



# Pratiques de télémédecine et politique actuelle

Pratique médicale à distance, la télémédecine peut être une réponse aux défis auxquels est confrontée l'offre de soins. Des politiques publiques sont mises en œuvre pour la développer. Téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et régulation sont les 5 actes reconnus en télémédecine.

## Définitions et apports de la télémédecine pour la santé publique

### Pierre Simon

Néphrologue, juriste de la santé, ancien président de la Société française de télémédecine

### Les définitions de la télémédecine

La littérature regorge d'expressions consacrées à la santé numérique ou connectée. Les professionnels de santé médicaux parlent essentiellement de télémédecine, alors que les ingénieurs informaticiens ou du numérique parlent surtout d'e-santé. Beaucoup de termes français sont la traduction de mots utilisés dans la littérature anglo-saxonne. *E-health* se traduit en français par « e-santé », *telehealth* par « télésanté ». En France, le terme télésanté intègre tous les domaines de la santé numérique, mais dans les pays anglo-saxons *telehealth* est surtout utilisé pour décrire les services de la télémédecine informative et *telemedicine* la pratique de la télémédecine clinique.

Les ingénieurs informaticiens français utilisent les termes « e-santé » ou « télésanté » en y englobant la pratique de la télémédecine clinique [33], en continuité avec le courant créé au début des années 2000 par l'ingénieur informaticien australien John Mitchell, qui souhaitait remplacer la télémédecine par l'e-santé [39]. Cela crée une confusion entre le marché des outils de la télésanté (*e-commerce*) et les nouvelles pratiques et

organisations professionnelles de la télémédecine. Pour faire contrepoids à cette vision technologique de la santé numérique, des professionnels de santé médicaux ont créé une société savante en 2006, la Société française de télémédecine, afin de faire connaître et de développer les pratiques de la télémédecine clinique [51].

### Télémédecine clinique et télémédecine informative

La télémédecine clinique et la télémédecine informative ont été définies par l'OMS en 1998 de la façon suivante :

« La télémédecine clinique est une activité professionnelle qui met en œuvre des moyens de télécommunication numériques permettant à des médecins et d'autres membres du corps médical de réaliser à distance des actes médicaux pour des malades. La télémédecine informative est un service de communication audiovisuelle interactif qui organise la diffusion du savoir médical et des protocoles de prise en charge des malades et des soins dans le but de soutenir et d'améliorer l'activité médicale. »

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

Autrement dit, la télémédecine clinique est une pratique à distance de la médecine par les professionnels de santé médicaux, alors que la e-santé ou télésanté correspond aux services commerciaux de la société des systèmes d'information en santé [13], que l'on appelle télémédecine informative.

La distinction entre ces deux formes de télémédecine est importante, car elles ne sont pas soumises aux mêmes réglementations. Les services de la télémédecine informative sont des prestations régies par le droit de la concurrence, qui relèvent des directives européennes de 1998 et 2000 sur l'e-commerce [13]. Tandis que les pratiques de la télémédecine clinique relèvent, en France, du droit de la santé et sont inscrites au Code de la santé publique. La télémédecine est entrée dans le droit français par la loi Hôpital, patients, santé et territoires, promulguée le 21 juillet 2009, qui lui a donné une définition correspondant à la locution télémédecine clinique de l'OMS et au rapport Simon-Acker de novembre 2008 [51].

### La télémédecine clinique dans le Code de la santé publique

L'article L. 6316-1 du Code de la santé publique définit la télémédecine comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel de santé médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ». La télémédecine clinique « permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ».

### Les apports de la télémédecine pour la santé publique : un accès aux soins amélioré

La télémédecine clinique permet d'améliorer l'accès aux soins des populations et de corriger les inégalités d'accès géographiques en réduisant les pertes de chance qui y sont liées [50].

