrée de la notion de « télémédecine » dans le cadre légal
2009	L'article 78 la loi HPST du 21 juillet 2009	Définition de la télémédecine et reconnaissance des cinq actes
2010	Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010	Mise en place des programmes régionaux de télémédecine Définition des 5 actes de la télémédecine
2011	Stratégie nationale de déploiement de la télémédecine	Définition des 5 priorités : 1) permanence des soins en imagerie médicale ; 2) Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) ; 3) Santé des personnes détenues ; 4) Prise en charge d'une maladie chronique ; 5) Soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD)
2013	Article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014	Programme ETAPES : Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine peuvent être menées à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes.
2015	Décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015	Création de traitements de données à caractère personnel pour la mise en œuvre des actes de télémédecine issus des expérimentations fondées.
2016	Article 91 de loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017	- Extension de l'expérimentation du programme ETAPES à toutes les régions - Principe de déclaration à l'ARS - Mise en place des « forfaits structures »
2017	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (Articles 51 et 54)	- Abrogation de l'article 36 de la LFSS du 23 décembre 2013 - Mise en œuvre d'expérimentations portant sur la réalisation d'actes de télésurveillance, à compter du 1er janvier 2018 et pour une durée maximale de 4

²¹ DGOS, Rapport au parlement sur les expérimentations en télémédecine, 2017.

²² Ibid.

		ans - Fin progressive des expérimentations et entrée dans le droit commun pour la téléconsultation et téléexpertise
2018	Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018	15 septembre 2018 : Entrée dans le droit commun de la télémédecine
2019	Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé	Objectif de « déployer pleinement la télémédecine » Mise en place de télésoins
2020	Cadre temporaire lié au COVID19	Cf. infra

La télémédecine a été peu utilisée dans ce cadre expérimental. Plusieurs raisons peuvent être énumérées : cadres administratif et financier restrictifs, besoin de contractualisation et de déclaration des projets à l'ARS, nécessité de monter un projet en cohérence avec les besoins locaux, ciblage des pathologies, des territoires et des populations. Dans son rapport annuel sur la loi de financement de Sécurité sociale de 2017, la Cour des comptes déplore « une action dispersée aux résultats modestes » concernant les expérimentations de la télémédecine.²³ En effet, les impératifs de moduler et rationaliser les actes de la télémédecine ont été contreproductifs pour déployer sur une grande échelle cette pratique. Les expérimentations ont été « hétérogènes » et « inabouties » selon la Cour.²⁴ A titre d'exemple, environ 250 000 actes étaient subventionnés dans le cadre expérimental en 2015 au niveau national représentant l'équivalent de 0,3 % des actes et consultations externes.

1.1.3 Des avancées relativement timides de la télémédecine comparées aux pays voisins

Le développement de la télémédecine a été relativement timide. Le rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) en 2018 fait le constat d'un développement faible de la télémédecine en France comparé aux pays voisins. De nombreuses difficultés financières et administratives expliquent le « succès mitigé » des expérimentations.²⁵ A la fin des expérimentations, le constat d'une certaine « marginalité » de la télémédecine peut être fait. L'entrée dans le droit commun n'a pas permis de généraliser la télémédecine, car en 2018, seulement quelques centaines d'actes étaient pris en charge par l'Assurance maladie.²⁶

²³ Cour des comptes, Rapport à la LFSS pour 2017, Chapitre VII, La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, septembre 2017.

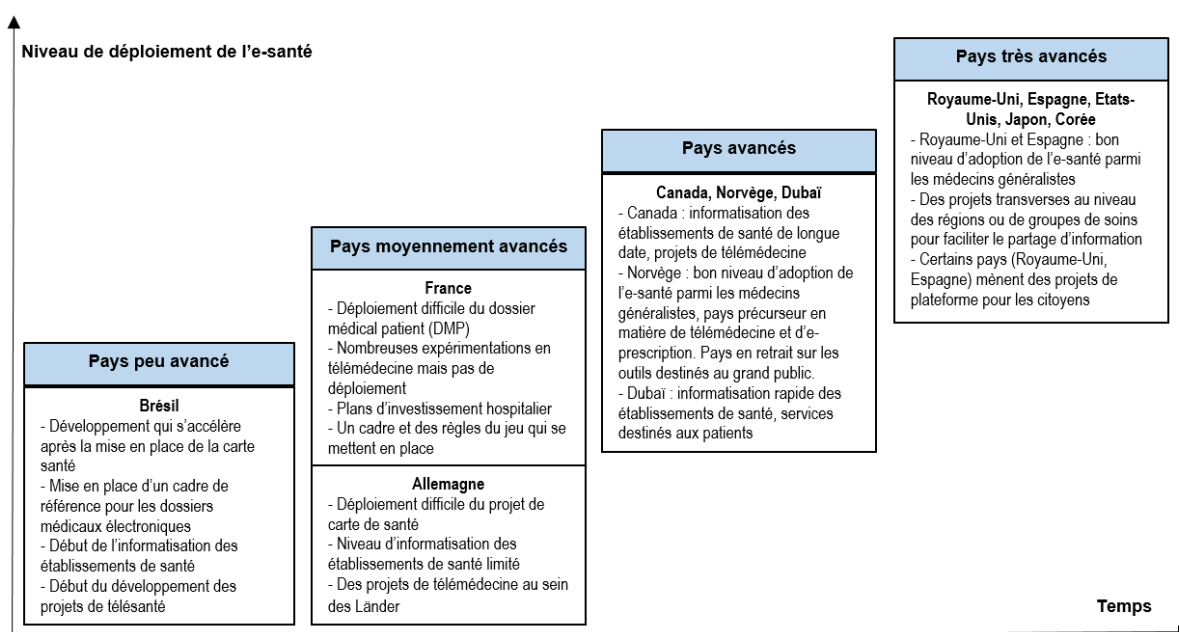
²⁴ Ibid.

²⁵ HAS, Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, Rapport d'élaboration, 2018.

²⁶ Caluse Evin, En 2018, La télémédecine va-t-elle enfin sortir de la marginalité ?, Houdard, 2018.

L'étude comparative des pays avec un système de santé équivalent souligne le retard relatif de la France (cf. Benchmark synthétique annexe II).²⁷ Trois types de pays peuvent être identifiés en matière d'intégration à la télémédecine : les pays avec un niveau élevé ou très élevé d'intégration comme le Norvège ou le Danemark, les pays avec un niveau moyen d'intégration comme l'Allemagne ou la France et enfin des pays avec un niveau faible d'intégration. A titre d'exemple, la télémédecine est largement entrée dans les pratiques quotidiennes en Norvège. 68% des hôpitaux ont un usage de la télémédecine « de routine »²⁸. Sans une logique préalable d'expérimentation, la télémédecine est également un outil du quotidien en Suède ou au Danemark avec une utilisation intégrée et précoce. Elle s'inscrit dans un cadre numérique global (cf. figure 5) : dossier médical partagé, prescription numérique, messagerie de santé numérique, etc.²⁹

Figure 5 : Corrélation entre le déploiement de la télémédecine et de l'e-santé



Source : DGE, rapport final PIPAME, 2016.

La France comme l'Allemagne est un pays avec un niveau moyen d'intégration à la télémédecine. L'existence des projets hétérogènes et un manque de coordination rendent l'offre de télémédecine peu diversifiée en France. Les pays en avance ont « une stratégie affirmée et caractérisée » de la télémédecine avec l'implication forte des pouvoirs publics et des professionnels.³⁰

Le benchmark du système financier est également un facteur clef expliquant le retard français concernant la télémédecine. Quatre modèles différents peuvent être soulignés en

²⁷ ASIP-Santé, Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine, Etude comparative sur le développement de la télémédecine à l'international, Juillet 2019.

²⁸ Ibid.

²⁹ PIPAME, Prospective e-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé, Etudes économiques, 2016.

³⁰ Ibid.

matière de financement de la télémédecine : le remboursement par les pouvoirs publics, le modèle de soins intégré, le réseau de soins publics dédié et la privatisation de l'offre.³¹

Figure 6 : Benchmark des modèles financiers de la télémédecine

		Intégration de compétences par l'organisme payeur		
		Indemnisation	Concession	Régie
Régulation exercée sur l'organisme payeur	Puissance publique	<p>Danemark <i>Patient Briefcase</i></p> <p>Etats-Unis <i>Medicare</i></p>	<p>Italie <i>TELEMACO / PTP</i></p> <p>Royaume-Uni <i>Whole System Demonstrator</i></p>	<p>Etats-Unis <i>Veterans Affairs</i></p> <p>Espagne <i>Pays Basque espagnol</i></p>
	Concurrence régulée		<p>Pays-Bas <i>E-Cardicare</i></p> <p>Allemagne <i>CorBene, Mein Herz</i></p>	
	Système concurrentiel	<p>Etats-Unis <i>"Indemnity Insurance Plans"</i></p>	<p>Etats-Unis <i>"PPO / HMO Plans"</i></p>	<p>Etats-Unis <i>"HMO Plans" Staff Model</i></p>

Source : Livre Blanc TELEMEDECINE 2020, Syntec, 2013

Le Danemark se caractérise par l'existence d'un payeur public qui rembourse tout ou partie des prestations de télémédecine inscrites au panier de soins national. Les pays comme l'Italie ou l'Allemagne se caractérisent par la présence d'un organisme payeur public finançant une partie des prestations de télémédecine avec la prise en charge complémentaire par les organismes tiers. Il existe deux modèles différents aux Etats-Unis concernant la télémédecine. Dans le cadre d'un programme spécifique aux maladies chroniques, le télésuivi est intégré dans les prestations remboursables du système de santé. Il s'agit d'un réseau de soins ciblés à certaines maladies.³² Enfin, pour certains dispositifs aux Etats-Unis, la prise en charge de la télémédecine a été totalement transférée aux organismes privés en concurrence.

La France se caractérise par un modèle hybride : le système français est le seul dans lequel cohabitent une offre véritablement publique et une offre privée, celle-ci qui s'est développée très rapidement avec l'entrée dans le droit commun de la télémédecine.³³ Le benchmark réalisé souligne ainsi un certain retard français dans le développement de la télémédecine et la persistance d'incertitudes pour trouver un modèle financier pérenne pour son déploiement.

³¹ Télémédecine 2020 Modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques, Syntec, Livre Blanc, 2013.

³² Dispositif dédié aux anciens combattants : « CCHT-Veterans » (Care Coordination Home Telehealth)

³³ ASIP-Santé, Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine, Etude comparative sur le développement de la télémédecine à l'international, Juillet 2019.

1.2 Si la fin partielle du cadre expérimental a permis d'introduire la télémédecine dans le droit commun, la question concernant son financement pérenne et sa valorisation financière demeure

1.2.1 La fin partielle de l'expérimentation avec l'entrée progressive dans le droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise

Le cadre actuel concernant la télémédecine peut être présenté. Une des étapes essentielles dans le déploiement de la télémédecine a été de mettre fin aux expérimentations par la loi du 30 décembre 2017. Ainsi, la téléconsultation et la téléexpertise sont entrées dans le droit commun avec la possibilité de prise en charge par l'Assurance maladie.

La télésurveillance continue de se développer dans un cadre expérimental prévu par la loi du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018 pour quatre années supplémentaires. Elle fait l'objet de quatre expérimentations d'ampleur nationale ou régionale : insuffisance cardiaque, rénale et respiratoire chroniques en plus d'un cadre expérimental prévu pour la télésurveillance des patients diabétiques. Les critères du programme ETAPES continuent à être relativement restrictifs : pathologies spécifiques, critère d'hospitalisation, période minimum de suivi, etc.³⁴ La logique de rationalisation et de modulation de l'offre de télésurveillance est toujours opérante.

Quant à la téléconsultation, le principe de généralisation a été mis en place. A partir du 15 septembre 2018, la facturation à l'Assurance maladie peut être effectuée par les médecins de ville et à l'hôpital pour tous les actes sous respect de quatre conditions successives³⁵ : (1) le respect du parcours de soins coordonné ; (2) la connaissance préalable du patient par le médecin ; (3) une liaison vidéo afin de garantir la qualité des échanges ; (4) l'utilisation d'une solution technique sécurisée. Quatre exceptions à ces règles ont également été fixées rendant la téléconsultation accessible directement : (1) l'accès direct à certains spécialistes ; (2) les patients âgés de moins de 16 ans ; (3) absence de médecin traitant ; (4) indisponibilité de médecin traitant. Le respect du parcours de soins est une condition essentielle à la généralisation de la téléconsultation.³⁶

La téléexpertise est également entrée dans le droit commun, mais ses modalités pratiques restent encadrées. Plusieurs critères d'éligibilité existent pour les médecins

³⁴ Pr Patrick Jourdain, Télémédecine en cardiologie, Où en est-on en France, Service de cardiologie CHU Bicêtre, PPT, 2018.

³⁵ CNAM, Généralisation de la téléconsultation, Dossier de Presse, 15 SEPTEMBRE 2018.

³⁶ La Téléconsultation, Une nouvelle prise en charge médicale, Une analyse du Lab Santé Ile-de-France, Février 2019.

sollicités : être requis en raison de sa spécialisation, être désignés nominativement comme expert, signer une lettre d'engagement avec au moins 5 professionnels de santé requérants. L'existence de ces différents critères n'ont pas rendu possible une augmentation considérable des activités de téléconsultation et de téléexpertise malgré l'entrée dans le droit commun.

1.2.2 Des difficultés pour trouver un modèle financier pérenne et pour mettre en place une valorisation financière adéquate de l'activité de la télémédecine

Le financement des projets de la télémédecine est resté faible et dispersé. Dans le cadre expérimental, l'absence de mécanismes de financement adéquat a souvent été considérée comme un facteur de ralentissement. Entre 2011-2015, les ARS ont dépensé au total 114 millions pour soutenir les différents projets de la télémédecine dont 69 millions par les FIR. La Cour des comptes constate l'existence des difficultés dans la recherche d'un modèle financier pérenne pour les projets de télémédecine.³⁷ Le cadre financier ne serait pas adapté et le suivi national des projets locaux de télémédecine a été en partie défaillant.

Plusieurs types de financement continuent à exister dans le cadre actuel. A titre d'exemple, il existe un « forfait structure » permettant de financer les projets de téléconsultation ou de téléexpertise sous forme de points. Si le financement par ce forfait a été augmenté, son niveau reste toujours assez faible et peut être source de difficultés. En effet, l'ANAP désigne « l'existence d'un modèle financier adapté » comme un facteur clef de succès.³⁸ L'échec d'une partie des projets au niveau national peut être expliqué par les « aspects financiers » qui constituent un véritable frein au déploiement de la télémédecine.³⁹ Lors de l'élargissement de la télémédecine, le sujet de tarification et de remboursement n'a pas été tranché suscitant des incertitudes.⁴⁰

En plus des interrogations sur le modèle financier pérenne des projets de télémédecine, la question de valorisation financière adéquate se pose également. A noter qu'un principe général d'une valorisation équivalente pour la consultation en présentiel et à distance a été posé.⁴¹ Fruit d'une négociation conventionnelle, l'objectif a été d'accompagner l'essor des pratiques de la téléconsultation sur l'ensemble du territoire. Pour la téléexpertise, la

³⁷ Cour des comptes, Rapport à la LFSS pour 2017, Chapitre VII, La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, septembre 2017.

³⁸ ANAP, La Télémédecine en action, Construire un projet de télémédecine, février 2016.

³⁹ ANAP, La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe Un éclairage pour le déploiement national, 2017.

⁴⁰ Gérald Gaglio et Alexandre Mathieu-Fritz, Les pratiques médicales et soignantes à distance. La télémédecine en actes, La Découverte | « Réseaux », 2018/1 n° 207.

⁴¹ 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.

valorisation financière est considérée faible : 12 euros pour le niveau 1 et 20 euros pour le niveau 2 en fonction de la complexité du dossier. Ces niveaux de financement ont été critiqués par les organisations syndicales, car ils ne valoriseraient pas suffisamment le temps médical des médecins requis et requérants.⁴² Les tableaux de rémunération en annexe III indiquent les valorisations financières des autres actes de la télémédecine.

1.2.3 L'existence des difficultés administratives explique en partie l'ampleur faible de la généralisation des activités de la télémédecine

En plus des difficultés liées au cadre expérimental et aux modalités financières, des freins administratifs et techniques permettent d'expliquer la faiblesse de déploiement de la télémédecine. D'abord, les démarches administrations peuvent freiner le développement de certains projets. En plus d'identifier un besoin local en cohérence avec le projet médical, plusieurs éléments administratifs sont également à prendre en considération : portage administratif du projet pour les aspects logistiques et techniques, organisation adaptée et protocolisée, circuit de codage et de facturation, traitement et sécurisation des données, formation et sensibilisation des acteurs.⁴³ En effet, la technologie ne répond pas en soi à un besoin si les usages concrets et les difficultés pratiques ne sont pas anticipées.⁴⁴ A titre d'exemple, les difficultés pour identifier et rendre fonctionnel le circuit administratif de facturation peuvent constituer une source de difficultés pour développer l'activité. De même, l'absence d'interopérabilité entre les différents logiciels et plateformes, le retard dans le déploiement de DMP et de messagerie sécurisée rendent plus difficile la généralisation de la télémédecine.

Ces difficultés expliquent les chiffres relativement faibles au niveau national de l'activité de télémédecine. Après un an d'entrée dans le droit commun, le niveau d'activité de téléconsultation est demeuré négligeable comme le montre la figure n°7. Entre septembre 2018 et septembre 2019, seulement 60 000 téléconsultations ont été facturées à l'Assurance maladie dont 85% par des médecins libéraux.⁴⁵ En février 2020, un volume mensuel d'environ 40 000 téléconsultations peut être constaté.⁴⁶

⁴² Anonyme, L'avenant à la convention sur la télémédecine ne satisfait pas les syndicats sur la rémunération, HOSPIMEDIA, 13/04/18.

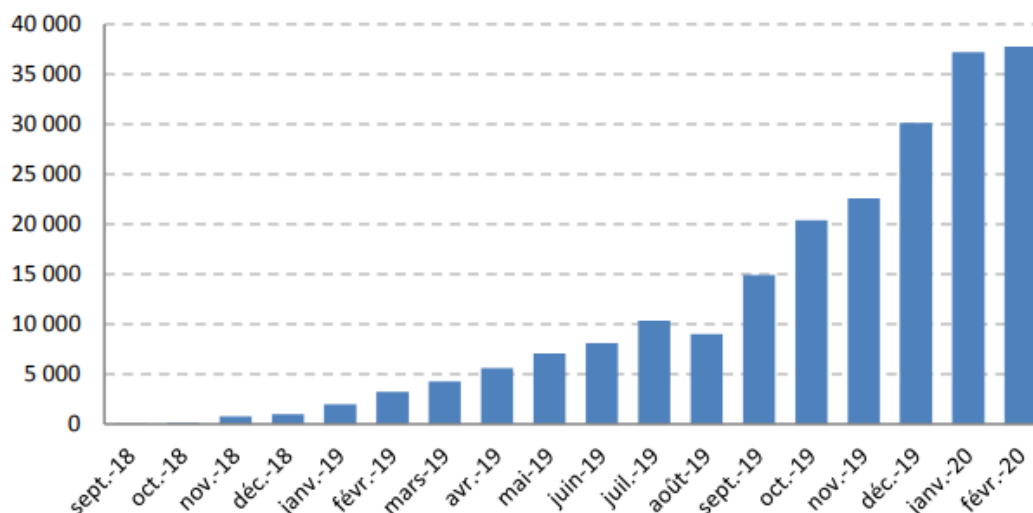
⁴³ HAS, Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine, ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUE, 2013.

⁴⁴ Gérald Gaglio, Echec et « potentialités collatérales » d'une expérimentation en télémédecine d'urgence, La Découverte | « Réseaux », 2018/1 n° 207 | pages 165 à 195.

⁴⁵ Assurance maladie, Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation, Un mode de consultation qui se développe progressivement, Dossier de presse, 12 septembre 2019.

⁴⁶ CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, juillet 2020.

Figure 7 : Evolution du nombre de téléconsultations par mois



Source : CNAM, juillet 2020.

En raison des difficultés financières, administratives et techniques, l'entrée dans le droit commun de la télémédecine n'a pas eu un effet significatif sur l'activité. La crise sanitaire liée au COVID19 a représenté une rupture brutale dans le développement et la généralisation de la télémédecine.

1.3 La crise sanitaire liée au COVID19 a bouleversé le cadre administratif et financier de la télémédecine en accélérant sa généralisation tout en exacerbant la fracture numérique

1.3.1 Le bouleversement du cadre réglementaire existant en raison de la crise sanitaire avec la suppression des restrictions administratives et financières

La crise sanitaire liée au COVID19 présente un risque de propagation infectieuse. Celle-ci a réduit d'une manière considérable les activités médicales en ville et à l'hôpital pendant le confinement. Face à un risque important de renoncement aux soins⁴⁷, la télémédecine a été considérée comme un outil adéquat pour apporter une réponse à l'impératif de continuité de soins par les autorités publiques.⁴⁸ A titre d'exemple, 5% de déplacements dans la région Ile-de-France sont liés à un motif médical (environ 2 millions de trajets sur 43 millions de déplacements par jour) selon l'Institut Paris Région.⁴⁹ La télémédecine a constitué une réponse intéressante à la fois pour éviter la propagation du virus et pour éviter la rupture de soins.

