

Focus sur la télé-médecine : prochainement remboursée, on s'y met ?

Focus on telemedicine: soon reimbursed, we get started?

Henri Duboc

Université Paris Diderot, UMR 1149 ; Hôpital Louis Mourier, service d'hépatogastro-entérologie, 178 rue des Renouillers, 92700 Colombes
<henri.duboc@aphp.fr>

Dixit le Dr Olivier Veran, le 18 octobre 2017, député de l'Isère et rapporteur du PLFSS 2018 (Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale), concluant en commission des affaires sociales à l'Assemblée Nationale : « *Enfin... La télé-médecine, ça fait 20 ans que ça existe dans notre pays. La seule chose innovante, c'était de la financer* ».

Il parlait de l'article 36 de la Loi de financement de la sécurité sociale 2018 qui adopte enfin le remboursement des activités de télé-médecine. Pourquoi cet outil ayant fait ses preuves fut si long à déployer ? Comment s'emparer de l'outil en l'intégrant à notre exercice ? Pourquoi le remboursement est-il si compliqué à mettre en place ? Est-ce vraiment une façon de lutter contre les déserts médicaux ? Ces diverses questions sont l'objet de cet article.

La télé-médecine en quelques mots

En 1998, l'OMS décrivait la télé-médecine comme une « *manière de pratiquer à distance* ». En 2009 [1], la méthode devenait légale en entrant dans la loi HPST française, et tout aussi déontologique, grâce au Livre blanc du CNOM (Conseil National de l'Ordre des médecins) publié la même année [2].

Pour le résumer simplement, faire de la « télé-médecine » est ancien et cela consiste à prendre une décision médicale sans la présence physique du patient puis la consigner. Téléphone, vidéo, peu importe, et nous voici face à une première vérité édifiante : nous avons tous déjà fait des actes de télé-médecine. Avoir un patient en ligne, évaluer, prendre une décision, la consigner dans son dossier et faxer une ordonnance de médicaments ou de bilan à pratiquer est de l'ordre du quotidien. À titre d'exemple, un médecin généraliste passe 1 h 30 en moyenne par semaine au téléphone – un travail rarement mesuré, et jamais rémunéré.

La France est un pays pionnier [3] qui fourmille depuis des années de projets et d'initiatives de télé-médecine. Télénéphrologie, télépsychiatrie, télécardiologie... à une époque où les écrans ont envahi nos poches, le constat est fait : la technologie n'est plus un obstacle. Les deux blocages les plus importants au déploiement de cet outil sont probablement : 1) l'absence de formations initiales et continues en télé-médecine, ce qui crée un trou béant dans la connaissance du sujet des praticiens, 2) l'absence de financement pérenne de cette manière de pratiquer le soin, en passe d'être résolu, vu notre actualité réglementaire.

Vu de nos fenêtres, beaucoup d'entre nous pensaient encore hier que la télé-médecine était une alternative ni fiable, ni éthique, ni légale au bon vieux colloque singulier physique. Faux – mais elle a des limites. Référons-nous d'abord à notre exercice de terrain : en bons praticiens, les limites du téléphone s'imposent naturellement, nous sommes suffisamment professionnels pour dire à un malade « *continuez le traitement et on se voit comme prévu dans un mois* », versus « *venez me voir demain, mais passez au labo faire un bilan avant* ». Et si l'on se réfère à Pubmed, il y a plus de 2 000 publications par an – toutes spécialités confondues – qui parlent « des télé-médecines ». *De facto*, le sujet est donc à portée de main.

Pour citer cet article : Duboc H. Focus sur la télé-médecine : prochainement remboursée, on s'y met ? *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 103-106. doi : 10.1684/hpg.2017.1555

Cinq activités de télémédecine reconnues dans la loi, deux d'entre elles vont être financées

Les deux pratiques qui vont donc être remboursées sont celles qui correspondent le plus au « quotidien non rémunéré » actuel : il s'agit de la téléconsultation (face à face visuelle synchrone) et de la télé-expertise (asynchrone, demande d'avis d'expert sur un dossier difficile, le plus souvent de médecin à médecin). Il faut noter que dans la loi, seule la pratique comprenant une vidéo-transmission sera remboursée (le téléphone oral seul ne suffira donc pas). Il faut également savoir que la loi française reconnaît trois autres activités [1] : la régulation téléphonique du centre 15, la télésurveillance (recueil de paramètres à distance), et la téléassistance (aider à distance un collègue à faire un geste). Toutefois, celles-ci ne seront pas remboursées.

La fin du syndrome de Géo Trouvetout : plus de contrat avec l'ARS !

Inventeur attachant de l'Univers Disney, Géo Trouvetout a pour caractéristiques : a) d'avoir des idées géniales, b) de les développer seul, c) sans aucune visibilité sur son financement, d) sans que ses inventions soient démocratisées.