#### Accès aux soins dans les zones sans ressources médicales

Les lieux isolés comme les îles, les zones montagneuses et les zones rurales reculées sont particulièrement concernés par les difficultés d'accès aux soins. La télémédecine clinique est susceptible d'apporter une réponse à ces problématiques. Par exemple, dans les régions françaises d'outre-mer, elle peut aider à mieux gérer par des téléconsultations/télé-expertises les demandes d'évacuations sanitaires (Evasan), fréquentes et coûteuses. En métropole, elle peut contribuer à améliorer l'accessibilité aux soins primaires par l'intermédiaire de plateformes de téléconseil médical personnalisé.

#### Accès aux soins en prison

Dans les prisons françaises, l'accès aux soins est très inégalitaire, du fait du coût élevé de l'extraction des prisonniers vers un établissement de soins pour une consultation. La stratégie nationale vise à corriger cette inégalité en développant des téléconsultations spécialisées (psychiatrie, dermatologie, etc.) dans les maisons d'arrêt, les centres de détention et les maisons centrales. Des modèles organisationnels ont été développés depuis 2010 dans plusieurs régions françaises, notamment en Ile-de-France et en Midi-Pyrénées.

#### Prise en charge des AVC ischémiques

L'accès aux soins spécialisés lors de la phase aiguë d'un accident vasculaire cérébral (AVC) illustre également une inégalité entre les territoires. En cas d'AVC ischémique (80 % des AVC), un traitement thrombolytique peut réduire le handicap neurologique s'il est administré dans

## Les cinq actes de la télémédecine


Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 donne les conditions de mise en œuvre de la télémédecine clinique en précisant les différentes pratiques médicales (art. R. 6316-1) :

**1. la téléconsultation** : lorsqu'un patient consulte à distance un professionnel de santé médical ;

**2. la télé-expertise** : lorsque deux professionnels de santé médicaux ou plus donnent à distance leurs avis d'experts spécialistes sur le dossier médical d'un patient ;

**3. la télésurveillance médicale** : lorsqu'un patient atteint d'une maladie chronique est suivi à son domicile par des indicateurs cliniques et/ou biologiques choisis par un professionnel de santé médical, collectés spontanément par un dispositif médical grâce à des algorithmes construits pour la pathologie concernée ou saisis directement par le patient ou un auxiliaire médical, puis transmis au professionnel médical via des services commerciaux de *telemonitoring* ;

**4. la téléassistance médicale** : lorsqu'un professionnel médical assiste à distance un professionnel de santé non médical ;

**5. la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale** : elle se décline en plusieurs prestations médicales, dont l'aide médicale urgente et le téléconseil médical personnalisé [23]. 



## Télémédecine : des pratiques innovantes pour l'accès aux soins

un délai pouvant aller jusqu'à 4 h 30 après le début de l'accident (chez les moins de 80 ans) et si possible le plus proche de la première heure (moins de 3 heures pour les plus de 80 ans). Si les personnes qui vivent dans les grandes villes peuvent généralement être prises en charge dans une unité neurovasculaire (UNV) proche de leur lieu de résidence, ce n'est pas le cas de ceux qui vivent dans de petites agglomérations ou dans des zones éloignées d'une UNV. Aussi, l'organisation du « télé-AVC » entre l'UNV territoriale ou régionale et le service d'urgences hospitalier le plus proche du domicile permet au patient qui fait un AVC ischémique de recevoir un traitement thrombolytique dans le délai d'efficacité thérapeutique, avant de rejoindre l'UNV.

### Permanence des soins en imagerie

L'usage de la télémédecine clinique pour améliorer la permanence des soins en imagerie médicale relève de deux constats. Le premier est la pénurie des ressources médicales au sein des petits établissements publics de santé pour interpréter toute l'imagerie réalisée dans les services d'urgences au cours de la période de permanence des soins, notamment la nuit et les week-ends. Le deuxième constat est l'hyperspécialisation actuelle de la radiologie, responsable du fait qu'un radiologue généraliste peut avoir besoin d'un deuxième avis spécialisé (télé-expertise) pour l'interprétation d'une image de coupe d'un organe (scanner, IRM). C'est la raison pour laquelle les pouvoirs publics ont souhaité développer la téléradiologie entre les différents établissements de santé d'un territoire ou d'une région, en utilisant toutes les compétences médicales disponibles, qu'elles soient privées ou publiques.