Afin de permettre à la télémédecine d'assurer en partie la continuité de soins, plusieurs modifications fondamentales sont intervenues dès le mois de mars 2020 en particulier

⁴⁷ Anonyme, Hôpital, médico-social et ville alertent sur le danger de rupture des soins hors Covid-19, Hospimedia, avril 2020.

⁴⁸ HAS, Téléconsultation et télésoin pendant l'épidémie de Covid-19, Fiche pratique, 07 mai 2020.

⁴⁹ En Ile-de-France, la télémédecine pourrait éviter jusqu'à 500 000 déplacements quotidiens, Article de Presse, Usine Digitale, 18/05/2020.

concernant le respect du parcours de soins et la prise en charge financière. Elles ont permis d'assouplir considérablement le cadre réglementaire. La figure 8 synthétise les différentes modifications du cadre réglementaire, dont certaines ont été prolongées jusque fin décembre.⁵⁰

Figure 8 : Evolutions du cadre réglementaire liées à la crise sanitaire du COVID19

Date	Texte	Contenu
2020	Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémedecine pour les personnes exposées au covid-19	<ul style="list-style-type: none"> - Fin d'obligation de connaître préalablement le patient - Possible de délivrer une téléconsultation à un patient suspect ou diagnostiqué d'une infection au COVID19 par tout médecin - Remboursement à 100% par l'Assurance maladie obligatoire - Possible d'utiliser n'importe quel moyen technologique disponible pour réaliser une vidéotransmission - Fin de limitation du nombre de téléexpertise par patient
2020	Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus	<ul style="list-style-type: none"> - Pour les infirmiers et infirmières, le suivi des patients suspectés ou diagnostiqués covid-19 par télésoin est autorisé - Ce suivi des patients covid-19 par télésoin infirmier se fait sur prescription médicale. - Dérogation à l'obligation de soins en présentiel et à l'usage de la vidéotransmission - Décrets successifs pour ouvrir la téléconsultation : orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, sages-femmes, pharmacien, orthoptistes, pédicures-podologues, etc.

Le circuit de prise en charge des patients potentiellement atteints du COVID19 a été décidé au niveau national : identification, diagnostic et orientation des patients atteints avec un intérêt particulier des primo-consultations.⁵¹ Le personnel paramédical, en particulier les infirmiers, a joué un rôle central dans la réalisation d'un suivi renforcé.⁵²

1.3.2 La généralisation « subie » de la télémedecine en ville et à l'hôpital

La fin des restrictions réglementaires a rendu possible la généralisation de la télémedecine. La prise en charge totale des téléconsultations, le tiers-payant, l'autorisation des solutions dégradées de communication ont fortement encouragé les

⁵⁰ Hospimedia, La prise en charge à 100% de la télémedecine est prolongée jusque fin décembre 2020, 18/06/2020.

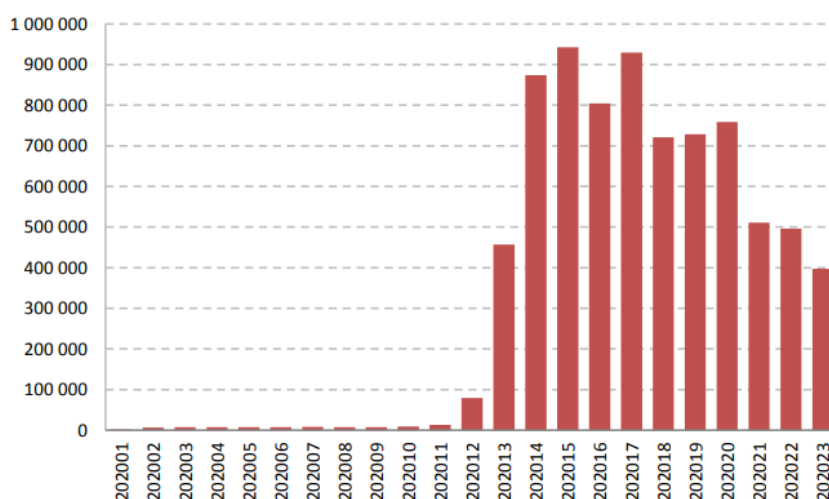
⁵¹ Ministère des solidarités et de la santé, Lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19, Fiche ARS, MARS 2020.

⁵² Ministère des solidarités et de la santé, Télésuivi infirmier, COVID19, Fiche ARS, 2020.

professionnels à utiliser la télémédecine. Toutefois, il s'agit d'une généralisation « subie », car un développement de cette ampleur n'a pas été anticipé et préparé depuis l'entrée dans le droit commun de la télémédecine. A titre d'exemple, une partie non négligeable des téléconsultations a été réalisée par un simple téléphone. Cet usage de « télémédecine » - par téléphone et sans solution de visioconférence – soulève des interrogations quant au maintien de la qualité d'échange équivalente à une consultation en présentiel.

La généralisation non anticipée de la télémédecine a aussi permis d'accroître d'une manière considérable l'activité des plateformes privées. Les plateformes comme Doctolib, Livi, Medvu ou encore Qare ont pu augmenter leur activité d'une manière exponentielle. Par exemple, Doctolib a rendu gratuit son service de téléconsultation aux médecins et a permis de réaliser 2,5 millions de téléconsultation entre mars et avril 2020 alors que cette activité était quasi-inexistante en 2019.⁵³

Figure 9 : Evolution exponentielle de la téléconsultation (par semaine en 2020)



Source : CNAM, juillet 2020.

La figure 9 permet de caractériser cette généralisation de la télémédecine. La hausse des actes de la téléconsultation a été brusque et exponentielle. En effet, entre mars et avril, 5,5 millions de téléconsultations ont été réalisées représentant un facteur de 30 entre février et mars 2020 et un facteur de 4 entre mars et avril 2020.⁵⁴ Le nombre de téléconsultations est ainsi passé de quelques milliers par semaine à 1 million par semaine en avril 2020. Les téléconsultations ont pu représenter jusqu'à 27% de la totalité des consultations à leur niveau le plus élevé. A noter qu'une majorité écrasante des téléconsultations a été réalisée par les médecins libéraux (environ 95% des téléconsultations réalisées).

⁵³ Anonyme, Covid-19 : Doctolib franchit le cap des 2,5 millions de téléconsultations et équipe 65 hôpitaux, APM News, avril 2020.

⁵⁴ CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, juillet 2020.

1.3.3 La généralisation de la télémédecine a exacerbé la fracture numérique déjà existante

L'accroissement de l'activité de télémédecine durant la crise sanitaire liée au COVID19 a permis de montrer son intérêt : adaptabilité, efficacité, mutabilité, possibilité d'apporter une réponse rapide.⁵⁵ La télémédecine a ainsi permis de répondre aux enjeux fondamentaux liés à la continuité de l'offre de soins notamment pour les populations les plus vulnérables. Toutefois, ce succès de la télémédecine recèle plusieurs tensions sous-jacentes liées à sa généralisation temporaire. En effet, le développement de la télémédecine a "exacerbé la fracture numérique déjà existante."⁵⁶ Celle-ci concerne l'accès et l'usage du numérique par les populations.

Plusieurs éléments de tensions peuvent être soulignés. D'abord, la connaissance de l'outil de la télémédecine constitue un premier élément d'inégalité à l'accès aux soins. 8 Français interrogés sur 10 connaissent l'existence de la télémédecine et 74% pensent connaître les modalités de son remboursement.⁵⁷ Ensuite, la crise sanitaire a aussi modifié le profil des médecins et des patients utilisant la télémédecine : l'utilisation de la télémédecine par le médecin et son recours par le patient diminuent fortement avec l'âge et les patients en ALD ont proportionnellement moins recours à la téléconsultation.⁵⁸ En outre, une différence par région peut également être notée : la région Ile-de-France totalise 20% de téléconsultations. De la même manière, la densité des territoires représente également un point de distinction : les zones sous-denses ont proportionnellement moins recours à la télémédecine et cette tendance demeure pendant la crise sanitaire.⁵⁹

En conséquence, plusieurs facteurs – âge, région, dextérité numérique, densité de la commune ou encore la présence de l'ALD – peuvent être considérés comme des éléments créant des inégalités dans l'utilisation de la télémédecine. La fracture numérique – accès et usage des technologies – est exacerbée avec la généralisation de la télémédecine créant des inégalités potentielles de prise en charge. Ainsi, des difficultés déjà connues pour établir une « relation psychothérapeutique » pour les patients avec

⁵⁵ HAS, Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 Téléconsultation et télésoin, Fiche, 1er avril 2020.

⁵⁶ Dany Nguyen-Luong, Le développement de la télémédecine pourrait avoir un impact insoupçonné sur les déplacements en Île-de-France, INSTITUT PARIS RAGION, 14 mai 2020.

⁵⁷ ODOXA, Baromètre de la télémédecine de l'ANS, Synthèse globale, 2020.

⁵⁸ CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, juillet 2020.

⁵⁹ Ibid.

certaines éléments de fragilité à travers la télémédecine⁶⁰ ont été renforcées avec une accélération exponentielle de la télémédecine. Par exemple, la réalisation d'un sondage auprès des professionnels à l'APHP a permis de constater l'usage massif des téléphones pour réaliser les téléconsultations. Cet usage dit « dégradé » est fortement corrélé avec l'âge du patient.⁶¹

La généralisation « subie » de la télémédecine a exacerbé la fracture numérique avec la prise en charge différente en fonction des populations et des territoires. Le ciblage voulu des populations et des territoires en fonction des priorités nationales dans le cadre des expérimentations a été remplacé par un « ciblage involontaire » découlant de la généralisation temporaire de la télémédecine durant la crise sanitaire. Les difficultés observées au niveau national ont des traductions concrètes au niveau local. L'analyse des freins et des opportunités au niveau territorial, à l'APHP et au Groupe hospitalier universitaire (GHU) Henri Mondor, permet de présenter les enjeux pratiques et opérationnels dans la généralisation de la télémédecine.

⁶⁰ Alexandre Mathieu-Fritz, LES TÉLÉCONSULTATIONS EN SANTÉ MENTALE Ou comment établir la relation psychothérapeutique à distance, La Découverte | « Réseaux », 2018/1 n° 207 | pages 123 à 164.

⁶¹ Clémence MARTY CHASTAN, Directrice préfiguratrice Direction de la Stratégie et de la Transformation, AP-HP, Journée de formation : LA TÉLÉMÉDECINE : UN DÉFI D'ÉQUIPE, 26 mai 2020.

2 Le pilotage au niveau territorial a permis de déployer la télémédecine en cohérence avec les besoins locaux, mais la pérennisation des projets demeure incertaine en raison des difficultés financières et des intérêts divergents entre les acteurs

2.1 Le pilotage médico-administratif, au niveau central à l'APHP et au niveau du GHU, permet de développer les projets de télémédecine en adéquation avec les besoins locaux

2.1.1 La stratégie numérique régionale en cohérence avec la stratégie nationale permet à l'APHP de propulser de nombreux projets dans ses territoires

La stratégie nationale trouve sa déclinaison au niveau régional en Ile-de-France. La stratégie de transformation du système de santé au niveau national envisage un « virage numérique en santé ». La télémédecine prend une place conséquente dans cette stratégie⁶². La fin du cadre expérimental rend nécessaire « pour les régions d'initier une réflexion approfondie sur le modèle économique actuel et cible des plateformes régionales »⁶³ de la télémédecine. Cette réflexion se déroule tant au niveau de l'ARS qu'au niveau régional.

L'ARS d'Ile-de-France, dans son projet régional de santé 2018-2020, accorde une place importante à la télémédecine. La mise en place d'une organisation territoriale adaptée est envisagée.⁶⁴ L'ARS, en cohérence avec la stratégie nationale et les besoins territoriaux, priorise des territoires et des populations. Le schéma régional de la santé indique la nécessité de poursuivre le déploiement de la télémédecine au profit de deux types de patients : ceux vivant dans des lieux de privation de liberté (prisons, centres de rétention administrative, zones d'attente de personnes en instances, etc.) et les personnes hébergées dans des centres dédiés (migrants, SDF, etc.).⁶⁵

La région Ile-de-France est aussi active au sujet de la télémédecine. Le Conseil régional a mis en place un programme « Smart Région Initiative » (2018-2022) dans le but de

⁶² Ministère des solidarités et de la santé, Stratégie de transformation du système de santé, Avancement du « virage numérique en santé », Décembre 2019.

⁶³ ASIP-Santé, Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine, Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine, 2018.

⁶⁴ ARSIF, Projet Régional de Santé d'Ile-de-France, Schéma régional de santé, septembre, 2018.

⁶⁵ Ibid.

renforcer l'attractivité des territoires et de lutter contre les déserts médicaux.⁶⁶ Dans ce cadre, les projets numériques avec des enjeux d'intégration socioéconomiques et organisationnelles ont été encouragés.⁶⁷ A titre d'exemple, la région a développé avec son prestataire GCS-SESAN « Outil régional de télémédecine d'Ile-de-France » (ORTIF). Mis en place en 2014, celui-ci permet de réaliser des activités de télémédecine (principalement téléconsultation et téléexpertise mais également téléassistance, télésurveillance et téléstaffs). Il permet d'échanger de manière sécurisée des télédossiers, de réaliser des échanges avec une solution de vidéo transmission et de prévoir un circuit administratif.⁶⁸ Si son usage reste relativement faible, ORTIF connaît une évolution croissante avec une augmentation de 60% d'activité entre 2017 et 2018.⁶⁹

Face au dynamisme régional concernant le développement d'une solution technique pour promouvoir la télémédecine, l'APHP n'a pas souhaité construire un outil complémentaire ou concurrent. Dans son plan stratégique, l'APHP identifie trois leviers différents : (1) Faire de la télémédecine un mode d'exercice quotidien ; (2) Promouvoir ORTIF dans un environnement technique adapté ; (3) Développer une offre régionale.⁷⁰ La stratégie de l'APHP concernant la télémédecine, portée par la Direction de l'Organisation Médicale et des relations avec les Universités (DOMU) au sein du Service Parcours des patients et Organisations médicales innovantes, s'articule avec la feuille de route nationale et des priorités régionales.

A noter que l'APHP est précurseur dans le déploiement de certaines activités de télémédecine. A titre d'exemple, le projet d'OPHDIAT pour le télé-dépistage des rétinopathies diabétiques a été mis en place dès 2004. Malgré la précocité de la télémédecine à l'APHP, le niveau d'activité est resté relativement faible. Environ 66 000 patients ont été pris en charge en télémédecine en 2017⁷¹ (environ 2 700 en téléconsultation, 52 000 en téléexpertise et 10 000 en télésurveillance) sur 8,3 millions de patients pris en charge⁷². L'APHP a fixé un objectif de 150 000 téléconsultations par an (facteur multiplicatif de 55 par rapport à l'année 2017), ce qui souligne que le potentiel de télémédecine n'était pas pleinement exploité. Au total, une quarantaine de projets peuvent être recensés au niveau de l'APHP en 2018 comme le montre la figure n°10.

⁶⁶ Dubreuil M. E-santé : décryptage des pratiques et des enjeux. Observatoire régional de santé Île-de-France. 2019.

⁶⁷ Dubreuil M. E-santé : décryptage des pratiques et des enjeux. Observatoire régional de santé Île-de-France. 2019.

⁶⁸ ASIP-Santé (ANS), Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine, Juillet 2019.

⁶⁹ <http://www.sesan.fr/projet/ortif-plateforme-telemedecine>.

⁷⁰ APHP, La télémédecine à l'AP-HP Plan stratégique, Bureau CME, le 9 janvier 2018.

⁷¹ APHP, L'AP-HP déploie ses activités de télémédecine, Communiqué de presse, 3 septembre 2018.

⁷² APHP, Rapport annuel, 2018.

Figure 10 : Projets principaux de télémédecine à l'APHP

Principaux projets	Thématique	Site	
TLE	2018	Dermato	HUPNVS, Mondor, Avicenne (Migrants)
		Dentaire	Mondor, L. Mourier, Ste Péline
		Radio-pédiatrie	Bicêtre, Trousseau, R. Debré
		OPH (UMIF) – Hors ORTIF	Cochin et Necker
	ORTIF V1/V2 2018-2019?	Médecine fœtale	Trousseau
		Onco-néphro	Pitié
		OPH du prématuré	Necker
		Télé-EEG	Lariboisière
	2019	Téléinfectio pédiatrique	Trousseau
		Formulaires	SURVI, méd fœtale, bucco-dentaire
???	Ana-path		
TLC directe	2018	MICI	Beaujon
		Télépsy	Pitié, Bicêtre
		Autres	2 ^{ème} cons préop (Pitié), mal rares (Necker), cardio (Avicenne)
Discipline (TLE, TLC directe, TLC, TLS)	2018	Insuf. cardiaque	H. Mondor et Avicenne
		Psychiatrie (TEPAPS)	Bicêtre
		Gériatrie	Organisation d'une offre AP (CASVP)
TLS « hors Etapes »	2018	Anticoagulants	Lariboisière et Beaujon
		Chirurgie	Bichat
		Telcom	Beaujon
		Applichemio	Pitié
		Insuffisance rénale	Pitié (NB dialyse à domicile)
TLS « Etapes »	2018	DMI Cardio	5 sites
		Diabéto ...	Pitié

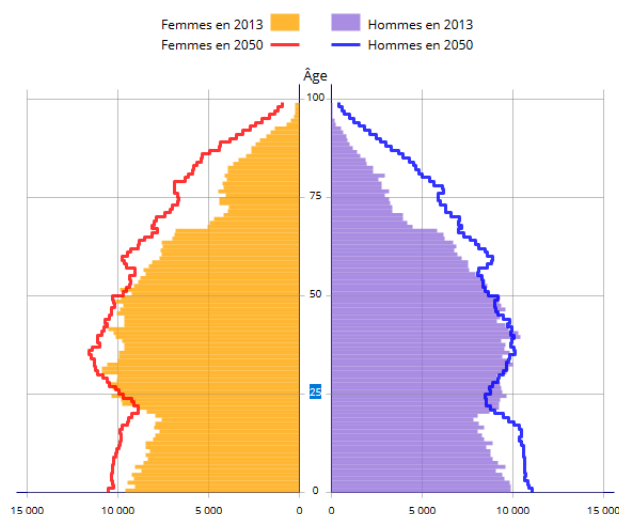
Source : La télémédecine à l'APHP, Bureau CME, PPT, 2018.

2.1.2 Les caractéristiques territoriales du département de Val-de-Marne offrant des conditions propices au développement des projets de télémédecine

Les départements de Val de Marne et de l'Essonne, sur lesquels les cinq sites du Groupe hospitalier universitaire (GHU) Henri Mondor sont implantés, présentent des caractéristiques spécifiques correspondant aux besoins et aux priorités pouvant être adressés en partie à travers le développement de la télémédecine. A titre d'illustration, un état des lieux territorial du Val de Marne peut être conduit. Sur 1,3 millions d'habitants dans le département, 7% de la population a plus de 75 ans. Ce chiffre est amené à être doublé d'ici 2050 (cf. la figure n°10). En parallèle de vieillissement important de la population, la densité de l'offre de soins reste relativement faible dans le département : 385 médecins pour 100 000 habitants au Val de Marne, 250 en Essonne contre 395 pour la région Ile-de-France et 340 pour la France métropolitaine.

La présence d'environ 130 établissements dédiés à l'accueil des personnes âgées dans le département de Val de Marne et de plusieurs centres de détention – en particulier le Centre pénitentiaire de Fresnes au Val de Marne et la Maison d'arrêt de Fleury-Mérogis en Essonne – représente des opportunités pour développer l'activité de télémédecine.

Figure 11 : Pyramide des âges du département Val de Marne



Source : Recensement de la population, 2013, INSEE.

En plus de ces éléments structurels, quelques éléments conjoncturels peuvent également être pris en considération. L'accroissement des passages aux urgences, la problématique de régulation, la prise en charge difficile des personnes de plus de 75 ans au SAU et les difficultés pour organiser l'aval de gériatrie ont rendu nécessaire le développement de solutions innovantes dans le territoire pour mieux prendre en charge les patients. A titre d'exemple, le Centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC), situé à quelques mètres du GHU Henri Mondor, a mis en place une plateforme de téléconsultation aux urgences.⁷³ Il s'agit d'une première plateforme de ce type en France. L'idée consiste à laisser le choix aux patients qui se présentent aux urgences de s'orienter vers la plateforme de téléconsultation pour réaliser une consultation avec un médecin à distance en présence des infirmiers. L'Ordre des médecins du Val de Marne a également émis le souhait de développer des plateformes de téléconsultation locales en inscrivant ce dispositif dans un parcours de soins coordonné et en impliquant les médecins libéraux et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).⁷⁴ Cette dynamique souligne le fait que les projets de télémédecine peuvent correspondre aux besoins territoriaux.

2.1.3 La cartographie des projets de télémédecine au niveau du GHU souligne l'existence d'un dynamisme propulsé par le binôme médico-administratif

Le GHU Henri Mondor se caractérise par un certain dynamisme concernant la télémédecine. La présence d'un binôme médico-administratif permet d'accompagner sur les aspects médicaux et administratifs les projets de télémédecine dans les services de

⁷³ Anonyme, Le Val-de-Marne pionnier de la téléconsultation aux urgences du CHI de Créteil, article de presse, 94 Citoyen, 25/01/2019.

⁷⁴ L'Ordre des médecins du Val-de-Marne va créer des plates-formes de téléconsultation locales, article de presse, 94 Citoyen 25/01/2019.

soins, d'identifier des gisements potentiels et de propulser la dynamique engagée au niveau du Groupe hospitalier. Le pilotage médico-administratif permet d'identifier les référents de télémédecine pour le siège de l'APHP et pour les professionnels locaux.

Une cartographie détaillée d'une dizaine de projets a été effectuée au GHU Henri Mondor (cf. annexe V). La figure 11 permet de synthétiser les caractéristiques essentielles des projets de télémédecine. Cette liste souligne la diversité des dispositifs – téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance – et la présence de plusieurs spécialités – dermatologie, cardiologie, odontologie, etc. A noter que ces projets s'inscrivent dans la stratégie nationale et répondent aux priorités locales fixées par l'ARS, le siège de l'APHP et le Groupe hospitalier. A titre d'exemple, le projet de « Télédent » concernant la dentisterie s'adresse principalement aux populations détenues dans le Centre pénitentiaire de Fresnes. Le projet « Gériatrix », mis en place sur le site gériatrie d'Emile Roux, s'adresse aux EHPAD du territoire pour les téléconsultations et les téléexpertises.

Figure 12 : cartographie synthétique des projets de télémédecine au GHU Henri Mondor

	Projet	Année de démarrage	Spécialité	Type d'acte
1	Teleaddictologie	2019	Addictologie	TLC
2	Telecardiologie - ICC	2016	Cardiologie	TLS
3	Teledent	2016	Odontologie	TLE
4	Telderm	2016	Dermatologie	TLE
5	Telediabetologie	2018	Endocrinologie	TLS
6	Gériatrix	2016	Gériatrie	TLE TLC
7	Teleoncologie	2016	Oncologie	TLS
8	Teleorthopedie	2019	Orthopédie	TLC
9	Telepsychiatrie	2018	Psychiatrie	TLC
10	Teleradiologie	2017	Radiologie	TLE
11	Telerythmologie	2014	Cardiologie	TLS

Source : GHU Henri Mondor, 2020.

Le dynamisme engagé par le GHU Henri Mondor concernant le déploiement de la télémédecine peut être souligné à travers deux exemples. D'abord, le projet « Telderm » de dermatologie est un projet de référence au niveau de l'APHP. Ce projet précurseur a permis « d'implémenter et d'intégrer un service de télédermatologie afin de permettre à une activité sauvage non sécurisée et non structurée utilisant les e-mails les SMS et les MMS de se structurer comme activité médicale ». ⁷⁵ De la même manière, le projet concernant l'insuffisance cardiaque est un projet précurseur au niveau national: protocole de coopération repris au niveau national, transfert des compétences aux paramédicaux, création d'une cellule de télésurveillance composée d'infirmiers. ⁷⁶ Un projet d'article 51⁷⁷ a été validé avec une expérimentation de trois ans permettant de créer des

⁷⁵ Tu-Anh Duong. Intégration par les usages d'une innovation en santé : La télédermatologie. Autre. Université Paris-Saclay, 2016.

⁷⁶ APHP, Un nouveau modèle de parcours de soin pour améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques au sein des Hôpitaux universitaires Henri-Mondor, Communiqué de presse, 05/04/2018.

⁷⁷ Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 : dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits.

cellules identiques dans les autres GHU de l'APHP. Ces projets soulignent l'existence d'un certain dynamisme au GHU. Il poursuit l'objectif d'améliorer le parcours de soins, d'accroître l'efficacité dans la prise en charge et de renforcer l'accès aux soins pour les patients. Nonobstant l'existence de plusieurs projets précurseurs, certains dispositifs de télémédecine rencontrent des difficultés non négligeables ne rendant pas possible la généralisation de l'activité.

2.2 Les difficultés liées à la fois au financement des dispositifs et aux compromis à trouver face aux intérêts divergents peuvent freiner le développement de certaines activités de télémédecine

2.2.1 Articulation difficile entre la ville, l'hôpital et les établissements médico-sociaux afin de mettre en place un parcours de soins dédié

Plusieurs éléments ont été identifiés par l'ANAP concernant l'émergence et le développement des projets de télémédecine au niveau territorial : gouvernance, pilotage et gestion de projet, ressources humaines, formation, communication, système d'information, logistique et matériel et évolution post-déploiement en fonction des besoins.⁷⁸

Une première difficulté observée au niveau territorial concerne l'articulation nécessaire entre la ville et l'hôpital pour développer et promouvoir les projets de télémédecine. Celle-ci concerne la structuration de la gouvernance territoriale et la mise en place des instances de pilotage entre les établissements hospitaliers et médicosociaux du territoire. A titre d'exemple, la mise en place du projet de la plateforme de télémédecine de l'hôpital intercommunal de Créteil (CHIC) ne s'est pas articulée avec les autres établissements à proximité. Une des raisons d'un manque d'articulation entre les établissements hospitaliers du territoire sur la stratégie numérique, et la télémédecine en particulier, est l'enchevêtrement des structures de coopération : le GHU Henri Mondor se retrouve à l'APHP avec les autres GHU alors que le CHIC s'inscrit dans le GHT Val-de-Marne Est. Il n'existe pas d'instance dédiée à la télémédecine au niveau territorial permettant aux établissements d'échanger et de développer des projets de télémédecine en coordination. Pour certains dispositifs, des projets d'un poste médical partagé entre les différents établissements existent, en particulier pour la radiologie.⁷⁹

Des difficultés d'articulation avec les structures médicosociales existent également dans le développement des projets de télémédecine et pour envisager la généralisation de certains dispositifs. A titre d'exemple, le projet de Télédent, un dispositif innovant de téléexpertise initialement dédié au Centre pénitentiaire de Fresnes, s'est retrouvé en

⁷⁸ La Télémédecine en action Construire un projet de télémédecine, ANAP, FÉVRIER 2016.

⁷⁹ Entretien, Pr Alain Luciani, Cartographie des projets de télémédecine, 2020.

difficulté pour engager des partenariats avec les EHPAD du territoire. En effet, la divergence d'intérêt des différentes structures constitue l'obstacle principal. La réalisation d'une expertise bucco-dentale présente plusieurs effets bénéfiques pour les patients des EHPAD : améliorer la prise en charge, éviter le renoncement aux avis spécialisés, améliorer la qualité de vie, éviter le déplacement des personnes âgées fragiles. Toutefois, les structures médico-sociales restent hésitantes pour s'engager dans ce dispositif en raison de présence des difficultés d'aval pour accueillir le patient après la réalisation de la téléexpertise.⁸⁰ Le service d'odontologie du GHU ne peut pas systématiquement garantir l'accueil en présentiel des patients diagnostiqués à distance. L'hôpital et les structures médico-sociales ont ainsi des objectifs divergents rendant difficile le développement de ce projet. La construction d'un projet commun autour de la télémédecine avec les EHPAD du territoire pourrait permettre de mieux converger les intérêts et les attentes des différentes structures.

A noter que le dialogue entre les différents projets existe notamment entre les sites du GHU même si les échanges pourraient être mieux intégrés et renforcés. A titre d'exemple, la possibilité pour le projet Telderm d'être sollicité par les sites gériatriques concernant l'expertise en dermatologie a été prévue.⁸¹ Le projet Télédent a eu des difficultés pour développer l'expertise d'odontologie au profit des sites gériatriques du GHU. Le projet consistant à former une infirmière pour le dispositif de télémédecine à destination du site gériatrique d'Emile Roux n'a pas abouti.⁸² Enfin, plusieurs difficultés ont été observées concernant l'articulation des projets de télémédecine avec les acteurs de la ville. A titre d'exemple, le projet Gériatrix, projet de téléconsultation et de téléexpertise pour les patients gériatriques, a des difficultés concernant l'interopérabilité des plateformes avec les médecins libéraux. L'absence d'outils informatiques compatibles et l'existence des ruptures dans le parcours de soins des patients expliquent ces difficultés d'articulation avec les médecins généralistes.

2.2.2 Des difficultés financières et administratives pour développer certains projets de télémédecine

Les acteurs locaux désignent également les aspects financiers et administratifs comme un frein à la généralisation de la télémédecine.⁸³ La nécessité d'envisager un modèle financier incitatif constitue un enjeu majeur pour pérenniser et développer les dispositifs de télémédecine comme la télédermatologie.⁸⁴ L'absence d'un circuit fonctionnel de

⁸⁰ Entretien, Pr PHILIPPE PIRNAY, Cartographie des projets de télémédecine, 2020.

⁸¹ Réunion d'information, Dr Tu-Anh Duong, mars 2020.

⁸² Entretien, Pr PHILIPPE PIRNAY, Cartographie des projets de télémédecine, 2020.

⁸³ Ibid.

⁸⁴ Duong TA. Télédermatologie : quel modèle en France ? *Ann Dermatol Venerol* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.02.004>.

facturation et d'un « business model » créent des doutes pour les pouvoirs publics sur l'efficacité de la télémédecine⁸⁵. Par exemple, il serait nécessaire de bien identifier le temps médical et le temps administratif dédiés à l'activité afin d'avoir la valorisation financière adéquate, ce qui peut ne pas être le cas pour certains projets de télémédecine.

L'OMS, dans son rapport consacré à la santé numérique en Europe, a pointé les difficultés dans les procédures de remboursement pour la télémédecine en France.⁸⁶ Ces difficultés sont observables au niveau local. En absence d'un financement incitatif – l'existence d'une enveloppe initiale à un niveau important pour couvrir les coûts fixes du projet et le fonctionnement du circuit de facturation pour couvrir les coûts variables –, la généralisation ou le déploiement sur une plus grande échelle des dispositifs de télémédecine reste difficile à envisager. A titre d'exemple, certains projets ont rencontré des difficultés majeures pour valoriser l'activité notamment dans le cadre du programme ETAPES qui s'est révélé être un « frein » plutôt qu'un dispositif facilitateur en l'occurrence pour les projets de télésurveillance en rythmologie.⁸⁷ Ces difficultés financières pour développer les projets de télémédecine peuvent engendrer un cercle vicieux : besoin de financements supplémentaires pour développer un projet, nécessité de se développer davantage pour pouvoir demander des financements supplémentaires et pérennes.

Les « complexités administratives » peuvent également être considérées comme des freins importants en présence des difficultés en matière réglementaire et administrative.⁸⁸ Avec l'entrée dans le droit commun, le codage de l'activité représente également un enjeu important. Face à l'impossibilité de coder l'activité et de se rendre visible, certains projets se trouvent freinés dans leur lancée et stagnant à un stade initial. A titre d'exemple, certains projets réalisent des téléconsultations dans un mode dégradé sans prévoir un circuit administratif de codage. Le fait de ne pas utiliser les outils institutionnels – notamment ORTIF – et de ne pas avoir les informations administratives sur le patient ne permet pas d'assurer la valorisation financière de l'activité. En absence d'un circuit de codage et de facturation robuste, le développement de certains dispositifs de télémédecine reste difficile.

Enfin, la question d'articulation avec la tarification à l'activité (T2A) se pose également. La T2A peut être considérée comme un « frein » au développement de la téléconsultation

⁸⁵ Bergmo TS, How to Measure Costs and Benefits of eHealth Interventions: An Overview of Methods and Frameworks, J Med Internet Res, 2015.

⁸⁶ OMS, From Innovation to Implementation. eHealth in the WHO European Region, 2016.

⁸⁷ Entretien, Dr Nathalie Elbaz, Mme Murielle Duchenne, Cartographie des projets de télémédecine, 2020.

⁸⁸ GT33, Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS), CSF, Permettre l'émergence d'une stratégie industrielle en matière de e-santé, en soutien de la politique de santé publique, en associant les industriels, Lever les freins au déploiement de la télémédecine, 2014.

pour plusieurs raisons. Le développement de la télémédecine est susceptible de réduire ou de susciter des fuites d'une partie des hospitalisations, cœur de l'activité des établissements et sources de recettes. Par rapport à l'activité en présentiel, la télémédecine reste sous-valorisée, ce qui constitue également un obstacle à son développement. En outre, les activités de télémédecine pour les patients hospitalisés ne peuvent pas être facturées à l'Assurance maladie, car celle-ci rentre dans le cadre de prestations inter-établissements. Enfin, le financement au parcours et la tarification mixte ville-hôpital restent difficiles, ce qui ne facilite pas l'articulation entre l'hôpital et les acteurs externes. Ces éléments administratifs et financiers freinent le développement des projets de télémédecine.

2.2.3 Des difficultés matérielles et techniques rendant difficile la généralisation de certains dispositifs de télémédecine

Les difficultés matérielles ne sont pas à négliger dans le développement et la généralisation de la télémédecine. Plusieurs projets ont pu rencontrer des difficultés concernant le matériel informatique. Une salle de télémédecine dédiée existe pour certains projets comme Gériatrix ou encore Télédent au GHU qui peuvent prévoir un cadre matériel adéquat. Pour une partie des projets, les conditions matérielles peuvent être caractérisées « d'artisanales ». Les acteurs peuvent être amenés à utiliser leur propre matériel ou réaliser la télémédecine avec des « solutions dégradées ».⁸⁹ Cela peut notamment découler d'un retard dans le démarrage du projet ou dans l'expression des besoins matériels et peut constituer un frein au développement de la télémédecine.

Les obstacles techniques présentent également un enjeu majeur rendant difficile le développement de la télémédecine.⁹⁰ La télémédecine représente avant tout aujourd'hui un défi organisationnel dans « le déploiement à grande échelle de cette innovation de procédure ».⁹¹ Toutefois, les aspects technologiques sont toujours essentiels. A titre d'exemple, la question d'interopérabilité des données et des outils peut être soulignée qui constitue un sujet crucial au niveau de l'APHP et au niveau du GHU. En effet, le logiciel patients ORBIS contenant les dossiers médicaux n'est pas « connecté » avec l'outil de télémédecine ORTIF, ce qui crée des doublons dans le circuit médical et administratif. Cette interopérabilité est « nécessaire pour accélérer le déploiement de la télémédecine »⁹² et son absence empêche la généralisation de certains dispositifs.

⁸⁹ Entretien, Jean-Baptiste TRABUT, Cartographie des projets de télémédecine, 2020. Entretien, Charles-Henri FLOUZAT, Cartographie des projets de télémédecine, 2020.

⁹⁰ Clemens Scott Kruse et al., Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review, *Journal of Telemedicine and Telecare*, First Published October 16, 2016.

⁹¹ Tu-Anh Duong. Intégration par les usages d'une innovation en santé : La télédermatologie. Autre. Université Paris-Saclay, 2016.

⁹² Pr Raphaël VIALLE, Chirurgien orthopédiste, Hôpital Armand Trousseau, Journée de formation, La télémédecine : un défi d'équipe, 2020.

Enfin, la généralisation de la télémédecine représente un défi majeur pour le système d'information hospitalier - ensemble de moyens humains, techniques et organisationnels visant à assurer la circulation de l'information dans une structure. Les difficultés concernant le développement du Dossier médical partagé (DMP) ou la mise en place de la messagerie numérique sécurisée ont des effets sur le déploiement de la télémédecine. Afin de pallier les retards concernant la déclinaison de la stratégie numérique, le programme Terr-eSanté a été mis en place en 2014 dans le cadre du programme national Territoire de Soins Numérique (TSN) pour améliorer la coordination des parcours de soins sur la base des solutions numériques innovantes par l'ARS d'Ile-de-France.⁹³ Si le programme Terr-eSanté permet de faciliter le développement des dispositifs de télémédecine, leur généralisation nécessite un changement de paradigme pour exploiter pleinement le potentiel du numérique en santé dans les territoires.⁹⁴ Les difficultés matérielles et techniques, comme les difficultés financières et administratives, constituent des freins majeurs à la généralisation de la télémédecine au niveau local.

2.3 Si la télémédecine est devenue indispensable pendant la crise sanitaire au GHU, elle peine à être considérée comme un élément structurant de l'offre de soins

2.3.1 La télémédecine a permis de remplacer une partie importante de l'activité en présentiel

Avant la crise sanitaire, des objectifs relativement modestes ont été fixés par l'APHP sans un but de généraliser la télémédecine (cf. Figure 13). En effet, un objectif de 50 000 téléconsultations a été fixé pour l'année 2020 sur 5 millions de consultations (1% de consultations réalisées par ce moyen). L'objectif en 2022 était d'atteindre 150 000 téléconsultations, soit 3% de consultations au total.

Figure 13 : Objectifs chiffrés à l'APHP

	Actuel (2016)	Objectif 2020	Coefficient multiplicateur / 2016	Objectif 2022	Coefficient multiplicateur / 2016
Téléconsultations % des Cs de l'AP-HP	2 055 0.04%	50 000 1%	≈ 25	150 000 3%	≈ 70
Téléexpertise	30 945	50 000	≈ 2	70 000	≈ 2
Télésurveillance	12 609	30 000	≈ 2	60 000	≈ 5
TOTAL	45 609	150 000	≈ 3	280 000	≈ 6

Source : Formation des équipes de l'AP-HP, PPT, 26 mai 2020.

Pendant la crise sanitaire, la poursuite de soins a été difficile pour une partie importante de l'activité d'hospitalisation ainsi que pour les consultations externes. Pour y faire face, la mise en place des téléconsultations a été encouragée par l'APHP avec la possibilité

⁹³ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/terr-esante-territoires-de-soins-numeriques>

⁹⁴ Conseil national du Numérique, CONFIANCE, INNOVATION, SOLIDARITÉ : POUR UNE VISION FRANÇAISE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ, 2020.

d'utiliser une solution dégradée.⁹⁵ En conformité avec les consignes nationales, l'utilisation du téléphone a été autorisée pour les téléconsultations notamment pour les patients atteints ou suspectés de COVID19, les patients en ALD, les patients âgés de 70 ans et ceux vivant en zone blanche sans smartphone.⁹⁶ La totalité de l'activité en télémédecine réalisée a été codée avec la possibilité de facturation malgré l'utilisation des « solutions dégradées ».⁹⁷

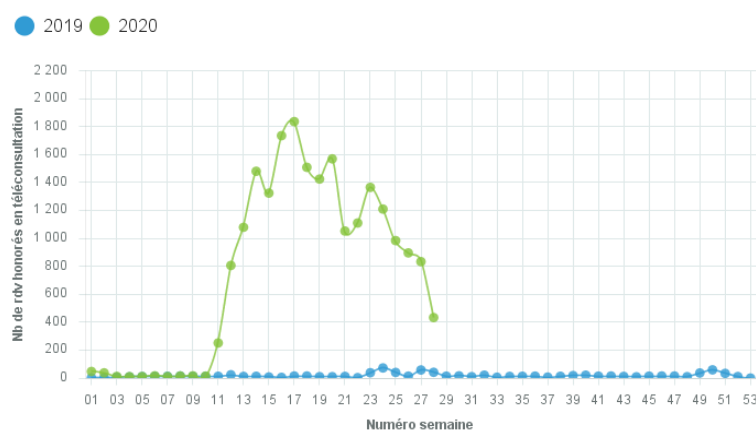
Durant la crise sanitaire, l'activité de télémédecine a augmenté exponentiellement à l'APHP et au GHU Henri Mondor. Une analyse d'activité entre janvier et juin 2020 peut être effectuée. Sur les six premiers mois de l'année 2019, 400 téléconsultations ont été réalisées.⁹⁸ Pour la même période en 2020, 20 000 téléconsultations ont été réalisées soit un facteur multiplicatif de 50. Environ 15% des consultations ont été réalisées sur la période étudiée par la télémédecine.

Figure 14 : Activité de téléconsultation à l'hôpital Henri Mondor en 2020

Mois	Consultations	Téléconsultations	Part TLC/CLS
Janvier	31 140	115	0%
Février	27 042	55	0%
Mars	20 620	2 155	10%
Avril	15 512	7 084	46%
Mai	19 761	5 633	29%
Juin	30 144	4 775	16%
TOTAL	144 219	19 817	14%

Cinq disciplines sont principalement concernées par la télémédecine au GHU : psychiatrie, addictologie, hépato-gastro-entérologie, dermatologie et oncologie.

Figure 15 : Evolution de l'activité de la télémédecine à l'hôpital Henri Mondor



Source : Données internes, 2020.