### Suivi des maladies chroniques

Un meilleur suivi au domicile ou dans ses substituts (établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes [Ehpad], autres structures médico-sociales) des patients atteints de maladies chroniques est aujourd'hui un objectif prioritaire de santé publique pour réduire les venues aux urgences et les hospitalisations évitables. Les organisations de télésurveillance médicale, de téléconsultation et de télé-expertise peuvent répondre à cet objectif comme l'ont montré de nombreuses études pilotes, en particulier celles où la coopération entre les professionnels de santé a été une priorité.

### Les stratégies nationales des pouvoirs publics

Depuis 2009, chaque séquence politique française s'accompagne d'une stratégie nationale de santé qui s'appuie sur les leviers de la télémédecine clinique, ainsi que de l'e-santé.

La première stratégie nationale de déploiement de la télémédecine clinique a été arrêtée en Conseil des ministres du 9 juin 2011 et déployée au niveau local par les agences régionales de santé. Elle a donné la priorité à l'amélioration de l'accès aux soins dans cinq domaines : l'imagerie médicale lors de la permanence

des soins, le traitement thrombolytique à la phase aiguë d'un AVC ischémique, les soins spécialisés dans les prisons, la surveillance médicale au domicile des malades atteints de maladies chroniques pour prévenir les venues aux urgences et les hospitalisations, la prise en charge médicale des résidents de structures médico-sociales, notamment des Ehpad, pour les plaies chroniques et les troubles psychiatriques. Le financement des pratiques professionnelles n'est intervenu qu'à partir de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2014. Il a été prolongé par la LFSS 2017 dans le cadre du programme Etapes.

## Le programme Etapes

**L**e programme Etapes (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) vise à évaluer sur une période de quatre ans la télésurveillance au domicile de patients atteints d'une des cinq maladies chroniques suivantes : insuffisance cardiaque chronique, insuffisance rénale chronique dialysée ou transplantée, insuffisance respiratoire chronique appareillée, le diabète et les troubles du rythme cardiaque traités par dispositifs implantables. 📖

En 2016, une nouvelle stratégie a été choisie après la publication de la loi de modernisation du système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, dans le but d'intégrer le développement de l'e-santé et son impact commercial. Elle décline quatre axes de développement d'ici 2020.

- Le premier est de mettre le citoyen au cœur de l'e-santé en renforçant et simplifiant l'accès aux soins, en développant des services aux patients pour favoriser leur autonomie, en créant des outils numériques pour favoriser la démocratie sanitaire.
- Le deuxième est de soutenir l'innovation par les professionnels de santé en développant des cursus de formation des professionnels de santé autour du numérique, en soutenant les professionnels de santé qui s'engagent en faveur de l'innovation numérique, en accompagnant le développement des systèmes d'aide à la décision médicale, en soutenant la co-innovation avec les patients et les industriels.
- Le troisième est de simplifier le cadre d'action pour les acteurs économiques en mettant en place une gouvernance plus lisible et ouverte de l'e-santé (création du Conseil national du numérique en santé), en favorisant le partage de priorités entre acteurs publics et économiques en matière de système d'information, en clarifiant les voies d'accès au marché des solutions e-santé, en développant un cadre d'interopérabilité facilitant l'intégration des innovations.
- Le quatrième et dernier axe est de moderniser les outils de régulation du système de santé en assurant la

sécurité des systèmes d'information, en accélérant le développement de méthodes d'évaluation adaptées aux solutions multitechnologiques, en utilisant le numérique au service de la veille et de la surveillance sanitaire, en levant les freins au développement du *big data* au service de la santé dans les conditions définies avec les citoyens.