⁹⁵ APHP, Notice d'information patient, Téléconsultation avec un médecin de l'APHP via une solution dégradée de visioconférence, 18 mai 2020

⁹⁶ APHP, Recours à la télémédecine, Tutoriel pour l'utilisation de l'outil WhatsApp Business, dans le cas d'une téléconsultation directe en visioconférence, 8 avril 2020

⁹⁷ APHP, Notice d'information pour les patients Téléconsultation / Télésoin sur ORTIF avec un professionnel de santé de l'AP-HP, DMU – 18 mai 2020.

⁹⁸ Un biais important est à signaler. Une partie non négligeable de l'activité de téléconsultation n'était pas « codée » en 2019. Toutefois, la faiblesse de l'activité totale est avérée en 2019 et ce biais ne fausse pas l'ordre de grandeur des données.

La crise sanitaire a représenté une rupture majeure pour les professionnels de santé concernant la télémédecine. Avec la fin des obstacles administratifs et des restrictions réglementaires, les professionnels de santé ont été accompagnés pour mettre en place la massification de la télémédecine. En effet, la crise a permis de « faire disparaître beaucoup de verrous ». ⁹⁹A titre d'exemple, l'outil institutionnel ORTIF a été conforté avec le passage de 344 comptes d'accès à plus de 12 000 comptes, créés pour tous les médecins à l'APHP. L'usage de cet outil a fortement augmenté en quelques jours, ce qui représente une évolution majeure.

2.3.2 La télémédecine a montré son caractère souple et mutant pendant la crise sanitaire

L'augmentation considérable de l'activité de télémédecine montre le caractère souple et mutant de cet outil. Deux éléments permettent d'étayer ce constat : la création de nouvelles activités médicales pendant la crise sanitaire avec la télémédecine, la mutation d'une partie d'activité médicale existante vers la télémédecine.

Pendant la crise sanitaire, l'APHP a mis en place « le plus grand programme mondial de télésurveillance » ¹⁰⁰. Il s'agit du dispositif « COVIDOM ». Mis en place en quelques jours, le COVIDOM est une plateforme qui permet d'assurer une surveillance des patients COVID+ peu sévères pendant 30 à 60 jours. La plateforme utilisée a été inspirée d'un projet de télésurveillance d'oncologie -, Onco'nect - du GHU Henri Mondor. Il s'agit d'un suivi automatisé des patients en ambulatoire. Le patient répond tous les jours à un questionnaire et des alertes - rouge ou orange - sont émises en fonction de l'état du patient. En cas d'alerte, le patient est contacté par une équipe médicale. 260 000 alertes ont été traitées pendant le confinement avec un délai moyen de réponse de 4 minutes. Le COVIDOM a aussi permis de déclencher 285 réponses SAMU sur les trois premiers mois. Ce dispositif souligne le côté souple et agile de la télémédecine. Le dispositif a été mis en place rapidement. Ce dispositif a permis à la fois d'éviter les déplacements inutiles et de mieux prendre en charge les patients. ¹⁰¹

En outre, la télémédecine a aussi montré son côté mutant durant la crise sanitaire. Plusieurs services de soins avaient déjà des projets ou des dispositifs de télémédecine, mais ils demeuraient relativement limités. Le remplacement d'une partie importante de l'activité de consultations externes a été possible en raison du caractère mutable de l'outil. Deux exemples différents peuvent illustrer ce constat. Les téléconsultations, rendues possible par des moyens dégradés, a pu représenter jusqu'à deux tiers des consultations

⁹⁹ Clémence MARTY CHASTAN, Directrice préfiguratrice Direction de la Stratégie et de la Transformation, AP-HP, Journée de formation : LA TÉLÉMÉDECINE : UN DÉFI D'ÉQUIPE, 26 mai 2020.

¹⁰⁰ Pr Patrick JOURDAIN, Cardiologue, Hôpital Bicêtre (AP-HP Université Paris Saclay), Journée de formation : LA TÉLÉMÉDECINE : UN DÉFI D'ÉQUIPE, 26 mai 2020.

¹⁰¹ Ibid.

pour le service de Chirurgien orthopédiste pour certains GHU à l'APHP.¹⁰² Cette généralisation a été possible, car la télémédecine sous ses différentes formes a été acceptée par l'équipe médicale. Elle a montré ses usages multiples avec l'utilisation des plateformes externes comme zoom rendant possible la présence des proches. Elle a montré son intérêt stratégique avec la potentialité d'accroître l'activité en spécialité de pointe notamment concernant le 2^{ème} avis pour les patients de province. De la même façon, la crise sanitaire a permis de développer l'activité de téléconsultation en psychiatrie et en addictologie. Réalisée sous des formes différentes et variées – usage d'ORTIF, utilisation du téléphone et des applications tierces comme Whatsapp -, la télémédecine a permis d'éviter la rupture dans le parcours de soins des patients et a accru l'accès aux soins.¹⁰³ La capacité d'adaptation et de mutabilité de télémédecine lui a permis de se rendre indispensable durant la crise sanitaire rendant la généralisation inéluctable pour une partie non négligeable des disciplines médicales.

2.3.3 La télémédecine, sans un changement de paradigme, peine encore à être considérée comme un élément structurant de l'offre de soins

L'usage de la télémédecine, en particulier de la téléconsultation, a été dans certaines mesures généralisé pendant la crise sanitaire. Cette généralisation est toutefois temporaire malgré la prolongation d'une partie des mesures dérogatoires jusqu'au 30 octobre¹⁰⁴ – notamment concernant la prise en charge des patients suspectés d'infection ou reconnus Covid-19 – et des autres jusqu'au 31 décembre – notamment la prise en charge intégrale des actes de téléconsultation.¹⁰⁵ L'objectif est de « faciliter le recours et limiter les déplacements des patients dans les cabinets médicaux, et en conséquence de limiter encore les risques de propagation de la maladie ». ¹⁰⁶ La télémédecine peut ainsi continuer à se généraliser.

Il faut souligner que ces évolutions ne peuvent être considérées dans l'état actuel des choses des éléments structurels permettant de faire de la télémédecine un acte de médecine en soi. Le collectif de télémédecine, formé par le CATEL et la Société française de médecine générale (SFMG), souligne à ce titre la nécessité de « tirer tous les enseignements » de l'augmentation exponentielle de l'activité de télémédecine pour que

¹⁰² Pr Raphaël VIALLE, Chirurgien orthopédiste, Hôpital Armand Trousseau (AP-HP Sorbonne Université), Journée de formation : LA TÉLÉMÉDECINE : UN DÉFI D'ÉQUIPE, 26 mai 2020.

¹⁰³ Entretien, Dr Jean-Baptiste Trabut, Cartographie des projets de télémédecine, 2020.

¹⁰⁴ Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé

¹⁰⁵ Ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19

¹⁰⁶ Anonyme, Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020, JORF n°0149 du 18 juin 2020.

la pratique de téléconsultation « fasse sens et soit légitime ». ¹⁰⁷ Ainsi, la télémédecine ne serait pas encore être considérée comme une activité légitime pouvant être généralisée dans les domaines propices à cette pratique.

La généralisation « subie » de la télémédecine en raison de la crise sanitaire, sans une réflexion préalable au niveau stratégique, risque de soulever plusieurs difficultés fondamentales. Deux défis principaux peuvent être soulignés, lesquels pourraient affaiblir le développement de la télémédecine. Le déploiement accéléré de la télémédecine peut d'abord avoir un impact non négligeable sur plusieurs métiers à l'hôpital. A titre d'exemple, un « risque important pèse sur la viabilité du métier des assistants médico-administratifs » (AMA), ¹⁰⁸ car le travail du secrétariat classique dans les consultations externes pourrait considérablement évoluer. Il est ainsi fondamental d'anticiper l'évolution de ces métiers. De plus, l'évolution de la relation patient-professionnel doit également être anticipée. A titre d'exemple, le patient devient un élément actif dans sa prise en charge avec la télémédecine. Le patient se trouve en effet dans une configuration nouvelle : il serait possible de parler d'un « travail du patient » de concert avec le professionnel de santé. ¹⁰⁹ L'anticipation du changement de ces paradigmes permettrait à la télémédecine de se développer dans un cadre plus harmonisé.

La crise sanitaire a été un réel accélérateur de la télémédecine. Toutefois, des raisons intrinsèques liées à la nature de l'activité pourraient également expliquer des difficultés dans son déploiement plus important. En effet, même dans les domaines pouvant être propices au développement de la télémédecine, elle reste inadaptée pour une partie importante de la patientèle pour des raisons diverses – fracture numérique, personnes en perte d'autonomie, etc. Elle reste inadaptée à certains types de consultations et à certains types de pratiques médicales. La télémédecine se trouve ainsi dans un paradoxe : elle se veut être considérée une « consultation comme une autre » et en même temps elle réorganise *de facto* la médecine classique notamment dans le rapport entre le patient et le professionnel. ¹¹⁰

Enfin, la dernière raison freinant la généralisation de la télémédecine est la difficulté globale des outils de santé numérique à être pleinement déployés. Le changement du paradigme concernant la télémédecine pourrait seulement être envisagé avec

¹⁰⁷ Anonyme, Le collectif téléconsultation propose sept recommandations pour un déploiement pérenne, Hospimedia, 25/06/2020.

¹⁰⁸ AP-HP, Journée de formation : LA TÉLÉMÉDECINE : UN DÉFI D'ÉQUIPE, 26 mai 2020.

¹⁰⁹ Anne Mayère, PATIENTS PROJETÉS ET PATIENTS EN PRATIQUE DANS UN DISPOSITIF DE SUIVI À DISTANCE, La Découverte | « Réseaux », 2018/1 n° 207 | pages 197 à 225.

¹¹⁰ François CREMIEUX, Directeur Général Adjoint, Siège AP-HP, Remarques conclusives, Journée de formation : LA TÉLÉMÉDECINE : UN DÉFI D'ÉQUIPE, 26 mai 2020.

l'aboutissement de la transformation numérique dans ses différents aspects - DMP, prescription numérique, partage de données, messagerie de santé sécurisée, etc.¹¹¹ Le déploiement de ces différents outils permettrait à la télémédecine de se développer dans un cadre adapté. C'est dans ce cadre de la transformation numérique globale que la télémédecine pourrait être considérée comme un élément de restructuration et de rationalisation de l'offre de soins tout en étant un outil assurant la pertinence, l'efficacité et la qualité équivalente de prise en charge. Dans le cadre actuel, la télémédecine peut certes être considérée comme un outil novateur, mais sa généralisation n'est pas encore aboutie ou maîtrisée. La mise en place de plusieurs actions concertées, inscrites dans une stratégie globale de transformation numérique, pourrait permettre d'accompagner le développement généralisé de la télémédecine tant au niveau national que local.

¹¹¹ Conseil national du Numérique, Confiance, innovation, solidarité : pour une vision française du numérique en santé, 2020.

3 La mise en place d'un cadre administratif et financier plus incitatif et d'un pilotage territorial renforcé permettrait de généraliser la télémédecine dans un parcours de soins coordonné tout en rendant possible la restructuration et la rationalisation de l'offre de soins

La hausse considérable de l'activité de télémédecine a montré son potentiel pendant la crise sanitaire liée au COVID19 allant jusqu'à 25% de l'activité de consultations pour certaines disciplines. Plusieurs changements peuvent être envisagés afin d'accompagner et propulser le développement de cet outil. Des prérequis au niveau national [3.1] et des préconisations au niveau territorial [3.2] et au niveau hospitalier [3.3] pourraient être envisagés.

3.1 Le bilan des expérimentations et du cadre temporaire mis en place pendant la crise sanitaire devrait permettre de consolider les aspects administratifs et financiers pour envisager la généralisation de la télémédecine dans certains domaines

Plusieurs prérequis constituent des conditions *sine qua non* au niveau national afin de rendre possible le développement de la télémédecine à son potentiel.

3.1.1 Prérequis 1 : Sortir des expérimentations et du cadre dérogatoire avec l'entrée dans le droit commun plus consolidé et cohérent dans une stratégie numérique globale

Action 1 : Avoir un cadre réglementaire consolidé, cohérent et incitatif au niveau national pour encourager les professionnels à utiliser la télémédecine

Il est nécessaire de stabiliser et consolider le cadre réglementaire au niveau national. Depuis 2009, il est possible de parler d'une certaine « instabilité juridique » concernant la télémédecine, ce qui ne permet pas aux professionnels sur le terrain de se saisir aisément de l'outil. De la même façon, le cadre expérimental a été plutôt un frein pour le développement de la télémédecine, mais la fin des expérimentations a aussi entraîné un « emballement du marché autour de l'émergence de nombreux offreurs privés rendant difficile la lisibilité pour les acteurs »¹¹².

Le fait d'avoir un cadre consolidé et cohérent signifie également que l'ensemble des actes de télémédecine puisse sortir rapidement du cadre expérimental. En effet, le programme

¹¹² ASIP-Santé (ANS), Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine, Juillet 2019.

ETAPES continue d'exister pour la télésurveillance avec des conditions restrictives et rend difficile le développement de certains projets.¹¹³ La sortie du cadre expérimental concernant la télésurveillance, prévue en 2024, pourrait être anticipée pour répondre aux impératifs de santé découlant de la crise sanitaire liée au COVID19. L'entrée dans le droit commun de la totalité de la télémédecine permettrait de clarifier et de consolider cet outil pour les utilisateurs.

Il est aussi nécessaire de tirer les enseignements du cadre temporaire mis en place durant la crise sanitaire. Un bilan transitoire pourrait permettre de faire entrer certaines mesures dérogatoires dans le cadre réglementaire consolidé. Une réflexion peut être engagée sur quatre facteurs principaux favorisant la généralisation de la télémédecine : autorisation de la « primoconsultation » à distance, souplesse dans les moyens techniques utilisés, remboursement à 100% des téléconsultations, intégration plus large de nouveaux professionnels notamment à travers le télésoins.¹¹⁴

Dans cette réflexion, il est important de prendre en compte le parcours de soins dédié du patient et de rendre la télémédecine comme un élément restructurant et rationalisant l'offre de soins tout en maîtrisant l'aspect inflationniste d'activité. Le maintien de certaines dérogations dans le cadre législatif consolidé peut être envisagé. A titre d'exemple, il est possible de prévoir une certaine souplesse dans les moyens techniques pour certaines spécialités – psychiatrie, gériatrique, etc. – dans lesquelles l'utilisation de la visioconférence peut présenter des difficultés. De même, il serait possible de garder le remboursement à 100% pour certaines spécialités pour lesquelles les pouvoirs publics souhaitent accélérer la généralisation de télémédecine. Cette mesure d'incitation peut se révéler être très efficace afin de développer rapidement les téléconsultations. Enfin, il serait aussi possible d'assouplir le principe de connaissance préalable du patient comme prévu à la mesure 24 du Ségur de la santé.¹¹⁵ Il serait néanmoins nécessaire d'anticiper les risques d'une rupture du parcours de soins afin de garantir la graduation de soins. La consolidation et l'harmonisation du cadre réglementaire permettraient d'inciter les professionnels de santé, y compris les professionnels paramédicaux, à utiliser la télémédecine.

¹¹³ A titre d'exemple, certains projets, notamment concernant l'oncologie, ne rentrent pas dans le cadre expérimental mis en place par ETAPES et leur développement est ralenti en raison d'absence du cadre d'accompagnement et de financement aux niveaux national et local.

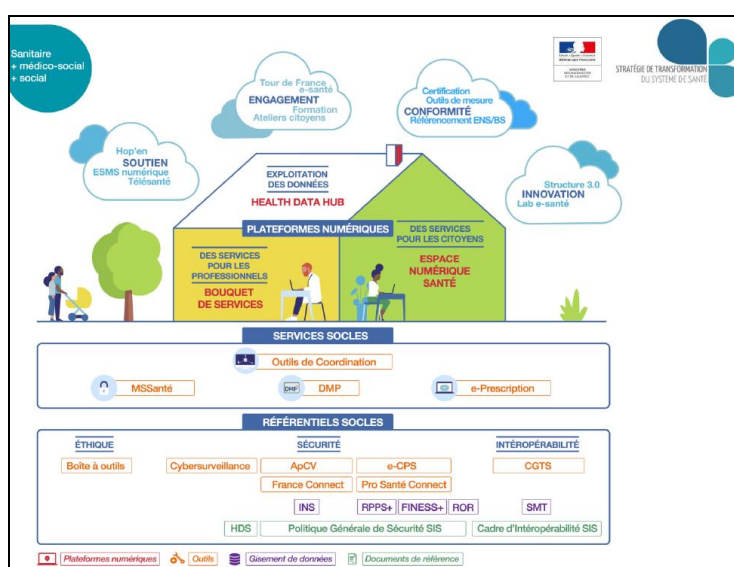
¹¹⁴ SFMG, CATEL, Recommandations sur la téléconsultation, Les enseignements du Covid-19 pour un développement adapté des pratiques, 25 juin 2020.

¹¹⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé, Ségur de la Santé, Les conclusions, Dossier de presse, juillet 2020.

Action 2 : Inscrire la télémédecine dans une stratégie numérique globale

Le développement et la généralisation de la télémédecine ne peuvent être envisagés sans le renforcement du cadre numérique global à l'hôpital. L'enjeu est d'anticiper et de promouvoir « l'hôpital numérique » dans le cadre d'un « système organisant des parcours de vie ».¹¹⁶ La santé numérique permet en effet d'envisager des « parcours plus coordonnés et personnalisés lors de la maladie ».¹¹⁷ La généralisation de la télémédecine s'inscrit dans ce cadre global, car le suivi à distance permet un maintien à domicile du patient et d'éviter les hospitalisations inutiles. La télémédecine constitue un élément essentiel de la santé numérique et nécessite le déploiement de tous les outils numériques pour être généralisée à son potentiel dans le but d'atteindre les objectifs de rationalisation et de graduation de soins fixés par les pouvoirs publics.

Figure 16 : Stratégie numérique globale



Source : Stratégie de transformation du système de santé, Décembre 2019.

Le fait d'inscrire la télémédecine dans une stratégie numérique globale permettrait d'envisager un « nouveau paradigme de pratique de la médecine issu de la santé numérique »¹¹⁸. Ce paradigme nécessite la mise en place d'une « stratégie cohérente » dans un cadre plus élargi en « levant l'ensemble des préalables » nécessaires à l'essor de la télémédecine.¹¹⁹ Certaines actions, déjà engagées, sur les éléments de stratégie numérique peuvent être renforcées. A titre d'exemple, le déploiement du dossier médical partagé et l'obligation de son alimentation permettraient à la télémédecine de se développer plus aisément. De même, le fait de combler le retard dans la dématérialisation

¹¹⁶ Hervé Dumez, Etienne Minvielle, Laurie Marraud, État des lieux de l'innovation en santé numérique : Rapport remis à la Fondation Pour l'Avenir, 2015.

¹¹⁷ Ibid.

¹¹⁸ Loick Menvielle et. Al, The Digitization of Healthcare, New Challenges and Opportunities, Palgrave Macmillan, 2017.

¹¹⁹ Cour des comptes, Rapport à la LFSS pour 2017, Chapitre VII, La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, septembre 2017.

et de sécurisation des prescriptions numériques et de messagerie numérique constituent également un prérequis pour la massification de la télémédecine.¹²⁰ Le fait de se doter d'une offre de services numériques socles permettant de partager les informations médicales et de communiquer en sécurité rend possible la généralisation de la télémédecine dans les domaines de prédilection pour les professionnels de santé.

3.1.2 Prérequis 2 : Envisager un cadre financier adapté et compatible avec la T2A pour permettre le développement de la télémédecine à l'hôpital

Action 1 : Offrir un cadre financier pérenne pour faciliter l'émergence des dispositifs de télémédecine

La question du financement des dispositifs de télémédecine est également un prérequis important pour accompagner le développement de la télémédecine. Sur la base des évaluations sur les expérimentations conduites, il est nécessaire de prévoir un cadre de financement pérenne pour les dispositifs ayant montré leur efficacité. Le financement des projets a été globalement assuré par des enveloppes générales notamment le fonds d'intervention régional (FIR). Environ 76 millions ont été mobilisés dans ce cadre entre 2014 et 2017 par les ARS. En 2017, le « Grand plan d'investissement 2018-2022 » préconisait d'accompagner le déploiement de la télémédecine avec une enveloppe dédiée de 50 millions d'euros pour l'ensemble des équipements numériques. Les pouvoirs publics ont annoncé en 2020 une enveloppe dédiée de 18 millions pour assurer le service dans tous les territoires avec l'entrée dans le droit de la télémédecine.¹²¹

Le recours inopiné et à un degré sans précédent à la télémédecine pendant la période de confinement a montré les limites d'un financement par ces uniques enveloppes. Ainsi, un effort supplémentaire concernant le financement est un prérequis pour accompagner la généralisation de la télémédecine. A l'image des plans hôpitaux 2007 et 2012, un plan hôpital numérique 2020 peut être envisagé afin de tirer les enseignements de la crise sanitaire et prévoir un investissement massif rendant possible aux niveaux technique, matériel et humain la généralisation de la télémédecine à l'hôpital.

L'évaluation des différents dispositifs et le bilan de la généralisation durant la crise sanitaire pourraient permettre de prévoir un investissement ciblé pour certaines disciplines. Un financement pérenne, pour permettre le démarrage et le maintien des projets dans les domaines concernés, permettrait de flécher ces investissements.

¹²⁰ Stratégie de transformation du système de santé, Avancement du « virage numérique en santé », Décembre 2019.

¹²¹ Gérald Gaglio et Alexandre Mathieu-Fritz, LES PRATIQUES MÉDICALES ET SOIGNANTES À DISTANCE. La télémédecine en actes, La Découverte | « Réseaux », 2018/1 n° 207.

Action 2 : envisager une meilleure valorisation financière en cohérence avec les autres outils de financement à l'hôpital

En plus d'un financement pérenne, la question de la valorisation des actes de télémédecine se pose également. La comparaison des différents modèles de valorisation et de financement montre l'intérêt d'un financement intégral des actes de la télémédecine inscrits au panier de soins avec la nomenclature organisme payeur public comme au Danemark. Le modèle de soins intégré constitué d'un tarif négocié avec les opérateurs tiers comme en Italie ou en Allemagne et le modèle de réseau de soins public dédié pour certaines maladies comme aux Etats-Unis demeurent peu lisibles et peu attractifs dans le développement de la télémédecine.¹²²

Depuis l'entrée dans le droit commun de la télémédecine, le cadre financier doit être clarifié. Si le financement des actes assuré par l'Assurance maladie se trouve souvent critiqué pour son niveau faible, la France pourrait s'inspirer du modèle danois avec la prise en charge intégrale de certains actes de télémédecine inclus dans le panier de soins en fonction des priorités de santé fixées par les autorités. Concernant la téléexpertise, la valorisation reste faible pour inciter et motiver les acteurs à saisir pleinement cet outil (cf. annexe III). Une réflexion peut être engagée pour revoir la valorisation financière de la téléexpertise.

Enfin, le cadre financier doit être articulé avec la tarification à l'activité à l'hôpital. La T2A peut être considérée comme un frein au développement de la télémédecine pour certains professionnels.¹²³ En effet, la logique d'activité peut s'opposer à la logique de télémédecine dont l'un des objectifs est d'éviter les hospitalisations inutiles et évitables. La généralisation de la télémédecine, remplaçant une partie de l'hospitalisation et les consultations externes, pour certaines spécialités peut être considérée comme peu attractive dans une logique de tarification à l'activité. Dans cette perspective, elle peut se heurter à une « politique de financement non établie ».¹²⁴ Il serait nécessaire de renforcer l'articulation entre la valorisation financière de la télémédecine et les autres outils de financement à l'hôpital en particulier la T2A notamment à travers la forfaitisation d'une partie d'activité de télémédecine.

¹²² Télémédecine 2020 Modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques, Synitem, Syntec, Livre Blanc, 2013.

¹²³ Clémence MARTY CHASTAN, Directrice préfiguratrice Direction de la Stratégie et de la Transformation, AP-HP, Journée de formation : LA TÉLÉMÉDECINE : UN DÉFI D'ÉQUIPE, 26 mai 2020.

¹²⁴ HAS, Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation, RAPPORT D'ÉVALUATION MEDICO-ÉCONOMIQUE, 2013.

3.1.3 Prérequis 3 : Envisager la généralisation de la télémédecine dans un cadre conventionnel pour certaines spécialités de l'offre de soins

Action 1 : Sur la base des bilans de l'activité de télémédecine pendant la crise sanitaire, généraliser les téléconsultations pour restructurer certains domaines de soins

Le bilan de l'activité pendant la crise sanitaire permet d'avoir un cadre d'analyse intéressant afin d'identifier les domaines principaux compatibles avec la généralisation de la télémédecine. Ce recours massif ne permet pas de remplacer la médecine classique, mais il offre une option supplémentaire intéressante. L'objectif, dans la généralisation, est aussi d'éviter que « la télémédecine soit captée par un petit nombre de médecins qui en feraient leur spécialité ».¹²⁵

Dans cette perspective, la télémédecine peut être considérée comme un outil de restructuration de l'offre de soins. La crise sanitaire a renforcé dans l'urgence « l'investissement matériel, politique et humain sans précédent dans l'innovation en santé » notamment concernant la télémédecine.¹²⁶ Ce bouleversement peut constituer une opportunité pour restructurer et réadapter l'offre de soins à travers la télémédecine.

Action 2 : Rendre la télémédecine une étape essentielle dans un parcours de soins dédié

La télémédecine peut également être considérée comme un outil de rationalisation de l'offre de soins. Si son déploiement s'inscrit dans un « cadre respectueux de la qualité de la prise en charge »¹²⁷, elle peut en effet permettre d'assurer une graduation de soins pour certaines spécialités afin d'éviter les ruptures de soins. Ce changement répondrait aux besoins de « soigner autrement » qui devient un « impératif de santé publique » dans un contexte de vieillissement de la population, de chronicisation des maladies, de la désertification de certains territoires et d'hyperspécialisation de la médecine.¹²⁸

En associant les partenaires conventionnels, l'objectif serait d'accélérer le développement de la télémédecine comme souhaitait par le Ségur de la Santé¹²⁹ en anticipant « la transition numérique » pour aller plus loin dans certaines spécialités – psychiatrie,

¹²⁵ Nicolas Revel, Directeur général de l'Assurance Maladie, cité dans le rapport SFMG, CATEL, Recommandations sur la téléconsultation, Les enseignements du Covid-19 pour un développement adapté des pratiques, 25 juin 2020.

¹²⁶ Conseil national du Numérique, CONFIANCE, INNOVATION, SOLIDARITÉ : POUR UNE VISION FRANÇAISE DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ, 2020.

¹²⁷ CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, juillet 2020.

¹²⁸ PIPAME, Prospective e-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé, ÉTUDES ÉCONOMIQUES, 2016.

¹²⁹ Ministère des Solidarités et de la Santé, Ségur de la Santé, Les conclusions, Dossier de presse, juillet 2020.

dermatologie, virologie, etc. afin d'envisager les soins en distance dans un parcours de soins dédié. A titre d'exemple, le dispositif COVIDOM, assurant à travers la télésurveillance le suivi des patients à domicile, a permis « d'éviter un nombre important d'hospitalisations » et de « réaliser des économies »¹³⁰ avec une qualité de prise en charge équivalente. Les modèles de téléconsultation et de télésurveillance, ayant montré leur efficacité dans le parcours de soins dédié, peut ainsi être généralisés avec la déclinaison des modalités pratiques fixées par les partenaires conventionnels.

3.2 Au niveau territorial, le pilotage pourrait être clarifié pour avoir un « chef de file » chargé de la généralisation de la télémédecine et d'articuler le partenariat entre l'hôpital et les acteurs externes

3.2.1 Clarifier le pilotage de la télémédecine aux niveaux national et régional pour répondre aux besoins des populations locales

Action 1 : Identifier un « chef de file » aux niveaux national et régional pour développer la télémédecine

Au niveau national, la gouvernance et le pilotage de la télémédecine sont assurés par plusieurs organismes nationaux, ce qui peut représenter « un frein ou un enjeu de cohérence »¹³¹ : ministère de la Santé, CNAM, HAS, etc. Au niveau régional, le pilotage des dispositifs de télémédecine est porté par les ARS. Il est nécessaire d'identifier un « chef de file » aux niveaux national et territorial.

A noter que les pays les plus matures dans le développement de la télémédecine se sont rapidement dotés d'une « gouvernance unifiée et d'une structure de pilotage et de coordination nationale dédiée à la télémédecine ou plus largement au numérique en santé ». Le centre norvégien des soins intégrés et de la télémédecine (NST) a été créé dès 1993. Il existe un chef de file national de référence, *Norwegian center for e-Health*.

Dans cette perspective, deux changements peuvent être envisagés pour renforcer le pilotage de la télémédecine dans les différents échelons. Le pilotage de la stratégie de transformation numérique est assuré par la délégation ministérielle du numérique en santé (« DNS »), anciennement DSSIS, qui est rattachée directement au Ministère des Solidarités et de la Santé. La mission de l'Agence du numérique en Santé (ANS), sous son autorité, assure la mise en œuvre opérationnelle de la politique du numérique en santé. Il est possible de désigner l'ANS, anciennement ASIP-SANTE, comme « chef de

¹³⁰ Pr Patrick JOURDAIN, Cardiologue, Hôpital Bicêtre, AP-HP Université Paris Saclay, Journée de formation, La Télémédecine : Un défi d'équipe, 26 mai 2020.

¹³¹ ASIP-Santé, Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine, Etude comparative sur le développement de la télémédecine à l'international, Juillet 2019.

file » dans la généralisation de télémédecine. Au niveau territorial, les relais locaux de l'ANS, au sein des ARS, pourraient être créés avec des antennes de télémédecine pour renforcer la cohérence entre la stratégie nationale fixée par le Ministère et les besoins locaux. Le rôle de coordination et de pilotage stratégique serait assuré au niveau national, mais le ciblage dans la généralisation pourrait être garanti au niveau régional.

La Région pourrait aussi être désignée comme un « chef de file territorial » de la télémédecine dans ses missions relatives au développement économique et à l'innovation. Le portage politique fort dans la généralisation de la télémédecine avec une clarification de pilotage au niveau national – Agence du numérique comme chef de file avec ses antennes locales – et au niveau territorial – Région comme chef de file en lien avec les antennes locales – permettrait d'assurer un développement adéquat de la télémédecine. Pour accompagner les chefs de file, le « Centre d'observatoire de la télémédecine » permettrait d'identifier les bonnes pratiques de déploiement au niveau territorial et de les valoriser au niveau national.¹³²

Action 2 : Permettre à la télémédecine de répondre aux besoins spécifiques locaux des populations et des territoires

Un enjeu majeur est de permettre à la télémédecine de répondre aux besoins au niveau local des populations. Ainsi, la téléconsultation, la télésurveillance et la téléexpertise peuvent permettre de pallier les carences dans l'offre de soins dans les territoires. Dans cette perspective, la télémédecine peut permettre de lutter contre la désertification de certains territoires, notamment concernant les spécialités de pointe, mais elle peut également renforcer l'égalité d'accès aux soins. A titre d'exemple, la généralisation de la téléconsultation pour les disciplines comme la chirurgie orthopédique peut permettre les patients de province d'avoir un deuxième avis spécialisé à travers cet outil¹³³, ce qui augmenterait l'égalité d'accès aux soins entre les territoires.

Les besoins spécifiques des territoires peuvent également être mieux traités avec la généralisation de la télémédecine, en particulier de la téléexpertise. A titre d'exemple, l'accès aux soins entre les territoires, notamment en radiologie, peut être accru à travers la généralisation à tous les patients la possibilité de réaliser une téléexpertise.¹³⁴ Il existe des projets de téléradiologie – notamment la création des plateformes de téléexpertise en radiologie – qui ont pour but de rompre l'isolement de certains territoires notamment dans

¹³² Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route « Accélérer le virage numérique », Cinq orientations pour accélérer le virage numérique, Avril 2019.

¹³³ Pr Raphaël VIALLE, Chirurgien orthopédiste, Hôpital Armand Trousseau, Journée de formation, La télémédecine : un défi d'équipe, 2020.

¹³⁴ Ministère des Solidarités et de la Santé, Ségur de la Santé, Les conclusions, Dossier de presse, juillet 2020.

les départements et territoires d'outre-mer. Le développement de tels projets peut permettre d'assurer « un maillage homogène du territoire »¹³⁵

3.2.2 Désigner le GHT comme une structure préfiguratrice de choix pour le développement des projets de télémédecine

Action 1 : Choisir le GHT comme un échelon de généralisation privilégié de la télémédecine au niveau territorial

Les sujets liés aux systèmes d'information sont déjà traités au niveau des Groupements hospitaliers de territoires. La télémédecine, par son caractère transversal, doit être traitée au niveau des GHT afin de mieux répondre aux besoins du territoire et d'éviter une généralisation hospitalo-centrée. Ceci permettrait de mutualiser des éléments concernant les achats en matériel et en logiciel ainsi que les ressources humaines et la formation dans une stratégie de généralisation cohérente et concertée au niveau territorial.

A l'APHP, le déploiement de la télémédecine s'effectue bien au niveau de Groupes hospitaliers, constitués de plusieurs établissements et équivalents du GHT, afin d'avoir une stratégie globale cohérente au niveau territorial.

Action 2 : Encourager les projets de télémédecine inter-établissements au sein des GHT pour restructurer l'offre de soins sur le territoire

Afin d'encourager les dispositifs de télémédecine en cohérence avec les besoins du territoire, les dispositifs inter-établissements au sein du GHT peuvent être encouragés. Dans le cadre expérimental, la DGOS avait financé le déploiement des activités de télémédecine entre les différents établissements parties d'un même GHT pour les consultations dites avancées pour promouvoir cet outil à cet échelon.¹³⁶ Dans la stratégie de généralisation, cet effort peut être poursuivi notamment entre les sites dédiés MCO et les sites gériatriques et SSR. A titre d'exemple, au GHU Henri Mondor, des projets sont prévus pour orienter les dispositifs de télémédecine davantage vers les sites gériatriques notamment pour l'odontologie et la dermatologie.

Cette coopération inter-hospitalière au sein du GHT et vers les autres établissements du territoire permettrait de mieux restructurer l'offre de soins au niveau local afin de prévenir les doublons dans les dispositifs existants et de renforcer la complémentarité entre les différentes structures.

¹³⁵ HAS, AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, Qualité et sécurité des actes de téléimagerie, Guide de bonnes pratiques, mai 2019.

¹³⁶ Caluse Evin, En 2018, La télémédecine va-t-elle enfin sortir de la marginalité ?, Houdard, 2018.

3.2.3 Renforcer le partenariat entre ville, hôpital et structures médico-sociales à travers la télémédecine dans un parcours de soins dédié

Action 1 : Renforcer le partenariat hôpital/ville à travers la télémédecine dans un parcours de soins dédié

Un enjeu majeur est de développer le dialogue entre la ville et l'hôpital afin d'éviter la rupture de soins et de garantir un parcours de soins dédiés. Cette articulation entre ville et hôpital constitue une condition préalable de généralisation harmonisée de la télémédecine. A titre d'exemple, le suivi, à travers la télésurveillance, des maladies chroniques et la généralisation de tels dispositifs nécessitent une coordination des différents acteurs. Cette coordination sous-entend l'accès aux données de santé du patient, l'échange entre les praticiens et la dématérialisation d'une partie importante du circuit patient. Elle est indispensable, car elle permet de garantir la pertinence de soins à travers l'orientation du patient par le médecin téléconsultant vers l'hôpital ou vers la ville.

Le développement des services numériques socles permettrait d'assurer cette coordination de parcours de santé entre les acteurs libéraux et les hôpitaux du territoire. L'interopérabilité des plateformes – ORBIS et ORTIF à l'APHP à titre d'exemple - et des logiciels en ville et à l'hôpital doit également être renforcée dans les dispositifs de télémédecine. Cette harmonisation pourrait être garantie et supervisée par les antennes locales de l'Agence du numérique en Santé (ANS).

Action 2 : Renforcer le partenariat entre l'hôpital et les structures médico-sociales pour permettre la graduation de soins à travers la télémédecine

La généralisation de la télémédecine nécessite également l'anticipation des enjeux démographiques notamment le vieillissement de la population. A ce titre, la télémédecine peut constituer un outil de graduation de soins entre l'hôpital et les structures médico-sociales. En effet, une meilleure prise en charge des patients gériatriques peut être assurée avec la généralisation des dispositifs de télémédecine notamment la téléconsultation et téléexpertise en fonction de l'état du patient et la télésurveillance pour les maladies chroniques notamment l'insuffisance cardiaque. Ceci permet d'assurer une graduation de soins en évitant les déplacements inutiles et en renforçant la coordination entre les différentes structures au sein du territoire.

La télémédecine pourrait ainsi être un outil de dialogue et de coordination entre l'hôpital et les EHPAD du territoire, ce qui lui permettrait de se développer pour répondre aux besoins structurels. Elle peut permettre aux EHPAD de nouer « un maillage de proximité », de pallier l'isolement géographique et d'accéder à un avis spécialisé à

l'hôpital.¹³⁷ Le renforcement du partenariat avec la médecine de ville et avec les structures médicosociales du territoire est une condition non négligeable pour développer la télémédecine à l'hôpital. La télémédecine peut constituer un relais pour « mettre en place une offre de prise en charge intégrée ville-hôpital-médico-social pour les personnes âgées » comme l'envisage le Ségur de la Santé à la mesure 28.¹³⁸

3.3 Au niveau hospitalier, il est possible de redynamiser le déploiement de la télémédecine à travers la mise en place d'une gouvernance active et d'une plateforme dédiée

3.3.1 Constituer un trinôme médical, administratif et technique pour permettre le développement et la généralisation de la télémédecine

Action 1 : Mettre en place un trinôme médico-administratif et technique au niveau de chaque établissement afin de mobiliser les professionnels et les usagers

Il existe des binômes médico-administratifs identifiés au sein de chaque Groupe hospitalier à l'APHP. Ces binômes, constitués d'un référent médical et un référent administratif, sont des interlocuteurs privilégiés du siège et sont chargés d'accompagner et de propulser les projets au niveau local.

En s'inspirant de cette organisation, l'identification d'un trinôme de télémédecine peut permettre dans chaque hôpital d'accompagner la généralisation de la télémédecine. Ce trinôme serait constitué d'un médecin référent afin d'accompagner dans la partie médicale le développement de l'activité. Un membre d'équipe de direction peut être le référent administratif afin d'accompagner les projets dans la partie organisationnelle et administrative. Enfin, un référent technique – au sein de la Direction des systèmes d'information – pourrait permettre d'accompagner les projets dans la partie numérique liée aux technologies. La constitution de ce trinôme permettrait aux établissements de mobiliser les différents professionnels sur les différents sujets transversaux. Le trinôme pourrait notamment organiser les séances de formation et de retours d'expérience entre les porteurs des différents projets. Sans la mobilisation et la participation active des professionnels médicaux, les projets de télémédecine ne peuvent pas être mis en place.

L'implication des usagers et des patients est également fondamentale dans la généralisation de la télémédecine. Le trinôme peut en effet réaliser les campagnes de communication pour faire connaître, sensibiliser et rassurer les usagers sur la qualité des

¹³⁷ Laurent LECLERE, LA TELEMEDECINE ENTRE EHPAD ET CH, FAVORISER L'ACCÈS À L'EXPERTISE MÉDICALE EN MILIEU RURAL, EHESP, Jeudi 6 novembre 2014.

¹³⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé, Ségur de la Santé, Les conclusions, Dossier de presse, juillet 2020.

actes. A ce titre, des journées de télémédecine, rendant possible un dialogue entre les praticiens et les patients, peuvent être prévues pour communiquer sur la transformation numérique de l'hôpital.

Action 2 : Adopter une feuille de route à la suite de la crise sanitaire pour développer la télémédecine en cohérence avec le projet médical d'établissement

La plupart des hôpitaux ont plutôt subi la généralisation de la télémédecine au lieu de l'envisager et de l'accompagner pendant la crise sanitaire. Il existe un risque d'une généralisation éclatée dans certains domaines de télémédecine. A titre d'exemple, l'APHP prévoyait 50 000 téléconsultations en 2020¹³⁹. Or, le chiffre de 167 600 a été atteint sur les six premiers mois de l'année 2020. Ceci montre la nécessité de réévaluer les objectifs et la stratégie locale.

Le trinôme de télémédecine peut en effet être chargé de mettre en place une feuille de route cohérente, en adéquation avec le GHT et l'ARS, pour promouvoir la télémédecine dans le respect du projet médical d'établissement. Les risques de capture d'activité par certaines disciplines ou de développement non maîtrisé sont relativement importants. La mise en place d'une feuille de route dédiée permettrait d'encadrer et d'accompagner la généralisation de la télémédecine en adéquation avec la stratégie nationale, les besoins territoriaux et les autres projets locaux.¹⁴⁰

3.3.2 Créer une instance dédiée à la télémédecine pour permettre une gouvernance active et un développement harmonisé au niveau du GHT

Action 1 : Créer une instance dédiée à la télémédecine au niveau du GHT

Si le GHT est considéré comme un échelon préfiguratrice de généralisation de la télémédecine, il est nécessaire de créer une instance de pilotage territorial au niveau du GHT. Cette instance, en lien avec les antennes locales de l'ANS et avec le Centre d'observation de la télémédecine, aurait pour charge de coordonner non seulement les différents dispositifs de télémédecine au sein des établissements parties, mais elle serait un lieu privilégié de dialogue entre l'hôpital et les acteurs externes notamment les structures médicosociales et la ville.