Suite à l'élection présidentielle de mai 2017, la nouvelle ministre des Solidarités et de la Santé a présenté le 11 octobre 2017 les quatre priorités pour la stratégie nationale de santé, qu'elle entend conduire pendant le nouveau quinquennat. La première priorité concerne la prévention et la promotion de la santé tout au long de la vie et dans tous les milieux. La seconde priorité est la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé en accélérant le développement

de la télémédecine clinique. La troisième priorité est la nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins. Enfin, la dernière priorité est l'engagement de l'État pour soutenir l'innovation aussi bien organisationnelle au sein des territoires que dans le champ des technologies numériques.

La volonté actuelle des pouvoirs publics de développer la télémédecine comme une des solutions possibles aux déserts médicaux conduit à autoriser dans la LFSS 2018 (art.36) le financement des pratiques professionnelles de téléconsultations et de télé-expertises dans le droit commun de la Sécurité sociale et à conserver l'expérimentation Etapes (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) de la télésurveillance dans le droit dérogatoire de financement jusqu'à la LFSS 2022. 📄

## Le déploiement de la télémédecine sur un territoire : l'exemple de la région Grand Est

**L**a télémédecine est un élément central de la réponse aux défis que doit relever le système de santé : le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques ; le poids accru des contraintes économiques, et des inégalités d'accès à la santé dans un contexte d'extraordinaire progrès médical, mais aussi de difficultés de la démographie médicale. On sait que la réponse repose sur le développement de la prévention, de la promotion de la santé, de l'accompagnement des personnes dans leur parcours et de la réduction des hospitalisations. Tout cela nécessite davantage de travail en équipes entre les professionnels pour lesquels la télémédecine est un support incontournable de coopération. En effet la télémédecine constitue un important vecteur d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles, et permet de plus une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients. Elle contribue en outre à rompre l'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé. Elle constitue aussi un facteur d'efficience de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'Assurance maladie. C'est une nouvelle forme d'organisation de la pratique médicale au service du parcours du patient.

### La télémédecine donne aux professionnels de santé une capacité accrue d'agir plus vite et/ou plus tôt

Pour agir plus vite et plus tôt, la télémédecine nécessite une organisation mettant en relation un certain nombre de parties prenantes telles que les professionnels de santé, les patients, les structures hospitalières, médico-sociales et libérales, et les porteurs de solutions techniques. On constate que pour l'instant la télémédecine

se pratique principalement sur la base de relations bilatérales définies par un projet médical intégrant un protocole de prise en charge. Dans cette relation les acteurs requérants (faisant appel à la télémédecine) et les acteurs requis (apportant une réponse en télémédecine) sont prédéterminés.

### La télésurveillance

Si l'on prend l'exemple de la télésurveillance, on est bien dans une relation bilatérale établie dans un temps déterminé entre un spécialiste et un patient. Le patient est inclus dans la démarche par un professionnel de santé (médecin traitant ou médecin spécialiste). La télésurveillance est assurée par un médecin spécialiste à travers des modalités techniques de collecte et de restitution de données. À ce titre, l'industriel et/ou l'opérateur technique, en lien le cas échéant avec un professionnel de santé en proximité du patient, joue un rôle essentiel en mettant à disposition de ce dernier les modalités de collecte de l'information et en l'accompagnant dans son usage. De même, il peut être fortement impliqué par la mise en œuvre d'alertes et d'algorithmes d'analyses de données pour le médecin spécialiste télésurveillant. Dans le cadre de la télésurveillance, le patient, seul ou en lien avec un professionnel de santé de proximité, et de plus de plus souvent *via* des objets connectés, prend une part active dans la collecte de ses données : poids, tension... La télésurveillance, par une remontée régulière de données et d'alertes, permet ainsi aux professionnels de santé d'intervenir au plus tôt et si nécessaire, sans attendre les visites de contrôle habituelles.

**Christophe Lannelongue**  
Directeur général  
de l'agence régionale  
de santé Grand Est