Cette instance permettrait d'instaurer l'articulation entre les différents acteurs au sein du GHT concernant les outils numériques. Une réflexion générale et transversale – concernant les aspects liés aux finances, aux ressources humaines, aux parcours patients – pourrait être envisagée à ce niveau pour développer la télémédecine.

¹³⁹ Formation des équipes de l'AP-HP, PPT, 26 mai 2020.

¹⁴⁰ ANAP, La Télémédecine en action Construire un projet de télémédecine, FÉVRIER 2016.

Action 2 : Articuler les différents projets de télémédecine au sein du GHT pour restructurer et rationaliser l'offre de soins au niveau territorial

En cohérence avec le projet régional de santé (PRS) et le schéma régional de l'offre de soins (SROS), le pilotage au niveau du GHT des projets – conception, déploiement, réalisation et mise en production et évaluation¹⁴¹ - peut permettre à la télémédecine de se développer en restructurant l'offre de soins au niveau territorial. Dans cette perspective, les dispositifs de télémédecine seraient articulés entre eux pour assurer une meilleure organisation et une meilleure complémentarité des soins entre les établissements partis.

La gouvernance active et un déploiement harmonisé de la télémédecine au niveau du GHT permettrait ainsi d'infléchir l'offre de soins dans le territoire. La télémédecine aurait ainsi vocation à prendre une place plus importante dans la stratégie médicale et territoriale notamment à travers la possibilité de rationaliser l'offre de soins – meilleure distribution de l'offre de soins dans un sens quantitatif - en gardant l'objectif de qualité et d'un parcours de soins dédié pour les patients.

3.3.3 Investir pour la création des plateformes dédiées à la télémédecine dans les hôpitaux pour rendre possible et anticiper sa généralisation

Action 1 : Envisager la création des plateformes ou des unités dédiées à la télémédecine pour poursuivre le dynamisme de généralisation engagé pendant la crise sanitaire

La création des plateformes dédiées à la télémédecine est relativement récente. Elles peuvent avoir pour objectif de créer une nouvelle activité de télémédecine, de regrouper les dispositifs existants ou encore d'identifier et de développer un projet de télémédecine. A titre d'exemple, le GHU Henri Mondor prévoit d'ouvrir une plateforme de télémédecine dans un lieu dédié. L'objectif est de réunir dans un même lieu deux projets de cardiologie en télésurveillance. Il serait ainsi possible de prévoir la création de telle plateforme au sein des hôpitaux. Ceci pourrait être considéré comme une traduction concrète de l'hôpital numérique.

Il est aussi nécessaire d'ouvrir cet « hôpital numérique » sur son environnement.¹⁴² A titre d'exemple, le programme HOP'EN a pour objectif d'accélérer la transformation numérique des établissements de santé et de développer et simplifier les liens entre l'hôpital et ses partenaires en renforçant le « socle de maturité ».¹⁴³ Dans le cadre de ce programme, la

¹⁴¹ HAS, Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine, Evaluation et amélioration des pratiques, 2013.

¹⁴² Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route « Accélérer le virage numérique », Cinq orientations pour accélérer le virage numérique, Avril 2019.

¹⁴³ DGOS, Programme HOP'EN, La politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers, décembre 2019.

constitution des « clusters » de télémédecine, à l'image des pôles de compétitivité dans le domaine privé, peut permettre de poursuivre le dynamisme engagé par la télémédecine en permettant les acteurs de ville, aux établissements de santé et aux établissements médicosociaux de travailler ensemble sur le territoire à travers la création des plateformes communes de télémédecine. La mise en place de tel projet nécessite au préalable une harmonisation et une certaine interopérabilité entre les systèmes d'information.

Action 2 : Anticiper la massification de la télémédecine à travers la formation et l'investissement pour prévoir la transformation numérique du système de santé

Il est également nécessaire, pour accompagner la généralisation de la télémédecine, d'anticiper son ouverture progressive aux autres professionnels médicaux et non médicaux.¹⁴⁴ A ce titre, le Ségur de la santé prévoit « une prise en charge conventionnelle des actes de télémédecine pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes » à la mesure 24.¹⁴⁵ La généralisation de la télémédecine aux différents professionnels doit être accompagnée par des plans de formation.¹⁴⁶ Ces plans de formations peuvent être organisés pour les personnels médicaux et non médicaux comme à l'APHP.¹⁴⁷

Enfin, face à l'accroissement important de télémédecine, un plan d'investissement ambitieux doit être mis en œuvre au niveau hospitalier. Ce plan d'investissement, issu du « plan hôpital télémédecine 2020 » au niveau national, permettrait de dédier une enveloppe à la transformation numérique de l'hôpital et rendrait possible la généralisation de la télémédecine. En effet, les investissements en équipement, en logiciel et en travaux constituent des conditions essentielles au développement de la télémédecine, dont l'insuffisance peut être un obstacle majeur. Le retour sur l'investissement peut paraître lointain et incertain, mais la transformation numérique du système de santé et la conception d'un hôpital numérique nécessitent la réalisation de tels investissements qui sont des préalables à la généralisation de la télémédecine à l'hôpital.

¹⁴⁴ Le télésoins permet notamment l'exercice d'activité de médecine à distance par les professionnels paramédicaux.

¹⁴⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé, Ségur de la Santé, Les conclusions, Dossier de presse, juillet 2020.

¹⁴⁶ ANAP, La Télémédecine en action Construire un projet de télémédecine, FÉVRIER 2016.

¹⁴⁷ Comme la journée de formation « La Télémédecine : Un défi d'équipe » organisée le 26 mai 2020 à l'APHP.

Figure 18 : Plan d'action - Synthèse des préconisations

PREREQUIS/PRECONISATION	ACTIONS
1. Sortir des expérimentations et du cadre dérogatoire avec l'entrée dans le droit commun plus consolidé et cohérent dans une stratégie numérique globale	1. Avoir un cadre règlementaire consolidé et cohérent et incitatif au niveau national pour encourager les professionnels à utiliser la télémédecine
	2. Inscrire la télémédecine dans une stratégie numérique globale
2. Envisager un cadre financier adapté et compatible avec la T2A pour permettre le développement de la télémédecine à l'hôpital	3. Offrir un cadre financier pérenne pour faciliter l'émergence des dispositifs de télémédecine
	4. envisager une meilleure valorisation financière en cohérence avec les autres outils de financement à l'hôpital
3. Envisager la généralisation de la télémédecine dans un cadre conventionnel pour certaines spécialités de l'offre de soins	5. Sur la base des bilans de l'activité de télémédecine pendant la crise sanitaire, généraliser les téléconsultations pour restructurer certains domaines de soins
	6. Rendre la télémédecine une étape essentielle dans un parcours de soins dédié
4. Clarifier le pilotage de la télémédecine pour mieux répondre aux besoins des populations locales	7. Identifier un « chef de file » aux niveaux national et régional pour développer la télémédecine
	8. Permettre à la télémédecine de répondre aux besoins spécifiques locaux des populations et des territoires
5. Désigner le GHT comme une structure préfiguratrice de choix pour le développement des projets de télémédecine	9. Choisir le GHT comme un échelon de généralisation privilégié de la télémédecine au niveau territorial
	10. Encourager les projets de télémédecine inter-établissements au sein du GHT pour restructurer l'offre de soins sur le territoire
6. Renforcer le partenariat entre ville, hôpital et structures médico-sociales à travers la télémédecine dans un parcours de soins dédié	11. Renforcer le partenariat hôpital/ville à travers la télémédecine dans un parcours de soins dédié
	12. Renforcer le partenariat hôpital et les structures médico-sociales pour permettre la graduation de soins à travers la télémédecine
7. Constituer un trinôme médical, administratif et technique pour permettre le développement et la généralisation de la télémédecine	13. Mettre en place un trinôme médico-administratif et technique au niveau de chaque établissement afin de mobiliser les professionnels et les usagers
	14. Adopter une feuille de route cohérente à la suite de la crise sanitaire pour développer la télémédecine en cohésion avec le projet médical d'établissement
8. Créer une instance dédiée à la télémédecine pour permettre une gouvernance active et un développement harmonisé au niveau du GHT	15. Créer une instance dédiée à la télémédecine au niveau du GHT
	16. Articuler les différents projets de télémédecine au sein du GHT pour restructurer et rationaliser l'offre de soins au niveau territorial
9. Investir pour la création des plateformes dédiées à la télémédecine dans les hôpitaux pour rendre possible et anticiper sa généralisation	17. Envisager la création des plateformes ou des unités dédiées à la télémédecine pour poursuivre le dynamisme de généralisation engagé pendant la crise sanitaire
	18. Anticiper la massification de la télémédecine à travers la formation et l'investissement pour prévoir la transformation numérique du système de santé

Conclusion

« Nous appelons science un tâtonnement sombre.

L'abîme, autour de nous, lugubre tremblement,

S'ouvre et se ferme ; et l'œil s'effraie également

De ce qui s'engloutit et de ce qui surnage.

Sans cesse le progrès, roue au double engrenage,

Fait marcher quelque chose en écrasant quelqu'un. »¹⁴⁸

La télémédecine, comme toutes les innovations techniques, organisationnelles et des procédés, présente un aspect ambivalent avec des avancées sur certains niveaux - plus d'occasions d'une prise en charge du patient, accès aux soins à certaines populations marginales et aux territoires moins accessibles, réduction des déplacements inutiles, etc. - et des reculs sur d'autres – risque d'accroissement des inégalités en raison de la fracture numérique, déshumanisation dans la prise en charge. Elle est telle une « roue au double engrenage » évoquée par Victor Hugo qui fait avancer certaines personnes au détriment des autres dans la généralisation de cette pratique. C'est à ce moment que l'intervention des pouvoirs publics nécessite une certaine anticipation dans le but d'harmonisation et d'utilisation adéquate des outils dans les objectifs de santé publique.

Le déploiement de la télémédecine s'est effectué au début dans une certaine méfiance et réticence. Elle était certes considérée comme une opportunité, mais les risques d'une « activité sauvage » et d'une « inflation non maîtrisée » des actes étaient anticipés. C'est pour cette raison que la télémédecine s'est inscrite dans un cadre relativement restrictif à travers la mise en place des expérimentations longues et avec des résultats mitigés. La fin partielle des expérimentations a permis l'entrée dans le droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise, mais les questions liées au financement pérenne et d'une valorisation adéquate des actes se sont posées en parallèle des difficultés administratives rendant le décollage de l'activité difficile. La crise sanitaire a incontestablement bouleversé le cadre national avec la disparition de plusieurs verrous.

L'analyse au niveau territorial a permis d'identifier quelques difficultés spécifiques dans le développement de la télémédecine malgré l'existence d'une gouvernance active et d'un pilotage efficace. La cartographie des projets de télémédecine au GHU Henri Mondor permet de souligner la diversité de l'outil et sa capacité à répondre aux besoins des populations et du territoire. Les difficultés d'articuler la télémédecine avec les acteurs du

¹⁴⁸ Victor Hugo, Les Contemplations, Voyage de nuit, 1856.

territoire constituent un enjeu central. Si la crise sanitaire a rendu possible un développement massif de la télémédecine en raison de son caractère souple et mutant, cette généralisation n'était pas anticipée. La crise sanitaire a aussi exacerbé plusieurs tensions notamment concernant la fracture numérique et a accentué plusieurs limites notamment concernant les difficultés pour la télémédecine à s'inscrire dans un parcours de soins dédié. Elle peine encore à s'imposer comme un outil indispensable de rationalisation et de restructuration de l'offre de soins dans la transformation numérique de l'hôpital. Dès à présent, il ne s'agit plus de savoir s'il fallait ou non généraliser – massification de son usage dans certaines disciplines étant un fait accompli à la suite de la crise sanitaire – mais de comprendre les conditions dans lesquelles cette généralisation peut avoir lieu d'une manière harmonisée et cohérente.

Plusieurs prérequis et préconisations ont été envisagés au niveau national, territorial et hospitalier. Au niveau national, le besoin de mettre en place un cadre financier pérenne et d'avoir une valorisation adéquate des actes a été souligné. La télémédecine doit aussi s'inscrire dans un cadre global de stratégie numérique afin d'être exploitée à son potentiel. Au niveau territorial, le GHT a été considéré comme une structure préfiguratrice de généralisation avec la possibilité de créer des instances dédiées rendant possible l'articulation entre l'hôpital et les acteurs externes notamment la ville et les structures médicosociales. La clarification de la gouvernance et la mise en place d'un pilotage unifié – au niveau national et au niveau local – ont également été envisagées. Au niveau hospitalier, la création d'un trinôme de la télémédecine, la mise en place d'une feuille de route dédiée dans chaque hôpital et la création des plateformes de télémédecine – internes à l'hôpital ou ouvertes sous forme d'un « cluster numérique » avec les acteurs externes – ont également été proposées.

Face aux enjeux structurels - vieillissement de la population, chronicisation des maladies, accroissement des dépenses publiques -, la télémédecine ne constitue certes pas une solution magique, mais elle peut constituer une partie de réponse dans la transformation numérique de l'hôpital. A la suite des expérimentations et du cadre temporaire lié au COVID19, la généralisation de la télémédecine – dans les disciplines considérées par les équipes médicales propices au développement – peut être envisagée si les moyens humains, matériels et financiers sont mis à son service et si la télémédecine arrive à se rendre indispensable dans la mise en place d'un parcours de soins dédié dans une stratégie de graduation de soins. Elle pourrait ainsi répondre en partie aux enjeux structurels de santé notamment en s'adaptant aux besoins des populations et des territoires au niveau local.

Bibliographie

Dans l'ordre chronologique

1. Lois et règlements

- Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19
- Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020 modifiant le décret n° 2020-73 du 31 janvier 2020 portant adoption de conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pour les personnes exposées au coronavirus
- Ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19
- Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé

2. Ouvrages

- Loick Menvielle et. Al, The Digitization of Healthcare, New Challenges and Opportunities, Palgrave Macmillan, 2017.
- Jacques Cinqalbre, Télémédecine, La vraie médecine de proximité, Editions du Signe, 2017.

3. Etudes et rapports

- HAS, Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine, ÉVALUATION ET AMÉLIORATION DES PRATIQUE, 2013.
- HAS, Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation, RAPPORT D'ÉVALUATION MEDICO-ÉCONOMIQUE, 2013.
- Télémédecine 2020 Modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques, Synitem, Syntec, Livre Blanc, 2013.
- Conseil d'Etat, Le numérique et les droits fondamentaux, Etude annuelle, 2014.
- GT33, Conseil Stratégique des Industries de Santé (CSIS), CSF, Permettre l'émergence d'une stratégie industrielle en matière de e-santé, en soutien de la politique de santé publique, en associant les industriels, Lever les freins au déploiement de la télémédecine, 2014.

- ANAP, La Télémédecine en action, Construire un projet de télémédecine, ANAP, FÉVRIER 2016.
- OMS, From Innovation to Implementation. eHealth in the WHO European Region, 2016.
- PIPAME, Prospective e-santé : faire émerger l'offre française en répondant aux besoins présents et futurs des acteurs de santé, ÉTUDES ÉCONOMIQUES, 2016.
- Cour des comptes, Rapport à la LFSS pour 2017, Chapitre VII, La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre, septembre 2017.
- DGOS, Rapport au parlement sur les expérimentations en télémédecine, 2017.
- ANAP, La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe Un éclairage pour le déploiement national, 2017.
- CNOM, Médecins et patients dans le monde des data, des algorithmes et de l'intelligence artificielle, janvier 2018.
- CNAM, GENERALISATION DE LA TELECONSULTATION, Dossier de Presse, 15 SEPTEMBRE 2018.
- ASIP-Santé, Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine, Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine, 2018.
- ARSIF, Projet Régional de Santé d'Île-de-France, Schéma régional de santé, septembre, 2018.
- HAS, Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, Rapport d'élaboration, 2018.
- ASIP-Santé, Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine, Restitution des cas d'usage en télémédecine, Mars 2019.
- Ministère des solidarités et de la santé, Feuille de route « Accélérer le virage numérique », Cinq orientations pour accélérer le virage numérique, Avril 2019.
- HAS, AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS, Qualité et sécurité des actes de télémédecine, Guide de bonnes pratiques, mai 2019.
- ASIP-Santé, Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine, Etude comparative sur le développement de la télémédecine à l'international, Juillet 2019.
- CNAM, Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation, Un mode de consultation qui se développe progressivement, Dossier de presse, 12 septembre 2019.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Stratégie de transformation du système de santé, Avancement du « virage numérique en santé », Décembre 2019.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Programme HOP'EN, La politique nationale relative aux systèmes d'information hospitaliers, Décembre 2019.

- SFMG, CATEL, Recommandations sur la téléconsultation, Les enseignements du Covid-19 pour un développement adapté des pratiques, 25 juin 2020.
- CNAM, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, juillet 2020.
- ODOXA, Baromètre de la télémédecine de l'ANS, Synthèse globale, 2020.
- Conseil national du Numérique, Confiance, innovation, solidarité : pour une vision française du numérique en santé, 2020.
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Ségur de la Santé, Les conclusions, Dossier de presse, juillet 2020.

3. Périodiques et travaux académiques

- Isabel de la Torre-Díez, et al., Cost-Utility and Cost-Effectiveness Studies of Telemedicine, Electronic, and Mobile Health Systems in the Literature: A Systematic Review, *Telemed J E Health*. 2015 Feb 1; 21(2): 81–85.
- James M. Parish, The Patient Will See You Now: The Future of Medicine is in Your Hands, *J Clin Sleep Med*. 2015 Jun 15; 11(6): 689–690.
- Hervé Dumez, Etienne Minvielle, Laurie Marraud, État des lieux de l'innovation en santé numérique : Rapport remis à la Fondation Pour l'Avenir, 2015.
- Bergmo TS, How to Measure Costs and Benefits of eHealth Interventions: An Overview of Methods and Frameworks, *J Med Internet Res*, 2015.
- Duong TA. Télédermatologie : quel modèle en France ? *Ann Dermatol Venerol* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2016.02.004>.
- Clemens Scott Kruse et al., Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review, *Journal of Telemedicine and Telecare*, First Published October 16, 2016.
- Barbabella & al., How can e-health improve care for people with multimorbidity in Europe?, Policy brief 25, 2016.
- Tu-Anh Duong. Intégration par les usages d'une innovation en santé : La télédermatologie. Autre. Université Paris-Saclay, 2016.
- Caluse Evin, En 2018, La télémédecine va-t-elle enfin sortir de la marginalité ?, Houdard, 2018.
- Gérald Gaglio et Alexandre Mathieu-Fritz, Les pratiques médicales et soignantes à distance. *La télémédecine en actes, La Découverte | « Réseaux »*, 2018/1 n° 207.
- Gérald Gaglio, Echec et « potentialités collatérales » d'une expérimentation en télémédecine d'urgence, *La Découverte | « Réseaux »*, 2018/1 n° 207 | pages 165 à 195.

- Alexandre Mathieu-Fritz et Gérald Gaglio, A la recherche des configurations sociotechniques de la télémédecine, La Découverte | « Réseaux », 2018/1 n° 207 | pages 27 à 63.
- Alexandre Mathieu-Fritz, Les téléconsultations en santé mentale Ou comment établir la relation psychothérapeutique à distance, La Découverte | « Réseaux », 2018/1 n° 207 | pages 123 à 164.
- Annemarie van Hout et al., Pourquoi les attentes suscitées par la télésurveillance sont souvent déçues, La Découverte | « Réseaux » 2018/1 n° 207 | pages 95 à 121.
- Anne Mayère, Patients projetés et patients en pratique dans un dispositif de suivi à distance, La Découverte | « Réseaux », 2018/1 n° 207 | pages 197 à 225.
- La Téléconsultation, Une nouvelle prise en charge médicale, Une analyse du Lab Santé Ile-de-France, Février 2019.
- Ohannessian, R. et al., Health policy for telestroke in France: A retrospective description from 2003 to 2016, revue neurologique 17 5, 2019, p° 390-395.
- Dubreuil M. E-santé : décryptage des pratiques et des enjeux. Observatoire régional de santé Île-de-France. 2019.
- Dany Nguyen-Luong, Le développement de la télémédecine pourrait avoir un impact insoupçonné sur les déplacements en Île-de-France, INSTITUT PARIS RAGION, 14 mai 2020.

4. Conférences et interventions orales

- APHP, Journée de formation, La Télémédecine : Un défi d'équipe, Intervenants cités : Mme Clémence MARTY CHASTAN, Pr Patrick JOURDAIN, Pr Thibaud DAMY, Pr Raphaël VIALLE, M. Jonathan CHABOUT, M. François CREMIEUX, 26 mai 2020.

5. Supports de formation et de présentation

- Laurent Leclerc, La télémédecine entre EHPAD et CH, favoriser l'accès à l'expertise médicale en milieu rural, EHESP, Support de formation, jeudi 6 novembre 2014.
- APHP, La télémédecine à l'AP-HP Plan stratégique, Bureau CME, le 9 janvier 2018.
- Jean-Marc Chevilly, Télémédecine, approche pratique aspects opérationnels, EHESP, 20/06/2018.
- Pr Patrick Jourdain, Télémédecine en cardiologie, Où en est-on en France, Service de cardiologie CHU Bicêtre, PPT, 2018.
- Formation des équipes de l'AP-HP, PPT, 26 mai 2020.

5. Fiches et Mémorandum

- APHP, Un nouveau modèle de parcours de soin pour améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques au sein des Hôpitaux universitaires Henri-Mondor, Communiqué de presse, 05/04/2018.
- APHP, L'AP-HP déploie ses activités de télémédecine, Communiqué de presse, 3 septembre 2018.
- CNAM, Croissance record du recours à la téléconsultation en mars, Communiqué de presse, 31 mars 2020.
- Ministère des solidarités et de la santé, Lignes directrices pour la prise en charge en ville des patients symptomatiques en phase épidémique de covid-19, Fiche ARS, MARS 2020.
- HAS, Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 Téléconsultation et télésoin, Fiche, 1er avril 2020.
- Ministère des solidarités et de la santé, Recours à la téléconsultation dans le cadre de l'épidémie de Coronavirus, Fiche ARS, 23 avril 2020.
- Has, Téléconsultation et télésoin pendant l'épidémie de Covid-19, Fiche, 7 mai 2020.
- APHP, Notice d'information patient, Téléconsultation avec un médecin de l'APHP via une solution dégradée de visioconférence, 18 mai 2020.
- L'e-santé au bénéfice des Franciliens et des soignants, Région Ile-de-France, Publié le 12 novembre 2019, Mis à jour le 22 avril 2020.

6. Sites internet et ressources numériques

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

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

<http://www.chu-mondor.aphp.fr/>

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

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

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

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

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

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

<https://www.service-public.fr/>

<https://www.solidarites-sante.gouv.fr/>

<https://www.usine-digitale.fr/>

<https://www.94.citoyens.com/>

Liste des annexes

ANNEXE I : Principales conditions s'appliquant aux actes de télémédecine

ANNEXE II : Benchmark synthétique – Télémédecine

ANNEXE III : Rémunération des actes de télémédecine – téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance

ANNEXE IV : Liste des personnes rencontrées

ANNEXE V : Cartographie réalisée des dispositifs de télémédecine – GHU Henri Mondor

ANNEXE I : Principales conditions s'appliquant aux actes de télémédecine

Condition	Description	Texte de loi (code de la santé publique)
Règles de droit commun sur l'exercice de la médecine	<ul style="list-style-type: none"> • Consentement libre et éclairé du patient 	L. 1111-2 L. 1111-4 R. 6316-2
	<ul style="list-style-type: none"> • Respect de la vie privée et du secret médical • Respect des référentiels d'interopérabilité et de sécurité • Respect des règles d'échange et de partage d'information 	L. 1110-4 L. 1111-8 R. 6316-3 R. 6316-10
	<ul style="list-style-type: none"> • Authentification des professionnels de santé • Identification du patient • Accès aux données médicales nécessaires pour les professionnels de santé • Formation ou préparation du patient 	R. 6316-3
	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue du dossier patient (compte-rendu, actes, prescriptions, identité, date et heure, incidents techniques) 	R. 6316-4
	<ul style="list-style-type: none"> • Respect des conditions d'exercice/autorisations d'exercice • Obligation d'assurance 	L. 4111-1 L. 4112-7 R. 6316-7 L. 1142-2
Règles propres à l'activité de télémédecine	<ul style="list-style-type: none"> • Programme national ou CPOM ou CAQCS ou autre contrat avec l'ARS 	R. 6316-6 R. 6316-7
	<ul style="list-style-type: none"> • Convention entre organismes et professionnels de santé intervenant 	R. 6316-8
	<ul style="list-style-type: none"> • Formation et compétences des professionnels de santé pour l'utilisation des dispositifs 	R. 6316-9

Source : HAS, 2018.

ANNEXE II : Benchmark synthétique – Télémedecine



Il existe un cadre réglementaire spécifique à la télémedecine :

Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non trouvé	Non	Oui	Oui	Non trouvé	Oui
-----	-----	-----	-----	-----	------------	-----	-----	-----	------------	-----

En synthèse :

Il n'existe pas toujours de réglementation propre à la télémedecine (hors standards de sécurité pour la gestion et l'échange des données de santé). Néanmoins, des limites à la pratique de la télémedecine se trouvent souvent dans les conditions de remboursement des actes (Japon, France). Le développement de la télémedecine s'est fait le plus souvent dans un cadre expérimental, et il est possible de remarquer qu'un assouplissement soudain des réglementations permet un développement exponentiel de la télémedecine mais entraîne également l'apparition de pratiques controversées et difficilement prévisibles (Allemagne, France).

De manière générale, la connaissance préalable du patient est souvent posée comme un pré-requis à la téléconsultation (ou à son remboursement).

Selon quelles modalités les actes de télémedecine sont-ils (ou non) pris en charge par une assurance maladie obligatoire ou complémentaire, publique ou privée :

AMC privée	AMO publique	AMO publique	AMO publique	AMO publique	AMO publique	AMO publique	Non trouvé	Non trouvé	AMC privée	AMO publique
------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------	------------	------------	------------	--------------

En synthèse :

La prise en charge des actes de télémedecine n'est pas encore complètement intégrée aux modalités de prise en charge traditionnelles des actes médicaux. Le remboursement des téléconsultations et de la télé-expertise par la sécurité sociale est parfois limité à des populations spécifiques: patients atteints de maladies chroniques et rares, patients de zones rurales mal desservies, maisons de retraite ou résidences médico-sociales (Australie, ...), ou conditionné à certaines exigences (exemple au Japon et en France : contact physique préalable avec le patient). Par ailleurs, dans les pays où un système assurantiel est très développé, certaines compagnies proposent des services de télémedecine gratuits à leurs assurés.

Il existe un acteur national spécialisé en charge du développement de la télémedecine sur le territoire (pilotage et/ou observatoire) :

Non	E-santé (non spécifique)	E-santé (non spécifique)	Non trouvé	Oui	Oui	En cours	Non	Non trouvé	E-santé (non spécifique)	Non
-----	--------------------------	--------------------------	------------	-----	-----	----------	-----	------------	--------------------------	-----

En synthèse :

Il est difficile d'établir une corrélation directe entre le niveau de déploiement de la télémedecine et le type de gouvernance et de pilotage dont elle fait l'objet. Néanmoins, il est possible d'observer qu'il existe un organe de pilotage du développement de la télémedecine agissant sous responsabilité des pouvoirs publics dans environ la moitié des territoires étudiés (ces structures ne sont pas toujours dédiées exclusivement à la télémedecine). L'existence de cette instance permet de disposer d'un niveau de connaissance plus important sur les pratiques, et d'anticiper les évolutions de l'offre (contre exemple de l'Allemagne). Elle permettent de coordonner davantage les initiatives de terrain (sans quoi le développement se fait de façon moins structurée) et les acteurs nationaux (contre exemple de l'Allemagne, de la France et de la Suisse).

Type et niveau de maturité de l'offre de service en télémedecine :

Privée limitée en dével	Privée limitée avec subvent*	Privée, hétérog, selon les territoire	Privée riche	Très faible	Riche	Limitée en dével	Privée riche	Privée très riche	Privée assurance (riche)	Hybride publique privée (riche)
-------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--------------	-------------	-------	------------------	--------------	-------------------	--------------------------	---------------------------------

En synthèse :

Il est possible d'observer plusieurs types de développement de la télémedecine : 1) le modèle où les offres privées se sont développées en raison d'un encadrement souple de la télémedecine, principalement dans les pays du nord de l'Europe et dans les pays asiatiques, et fonctionnent sur un mode BtoC (une offre complète pour les patients comme pour les praticiens, parfois subventionnée / remboursée) ; 2) un modèle où la télémedecine a été développée principalement sous l'impulsion des compagnies d'assurance pour leurs assurés (Amérique du nord, Suisse), 3) le système hybride dans lequel se situe la France.

Par ailleurs, le niveau de maturité des offres reste très hétérogène entre les pays « pionniers » (pays du nord de l'Europe) et ceux ayant permis la réalisation d'actes de télémedecine (encadrement, pilotage) plus récemment (Royaume-Uni, Maroc, France).

Le « système » Français est le seul dans lequel cohabitent une offre véritablement publique (représentant un investissement important pour les pouvoirs publics lors du déploiement de la télémedecine dans un cadre réglementé et expérimental) et une offre privée qui s'est développée très rapidement suite à l'entrée dans le droit commun au remboursement d'un certain nombre d'actes.

Il existe un dossier patient informatisé sur lesquels peuvent s'appuyer les services de télémedecine ?

En cours	Oui	Pas national	Non trouvé	Non	Oui	En cours	Oui	Oui	En cours	Oui
----------	-----	--------------	------------	-----	-----	----------	-----	-----	----------	-----

En synthèse :

L'existence d'un dossier patient informatisé national ne semble pas être un préalable au développement de la télémedecine. Il apparaît néanmoins qu'il s'agit d'un atout dans la structuration d'une offre cohérente et efficace. Il s'agit également d'une aide importante dans le partage des données médicales entre le patient et son médecin.

Source : ASIP-SANTE, Juillet 2019

ANNEXE III : Rémunération des actes de télé médecine

TELECONSULTATION

Médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale		Médecin S1 ou S2 OPTAM ou S2 sans OPTAM si respect des tarifs opposables	Médecin S2 sans OPTAM (si non application des tarifs opposables)
Téléconsultation du médecin traitant	De 0 à 6 ans	TCG (25 €) + MEG (5 €) = 30 €	TC (23 €) + MEG (5 €) = 28 €
	6 ans et plus	TCG = 25 €	TC = 23 €
Téléconsultation du médecin correspondant ou médecin éloigné de la résidence habituelle du patient, avec retour au médecin traitant dans les 2 cas	6 ans et plus	TCG (25 €) + MCG (5 €) = 30 €	TC = 23 €

Médecin spécialiste ⁽¹⁾		Médecin S1 ou S2 OPTAM/OPTAM-CO ou S2 sans OPTAM/OPTAM-CO si respect des tarifs opposables	Médecin S2 sans OPTAM/OPTAM-CO (si non application des tarifs opposables)
Téléconsultation du médecin correspondant avec retour au médecin traitant		TC (23 €) + MPC (2 €) + MCS (5 €) = 30 €	TC = 23 €
Téléconsultation du médecin traitant		TC (23 €) + MPC (2 €) = 25 €	TC = 23 €

⁽¹⁾ Hors médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale, pédiatre, psychiatre neurologue et neuropsychiatre

Psychiatre ⁽²⁾ , neurologue, neuropsychiatre		Médecin S1 ou S2 OPTAM ou S2 sans OPTAM si respect des tarifs opposables	Médecin S2 sans OPTAM (si non application des tarifs opposables)
Téléconsultation du médecin correspondant avec retour au médecin traitant		TC (39 €) + MPC (2,70 €) + MCS (5 €) = 46,70 €	TC = 39 €
Téléconsultation du médecin traitant		TC (39 €) + MPC (2,70 €) = 41,70 €	TC = 39 €

⁽²⁾ Pour les psychiatres, le TC prend la valeur de 58,50 € (équivalent du 1,5 CNPSY) dans le cadre d'une téléconsultation réalisée à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables

Pédiatre		Médecin S1 ou S2 OPTAM ou S2 sans OPTAM si respect des tarifs opposables	Médecin S2 sans OPTAM (si non application des tarifs opposables)
Téléconsultation du pédiatre pour les 0 – 6 ans	De 0 à 2 ans	TC (23 €) + MEP (4 €) + NFP (5 €) = 32 €	TC (23 €) + NFP (5 €) = 28 €
	De 2 à 6 ans	TC (23 €) + MEP (4 €) + NFE (5 €) = 32 €	TC = 23 €
Téléconsultation du pédiatre traitant	De 6 à 16 ans	TC (23 €) + NFE (5 €) = 28 €	TC = 23 €
Téléconsultation du pédiatre correspondant avec retour au médecin traitant	De 6 à 16 ans	TC (23 €) + MPC (2 €) + MCS (5 €) = 30 €	TC = 23 €

TELEEXPERTISE

Télé expertise de 1 ^{er} niveau (TE1)			Téléexpertise de 2 ^d niveau (TE2)		
<p>Avis donné sur une question circonscrite sans nécessité de réaliser une étude approfondie de la situation médicale du patient</p> <p>Une première liste d'exemples non exhaustive a été définie dans la convention</p> <p>(exemple : lecture d'une photographie de fond d'œil ou de tympan.)</p>	5 € par téléexpertise	12€ par téléexpertise (dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient)	<p>Avis en réponse à une situation médicale complexe après étude approfondie</p> <p><u>(liste d'exemples non exhaustive :</u> surveillance d'une plaie chronique en voie d'aggravation et le suivi d'évolution d'une maladie inflammatoire chronique intestinale ou rhumatologique)</p>	10 € par téléexpertise	20 € par téléexpertise (dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient)

TELESURVEILLANCE

Lettres - clef Télésurveillance		Médecins effectuant la télésurveillance	Professionnel de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique	Fournisseur de solution de télésurveillance et des prestations associées
		TSM	TSA	TSF
		Rémunération forfaitaire en € selon CDC		
		Montant semestriel	Montant semestriel	Montant semestriel
1) CDC "Patients Insuffisants cardiaques chroniques"		110,00 €	60,00 €	300,00 €
2) CDC "Patients insuffisants rénaux chroniques"	a- Patients insuffisants rénaux chroniques dialysés	73,00 €	30,00 €	300,00 €
	b- Patients transplantés rénaux	36,50 €	30,00 €	225,00 €
3) CDC "Patients Insuffisants Respiratoires" (IR)		73,00 €	30,00 €	300,00 €
4) CDC "Patients diabétiques"	a- Diabète de type 1 & 2 avec schémas insuliniques complexes	110,00 €	60,00 €	375,00 €
	b- Diabète de type 2 avec mono injection d'insuline	110,00 €	60,00 €	300,00 €
5) CDC "Patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique"		65,00 €	-	Tarif LPP

Source : CNAM, Ameli, 2020.

ANNEXE IV : Liste des personnes rencontrées

Entretiens réalisés dans le cadre du mémoire et pour la cartographie des dispositifs de télémédecine en annexe V

- Dr Christiane AJZENBERG, Endocrinologue
- Dr Thibaud DAMY, Cardiologie
- Mme Mégane DONI, référente administrative adjointe
- Mme Armelle DUCHENNE, Cadre de santé
- Dr Tu-Anh DUONG, Dermatologue et référente médicale télémédecine
- Dr Nathalie ELBAZ, Cardiologue
- Pr Charles-Henri FLOUZAT, Orthopédiste
- Dr Isabelle FROMENTIN, Gériatre
- Mme Florence Le Moigne, infirmière
- Pr Nicolas LELLOUCHE, Cardiologie
- Pr Alain LUCIANI, Radiologue
- Pr Philippe PIRNAY, Odontologue
- Pr Christophe TOURNIGAND, Oncologue
- Mme Bénédicte TOXE, infirmière coordinatrice
- Dr Jean-Baptiste TRABUT, Addictologue

PROJETS DE LA TELMEDECINE

1. TELEADDICTOLOGIE
2. TELECARDIOLOGIE – Insuffisance cardiaque chronique
3. TELECARDIOLOGIE – RYTHMOLOGIE
4. TELEDENTISTERIE – TELEDENT
5. TELEDERMATOLOGIE – TELDERM
6. TELEDIABETOLOGIE
7. TELEGERIATRIE – GERIATRIX
8. TELEONCOLOGIE - ONCO'nect
9. TELEORTHOPEDIE
10. TELEPSYCHIATRIE
11. TELERADIOLOGIE

Spécialité(s) concernée(s) : Addictologie

Personne(s) référente(s) : Marie-Christine BENHAIM-ISENI, Jean-Baptiste TRABUT

Type d'acte : Téléconsultation

Début du projet : 2019

Chiffres clefs

Activité de télé-addictologie du 1^{er} janvier au 30 juin 2020

- 1 854 téléconsultations (principalement par téléphone)
- 43% : part des téléconsultations sur la totalité des consultations
- 9% des TLC du GH sur la période

Historique du projet

- Au niveau local, il s'agit d'un projet récemment proposé dans le cadre du regroupement à venir de l'activité d'addictologie sur le site d'Albert Chenevier.
- L'objectif est de promouvoir le développement de l'activité ambulatoire ouverte sur la ville. Les consultations d'addictologie étant peu nombreuses, débordées et le réseau de soin mal fléché, le développement de la télémedecine permettrait un accès au soin facilité en cas de difficultés à se déplacer, d'éloignement ou d'incompatibilité d'horaire.
- Le projet ne s'est pas encore démarré. Pendant le confinement, les téléconsultations ont été réalisées principalement par téléphone et sans ORTIF.

Description de l'activité

- L'activité de téléconsultation s'est fortement développée pendant la crise sanitaire. Pour les patients de l'hôpital de jour d'addictologie, des téléconsultations médicales et psychologiques ont été réalisées.
- La réorganisation des plannings des consultations a permis de réaliser des entretiens pluri-hebdomadaire (2 à 5 interventions) : prise de rendez-vous au secrétariat, téléconsultation principalement par la voie audio entre deux et cinq interventions par semaine et par patient, codage par le secrétariat.
- Après la crise sanitaire, des réflexions sont en cours pour envisager un maintien des téléconsultations pour une partie des patients de l'HDJ.

Focus

- Au niveau national, le COPAAH (Collège Professionnel des Acteurs de l'Addictologie Hospitalière) et ELSA-France (Equipes de Liaison et de Soins en addictologie) proposent de lancer une enquête concernant l'intérêt de la télémedecine en addictologie, auprès de leurs adhérents.
- Un projet de téléexpertise est en cours de réflexion pour l'addictologie. L'arrivée prochaine d'une IDE en pratique avancée devrait également permettre de développer le lien hôpital/ville à travers la télémedecine en addictologie.
- Des difficultés concernant le matériel à disposition ont été signalées : besoin des caméras et des microphones en quantité suffisante, besoin de formation sur les outils institutionnels.

TELECARDIOLOGIE - INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE

TLS

Spécialité(s) concernée(s) : Cardiologie

Personne(s) référente(s) : Thibaud DAMY,
Sophie DIAS, Michel FRELAT, Armelle DUCHENNE

Type d'acte : Télésurveillance

Début du projet : 2018

Chiffres clefs

- 1,500 000 patients insuffisants cardiaques en France (170 000 hospitalisation par an)
- 50% : Mortalité d'Amyloses Cardiaques à trois ans
- 300 patients télésurveillés dans la CECICS
- 1 000 consultations réalisées par les IDE (3,9 consultations/patients)

Historique du projet

- Un problème majeur de prise en charge constaté en raison de la démographie des cardiologues
- Début du dispositif en 2018 avec la mise en place de la Cellule de coordination de l'insuffisance cardiaque et des cardiomyopathies (CCICC) pour améliorer la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque
- 2020 : Expérimentation « article 51 » de parcours des patients insuffisants cardiaques sévères : structuration d'une cellule d'expertise et de coordination pour l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS), développement du maillage territorial avec les acteurs hospitaliers, développement de la coopération avec la médecine de ville

Description de l'activité

- Activité pour la CCICC :
 - 1) Télésurveillance des patients pour détecter et anticiper les décompensations par les IDE (balances et boîtiers connectés)
 - 2) Consultation (y compris non programmée) et prescription par les IDE
 - 3) Evaluation cardio-gériatrique
 - 4) Coordination du parcours et accompagnement thérapeutique
 - 5) Permanence téléphonique
- Activités CRAC :
 - 1) Consultations de suivi
 - 2) Gestion de la cohorte
 - 3) Essais thérapeutiques
- Evolutions avec le COVID19 : utilisation d'ORTIF pour réaliser les téléconsultations dans le cadre des dispositifs CECICS et le Centre de Référence Amyloses Cardiaques (CRAC)

Focus

- Inscription du financement dans le programme ETAPES : pas de circuit de facturation prévue
- Utilisation de l'article 51 pour poursuivre le projet : forfaits financiers prévus en fonction de sévérité
- Recrutement d'un coordonnateur du projet prévu et de deux 2 attachés de recherches cliniques
- Projet de création d'une plateforme à la porte 28 pour se regrouper avec le dispositif de rythmologie
- Un travail de généralisation du protocole de coopération au niveau national : début par la duplication de la cellule dans les autres GHU de l'APHP

Spécialité(s) concernée(s) : Cardiologie

Personne(s) référente(s) : Nicolas LELLOUCHE,
Nathalie ELBAZ, Armelle DUCHENNE, Bénédicte TOXE

Type d'acte : Télésurveillance

Début du projet : 2011

Chiffres clefs

- 221 patients en file active télé-suivis en 2019
- 322 patients au total correspondant aux critères de codage
- « TM7 »: 65 euros facturés à l'AM pour 6 mois (130 euros par patient télé-suivi par an)

Historique du projet

- Réminiscence de télécadiologie vers 2002 sans la reconnaissance des actes dans le cadre réglementaire
- 2014 : projet rentré dans le programme ETAPES (programme expérimental reconduite en 2018 pour 4 ans)
- 2018 : publication des clefs de facturation
- Octobre 2019 : début de remboursement de la TLS

Description de l'activité

- Trois types d'appareils pour le télé-suivi : pacemakers, défibrillateurs, moniteurs
- Possibilité de proposer la surveillance à distance à l'ensemble des patients pris en charge : programmation des transmissions et des alertes
- Projet de monter en charge d'activité en 2020

Focus

- Deux types d'actes codés : pas de remboursement par l'Assurance maladie des prothèses et des équipements
- Présence d'une infirmière coordinatrice : temps administratif important pour le codage de l'activité (à six mois révolus : validation sur Orbis et codage sur Gilda)
- Articulation avec le projet d'insuffisance chronique: Question de mutualisation du secrétariat et des locaux, visions et aspects techniques différents entre les deux projets malgré les patients communs en grande partie (existence de deux protocoles distincts)
- Projet Implicity : création d'une seule plateforme de télésurveillance pour réduire le temps administratif

Spécialité(s) concernée(s) : Odontologie

Personne(s) référente(s) : Philippe PIRNAY
Anita DOS SANTOS NOVAIS

Type d'acte : Téléexpertise

Populations concernées : personnes détenues

Début du projet : 2016

Chiffres clefs

- 2 300 entrants par an à Fresnes
- Entre 20 à 40 téléexpertises par mois
- 70 000 euros de financement de la part de l'ARSIF pour l'achat des équipements

Historique du projet

- 2016 : Un projet pionnier à l'APHP avec la mise en place d'un partenariat avec la Maison d'arrêt de Fresnes
- 2018 : Dispositif fonctionnel avec la Maison d'arrêt
- Démarche pour élargir le dispositif vers les EHPAD : projet de partenariat avec l'EHPAD Eric Satie
- 2020 : Réalisation des téléconsultations, d'une manière dérogatoire, pendant la crise sanitaire liée au COVID19 (41 en mars, 186 en avril) et arrêt d'activité avec Fresnes pendant cette période

Description de l'activité

- Activité asynchrone avec la maison d'arrêt de Fresnes :
 - Utilisation d'une caméra interbuccal spécifique par un médecin, une IDE ou une AS
 - Enregistrement des images et envoi au GH pour l'analyse
 - Une salle de télé médecine dédiée et équipée
 - Réponse conventionnelle sous 10-12 jours (sous 3-4 jours en pratique) : expertise spécifique avec un degré d'exigence de soins équivalents aux consultations en présentiel
 - Envoi des CR mais pas d'ordonnances effectuées
- Constat d'une meilleure organisation du parcours soins : gain du temps et réduction de déplacements inutiles

Focus

- Pas de circuit facturation prévue dans le cadre national pour l'activité de téléexpertise pour l'odontologie
- Projet de recrutement d'un PH sur le dispositif

Plusieurs difficultés :

- Pérennisation de financement
- Elargissement du projet vers les autres acteurs notamment les EHPAD
- Identification des problématiques à la Maison d'arrêt : formation d'IDE, identification d'un référent dédié, retard dans la sollicitation du financement
- Difficultés d'orientation du patient après la réalisation de la TLE
- Articulation avec le dispositif Gériatrie

Spécialité(s) concernée(s) : Dermatologie

Personne(s) référente(s) : Tu-Anh DUONG

Type d'acte : Téléexpertise

Début du projet : 2016

Chiffres clefs

- 2016: 1296 avis
- 2017: 983 dossiers TELEDERM & 2600 avis
- 2018: 2596 (jusqu'à septembre 2018 inclus)

Historique du projet

- Deux parties distinctes : 1. TELDERM Urgences ; 2. TELDERM rares/ gériatrie
- 2016 : structuration d'activité passant par mail et projet de passer progressivement sur la plateforme ORTIF
- Entré dans le droit commun avec la sortie progressive du programme de l'expérimentation
- Déploiement progressif au sein de l'AP-HP et déploiement régional GHT 77 Nord avec des postes d'assistant partagés
- 2019 : Facturation possible

Description de l'activité

- Avis diagnostiques ou thérapeutiques
- Organisation des consultations ou biopsies
- Organisation des transferts pour hospitalisation
- Avis en temps réel, le jour même ou dans les 24 heures
- ⇄ En gériatrie avis uniquement en TLE (fin du présentiel)
- ⇄ Appui sur les réseaux spécifiques (Geriatrx)

Focus

- Difficultés de facturation sur Gilda : recueil manuel des éléments de facturation après la disponibilité des lettres clés
- Activité sous-valorisée sur la partie facturation
- Besoin d'évaluer et de valoriser le temps médical et extra-médical
- Sujet d'articulation avec les autres projets de télémédecine notamment en gériatrie
- Besoin d'avoir un schéma fonctionnel de facturation

Spécialité(s) concernée(s) : **Dermatologie**

Personne(s) référente(s) : **Tu-Anh DUONG**

Type d'acte : **Téléexpertise**

Début du projet : **2016**

Chiffres clés

- 2016: 1 581 avis
- 2017: 2 457 avis (hausse de 55%)
- 2018: 3 322 avis (hausse de 35%)
- 2019: 3 554 avis (hausse de 7%)

Historique du projet

- Deux parties distinctes : 1. TELDERM Urgences ; 2. TELDERM rares/ gériatrie
- 2016 : structuration d'activité passant par mail et projet de passer progressivement sur la plateforme ORTIF
- Entrée dans le droit commun avec la sortie progressive du programme de l'expérimentation
- Déploiement progressif au sein de l'AP-HP et déploiement régional GHT 77 Nord avec des postes d'assistant partagés
- Crise sanitaire liée au COVID19 :
 - Mars/Avril 2020 : 629 avis contre 583 en 2019
 - Baisse des demandes venant des EHPAD ou d'établissement hospitalier
 - Augmentation significative pour la médecine générale
 - Enjeu d'interopérabilité avec la médecine de ville

Description de l'activité

- Avis diagnostiques ou thérapeutiques
- Organisation des consultations ou biopsies
- Organisation des transferts pour hospitalisation
- Avis en temps réel, le jour même ou dans les 24 heures
- ⇨ En gériatrie avis uniquement en TLE (fin du présentiel)
- ⇨ Appui sur les réseaux spécifiques (Geriatrx)

Focus

- Difficultés de facturation sur Gilda : recueil manuel des éléments de facturation après la disponibilité des lettres clés
- Activité sous-valorisée sur la partie facturation
- Besoin d'évaluer et de valoriser le temps médical et extra-médical
- Sujet d'articulation avec les autres projets de télémédecine notamment en gériatrie
- Besoin d'avoir un schéma fonctionnel de facturation

Spécialité(s) concernée(s) : Gériatrie

Personne(s) référente(s) : Jean-Philippe DAVID,
Isabelle FROMENTIN, Nathalie Marie-Nelly,
Isabelle Mauduit (IDE), Aurélie SOULA (AMA)

Type d'acte : Téléconsultation, Télé-expertise

Populations concernées : Personnes âgées

Début du projet : 2016

Chiffres clefs

- 2018 : 200 actes réalisés
- 2019 : 600 actes réalisés
- 2020 (Jan-Juin) : 837 actes réalisés
- Modes d'entrée en TLC venant des EHPAD : 215 ; Domicile :150 ; HDJ Diag : 110

Historique du projet

- **Projet envisagé en 2015 et débuté en 2016 sur le site d'Emile Roux**
- **Conventionnement avec 20 EHPAD et financement de l'ARSIF**
- **Mars 2020 : Bouleversement du cadre et assouplissement des règles pendant la crise sanitaire liée au COVID19 accentuant l'intérêt des médecins face à l'arrêt des consultations en présentiel**

Description de l'activité

- **Activité structurée principalement pour les résidents des EHPAD**
- **Difficultés pour utiliser l'ORTIF au début, mais désormais développement d'activité par cet outil institutionnel avec la création des communautés**
- **Organisation de la TLC par l'IDE et réalisation des TLC dans une salle dédiée et équipée (présence de deux postes dont 1 équipé avec micro et caméra)**
- **Prises en charge par spécialité en mai 2020 : syndrome gériatrique (165), neurologie (113), dermatologie (95), cardiologie (45), neurologie (45)**
- **Articulation avec les autres projets comme la dermatologie sur les plaies chroniques**

Focus

- Circuit facturation fonctionnel : codage des actes sur GILDA
- Besoin de bien connaître le patient pour connaître le facteur de fragilité
- Difficultés pour inciter les EHPAD à utiliser ORTIF : utilisation des logiciels propres par les EHPAD
- Difficultés d'articulation avec le projet de TLM en gériatrie en Essonne et sur la définition du territoire de la filière
- Besoin d'adapter les locaux actuels pour faire face à l'accroissement de l'activité

Spécialité(s) concernée(s) : **Oncologie**

Personne(s) référente(s) : **Christophe TOURNIGAND**

Type d'acte : **Télésurveillance**

Début du projet : **2016**

Chiffres clés

- 51 patients entre Janvier et avril 2018 dans la première phase test
- Environ 200 patients depuis 2018 entrés dans le dispositif
- Des dépenses prévisionnelles de 110 000 euros prévues (40 000 pour le personnel oncologie HM et 70 000 euros pour les prestataires)

Historique du projet

- **Projet lancé depuis environ 4 ans : signature du contrat en 2017 entre l'APHP, MALAKOFF MEDERIC, NOUVEAL et TNP CONSULTANTS**
- **2 objectifs principaux :**
 - (i) **Renforcer le lien et l'accompagnement médical des patients à domicile à travers la communication sur la douleur, la qualité de vie, le suivi de traitement et la prévention de réhospitalisation**
 - (ii) **Prévenir les effets secondaires (gestion des symptômes, détection des effets indésirables)**

Description de l'activité

- **Un outil « Onco'nect » proposé aux patients sous traitements anticancéreux**
- **Un suivi médical à distance : questionnaires, détection des situations à risque, contact sur messagerie avec les patients, envoi des images**
- **Réception et traitement des données directement par les médecins**
- **Temps médical estimé à 2-3h/jour au total**

Focus

- Financement du dispositif en partie par MALAKOFF MEDERIC
- Pas de codage ou de facturation : Dispositif de TLS ne rentrant pas dans le programme ETAPES ou dans un autre cadre de financement
- Interrogations sur la pérennisation du projet en absence de possibilités de financement durable de l'activité de télé-surveillance
- Projet d'avoir un temps paramédical dédié en partie sur le dispositif
- Problème d'interopérabilité entre Orbis et Onco'nect : obligation de rentrer toutes les données manuellement

Spécialité(s) concernée(s) : Orthopédie

Personne(s) référente(s) : Charles-Henri FLOUZAT-LACHANINETTE

Type d'acte : Téléconsultation

Début du projet : Fin 2019

Chiffres clefs

Sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2020 :

- 709 de TLC réalisées
- 10% des consultations en chirurgie orthopédie
- 86% de TLC honorées (sur 822 TLC prévues)

Historique du projet

- 2019-2020 : les téléconsultations sont réalisées à travers l'utilisation des outils standards comme Skype ou Whatsapp. Ces consultations à distance ont aussi été réalisées par téléphone avec ou sans vidéo transmission.
- Mars 2020 : la crise sanitaire liée au COVID+ a basculé le cadre avec l'utilisation d'ORTIF, installation des webcams. L'objectif est d'accentuer le niveau d'activité après la mise en place de ces outils.
- 2020 : le projet d'investir dans un dispositif complet pour la télésurveillance est en cours (« package » avec l'application) permettant d'assurer le télésuivi du patient (questionnaires, alertes, etc.)

Description de l'activité

- Activité de téléconsultation : prise de rendez-vous auprès de la secrétaire et inscription sur ORTIF, envoi des informations ORTIF au patient, dépôt des documents, réalisation de la téléconsultation, le CR et les ordonnances adressés par la secrétaire
- Activité de la téléexpertise : formalisation dans le cadre institutionnel de l'activité existante concernant notamment Rachis, bassin, métastase et fracture (Hôpital de Sens, Melun, Provins) avec l'utilisation d'ORTIF
- Codage de l'activité de téléconsultation par la secrétaire : ORBIS et GILDA

Focus

- Plusieurs difficultés ont été signalées : problème de connexion sur ORTIF, mise à jour de Firefox et impossibilité pour les patients de charger les images sur la plateforme
- Besoin de faire les affiches et de communiquer sur le dispositif au sein de l'hôpital
- Résistance aux changements observées de la part des praticiens et des patients

Spécialité(s) concernée(s) : **Psychiatrie**

Personne(s) référente(s) : **Marion LEBOYER**

Type d'acte : **Téléconsultation**

Début du projet : **2019**

 Chiffres clefs

Activité Janvier- Juin 2020 :

- 4553 téléconsultations réalisées
- 25% de consultations réalisées par la TLC
- 78% de rendez-vous honorés de TLC

 Historique du projet

- Début du projet à travers la plateforme Doctoconsult, devenue Doctopsy en 2020
- En 2019, réalisation des tests de téléconsultation sur la plateforme ORTIF donnant des résultats concluants (suivi de 5 patients en téléconsultation)
- En raison d'absence de retour de la part de Doctopsy sur la convention, réorientation du projet en février 2020 vers l'utilisation la plateforme ORTIF
- Mars 2020 : accroissement important de l'activité pendant la crise sanitaire liée au COVID19

 Description de l'activité

- Trois périmètres du projet sont identifiés :
 - (1) Appartements thérapeutiques : 3 appartements sur 8 seraient équipés d'ordinateurs et d'une connexion internet (installation des boxes) pour faciliter la réalisation des téléconsultations
 - (2) Parcours SIAM : Dans le cadre du projet SIAM, des patients suivis en hôpital de jour recevraient un prêt d'équipements (téléphones portables et cartes SIM)
 - (3) Parcours bipolaire : Les patients suivis dans le parcours bipolaire, déjà équipés en smartphone, seraient progressivement impliqués dans les téléconsultations

 Focus

• **Définition des objectifs :**

- Impulser une nouvelle dynamique pour l'activité de téléconsultation psychiatrique
- Inscrire la télépsychiatrie dans le cadre commun proposé par l'ORTIF
- Rendre rapidement opérationnelle cette activité à travers la mise en place de nouveaux moyens informatiques et techniques

• **Aspects Organisationnels :**

- Ouverture des comptes ORTIF
- Plages ORBIS dédiées à la téléconsultation
- Définir les personnes administratives ressources et leurs tâches (codage, planification, etc.)
- Installation des postes des médecins faisant la téléconsultation
- Formation à l'utilisation des équipements

Spécialité(s) concernée(s) : Radiologie

Personne(s) référente(s) : Alain LUCIANI, Catherine RADIER

Type d'acte : Téléexpertise

Début du projet : 2017

 Chiffres clefs

- Pas de chiffres disponibles

Historique du projet

- Démographie des radiologues : la télé médecine constitue une réponse intéressante aux enjeux démographiques
- Trois utilisations historiques peuvent être soulignées :
 - (i) un dispositif d'interprétation de l'imagerie a été mis en place entre HMN et les sites gériatriques ;
 - (ii) la téléinterprétation a été pratiquée par un médecin de son domicile ;
 - (iii) les avis et les expertises en radiologie sont donnés hors outils dédiés.
- La crise sanitaire liée au COVID19 a présenté une rupture importante : accès du PACS de domicile, acte d'expertise d'alerte et de recours.
- 2020 : Un projet de partenariat est en cours avec le CHIV et le CH de Provins

Description de l'activité

- Deux activités différentes de téléradiologie peuvent être distinguées :
 - (i) Télédiagnostic : réalisation de la première interprétation des images par un radiologue
 - (ii) Téléexpertise : sollicitation d'un radiologue pour une 2^{ème} interprétation (une première analyse ayant déjà été réalisée)
- Impossible d'utiliser ORTIF en raison des flux d'images élevés

 Focus

- Il est fondamental d'inscrire la télé médecine sur le territoire et dans un parcours coordonné de soins. A ce titre, des sollicitations de la part du CHIV, Provins, Melun et Fontainebleau peuvent être soulignées.
- Pas de circuit de codage prévu : concernant le développement d'activité vers l'extérieur, le traçage d'activité serait prévu.
- Un projet de téléradiologie au niveau du siège est prévu : l'appel à manifestation d'intérêt est en cours pour mettre en place un plateau d'imagerie mutualisé.

Spécialité(s) concernée(s) : Cardiologie

Personne(s) référente(s) : Nicolas LELLOUCHE,
Nathalie ELBAZ, Armelle DUCHENNE, Bénédicte TOXE

Type d'acte : Télésurveillance

Début du projet :

Chiffres clés

- 221 patients fil actif télésuivis en 2019
- 322 patients au total correspondant aux critères de codage
- « TM7 » : 65 euros facturés à l'AM pour 6 mois (130 euros par patient télésuivi par an)

Historique du projet

- Réminiscence de télécardiologie vers 2002
- Entre 2002-2017 : des actes de TLM ne sont pas reconnus dans le cadre réglementaire
- 2014 : projet rentré dans le programme ETAPES (programme expérimental reconduite en 2018 pour 4 ans)
- 2018 : publication des clefs pour la facturation
- Octobre 2019 : début de remboursement de la TLS

Description de l'activité

- Trois types d'appareils télésuivis : pacemakers, défibrillateurs, moniteurs
- Possibilité de proposer la surveillance à distance à l'ensemble des patients pris en charge : programmation des transmissions et des alertes
- Projet de monter en charge d'activité en 2020

Focus

- Deux types d'actes codés : pas de remboursement par l'Assurance maladie des prothèses et des équipements, remboursement pour les actes de télésurveillance
- Présence d'une infirmière coordinatrice : temps administratif important pour le codage de l'activité (à six mois révolus : validation sur Orbis et codage sur Gilda)
- Articulation avec le projet de télécardiologie d'insuffisance chronique : Question de mutualisation du secrétariat et des locaux, visions et aspects techniques différents entre les deux projets malgré les patients communs en grande partie (existence de deux protocoles distincts)
- Projet Implicity : création d'une seule plateforme de télésurveillance pour réduire le temps administratif

MOHAMMAD

USMAN

Octobre 2020

Elèves directrices et directeurs d'hôpital
Promotion 2020

**Le déploiement de la télémédecine : les conditions de sa
généralisation aux niveaux national et territorial**
Exemple du GHU APHP. Henri Mondor

EHESP – RENNES

Résumé :

La télémédecine présente plusieurs avantages non négligeables pour le système de santé : optimisation de la prise en charge des patients, amélioration de l'accès aux soins, réduction des déplacements, diminution du nombre d'hospitalisation, gain de temps dans la prise en charge, etc. Toutefois, son développement, inscrit dans un cadre expérimental et restrictif, a été relativement mitigé depuis une décennie et en particulier depuis l'entrée dans le droit commun comme le montre la réalisation des benchmarks. La pandémie de Covid-19 a été un moment charnière dans la généralisation de la télémédecine. La question n'est plus de savoir si la généralisation de la télémédecine – utilisation massive et banalisation des actes de télémédecine dès que cet outil paraît adapté à un médecin - est opportune, mais il s'agit de s'interroger sur les conditions de sa généralisation dans un cadre harmonisé et cohérent.

L'analyse du cadre expérimental et du cadre temporaire mis en place durant la crise sanitaire liée au COVID19 aux niveaux national et territorial permet de souligner l'existence de nombreuses difficultés dans le déploiement adéquat de la télémédecine : mise en place d'un modèle financier pérenne, valorisation adéquate des actes, résolution des obstacles techniques et administratifs, investissement adéquat sur le matériel et les ressources humaines et clarification du pilotage national et local. Au niveau hospitalier, une analyse d'activité a été conduite durant la crise sanitaire, ce qui montre une augmentation exponentielle de la télémédecine. Cet usage massif s'explique à travers l'assouplissement du cadre réglementaire au niveau national. Cette massification a montré le caractère souple et mutant de l'outil, mais elle a aussi exacerbé plusieurs tensions existantes, en particulier concernant la fracture numérique.

L'état des lieux et l'analyse de ces difficultés a permis de décliner des prérequis au niveau national et de proposer des préconisations aux niveaux territorial et hospitalier dans le but d'accompagner la généralisation de la télémédecine. Le plan d'action a pour ambition de rendre la télémédecine un élément essentiel de l'offre de soins en lui permettant de répondre en partie aux enjeux structurels du système de santé français.

Mots clés : Télémédecine ; Téléconsultation ; Téléeexpertise ; Télésurveillance ; Financement ; GHT ; Territoire ; Numérique ; Esanté ; Innovation ; COVID19 ; Généralisation ; Massification ; Territoire ; Parcours de soins ; APHP ; HUHM ;

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.