La télémédecine n'a que trop souffert de cela : l'histoire classique d'un projet en télémédecine était simple, souvent malheureuse. Un médecin porteur de projet – le plus souvent salarié vu le temps que cela demandait – rédigeait un projet médical pour répondre à un besoin, contractualisait avec l'ARS (des mois de lutte), obtenait un financement (en général sur le Fonds d'Investissement Régional, encore des mois de lutte) – le plus souvent pour deux à trois ans de financement. Le projet était développé, et malgré son succès sur 2 à 3 ans, il tombait aux oubliettes dès le financement terminé. L'absence de financement pérenne a été soulignée dans le rapport Thieulin [4] du Conseil National du Numérique comme un obstacle majeur au déploiement de la télémédecine en France.

Les Géo Trouvetou qui ont fait de la télémédecine de qualité en France et ont publié leurs travaux, sont innombrables, et vont être soulagés : plus de contractualisation mais une « simple déclaration auprès de l'ARS » sera nécessaire. On doit saluer le travail de Pierre Simon, ancien président de la Société française de télémédecine, qui a porté la télé-néphrologie en France métropolitaine, et du Dr Nathalie Salles à Bordeaux, ancienne gastro-entérologue et gériatre, pour son travail sur télémédecine en plaies et cicatrisation.

Qu'est-ce qu'il reste à faire ?

Négocier les modalités de prise en charge par la sécurité sociale

Adopter le remboursement de la télémédecine est le point de départ. Maintenant... selon quelles modalités ? Afin de comprendre les enjeux qui vont se jouer durant les négociations conventionnelles à venir et qui fixeront bientôt les modalités du remboursement, il faut revenir sur les deux raisons historiques pour lesquelles la volonté politique a longtemps été de freiner le remboursement de la télémédecine :

- 1) La peur de l'effet stock : si un généraliste passe 1 h 30 en moyenne au téléphone par semaine, imaginez-vous le nombre de C que la CNAM devra rembourser en plus ?
- 2) La peur de l'inflation et du « faux soin » :

Imaginez cette fois, quatre médecins en groupe, faisant une téléconsultation, et un malade demandant à leur médecin :

- Docteur, est ce que les huiles essentielles, ça protège du cancer ?
- Absolument pas. Bonne journée ! Ça fera 23 euros, multiplié par 4, puisque nous sommes 4.

Caricatural, certes, mais cela illustre que le potentiel inflationniste de téléconsultations pratiquées en dépit du bon sens et ne répondant à aucune véritable demande de soin, est gigantesque. Une solution/parade a été proposée durant les expérimentations autorisées et remboursées des années précédentes. Sur neuf régions pilotes, les téléconsultations de patient en ALD 30 étaient remboursées, à hauteur de trois par an maximum : ainsi, on s'adressait à : 1) des patients connus donc antérieurement examinés physiquement, 2) vraiment malades, 3) en limitant le nombre d'actes de télémédecine dans le temps afin de s'assurer d'un examen physique régulier.

Cependant, un tel cadre est limitant, il retire beaucoup de souplesse ! Est ce que cela ne serait pas plus adapté pour les patients asymptomatiques ayant un FIT (*Fecal Immunochemical Test*) positif – donc hors ALD30 – par télémédecine, pour leur expliquer les modalités et risques de la coloscopie, et décider si une consultation physique est réellement nécessaire avant la coloscopie ?

Si le financement à l'acte est une bonne solution pour éviter les débordements, proposer un forfait de type ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) avec « rémunération sur objectifs de télémédecine » ajouterait sans doute de la souplesse, mais nécessite que les praticiens s'engagent à faire un retour sur ce qui motive les actes pratiqués. De plus, il faut aussi se projeter dans un futur à moyen terme, dans un système de soins où les jeunes praticiens avouent viser une activité salariée plutôt qu'un

paiement à l'acte. Les négociations conventionnelles annoncées ne pourront être que productives mais n'en seront pas nécessairement aisées.

Se former

Avant que l'actualité récente popularise le mot « Télémedecine », sur un sondage réalisé en 2016 sur 80 médecins sortis de l'internat en 2010 en moyenne, 63 % des sondés n'en avait jamais entendu parler durant leurs études... 20 % pensaient que c'était illégal, et 30 % non déontologique. Hier encore, posant la question aux externes du service, la réponse a été la suivante : « *télémedecine, c'est la coelioscopie, non ?* ». À l'évidence, le trou est béant dans la formation.

Les offres de formation en télémedecine à l'heure actuelle sont peu nombreuses. De mon point de vue, si l'ambition est le déploiement à grande échelle, la démocratisation passera par des formations opérationnelles plus rapides que des DU ou DIU : proposer en 24/48 heures des formations qui devront être *pratiques* : avec des simulations de téléconsultation adaptées, une rencontre avec les divers prestataires, un rappel des cadres législatifs et des limites de la méthode, comment sécuriser et tracer l'information, transmettre les actes...

Plutôt que des cours théoriques, l'idéal serait de faire rentrer cet enseignement dans les centres de simulations, qui se sont ouverts presque partout dans les facultés françaises.

Identifier les besoins dans son exercice

Attention : historiquement, le facteur principal d'échec des initiatives en télémedecine, c'est l'absence de projet médical. C'est comme construire une maison médicale sans projet ni personne à mettre dedans : vous aurez beau mettre du marbre, il ne se passera rien. Quand l'Angleterre lança un grand plan en télémedecine (WSDP) pour surveiller les diabétiques, les BPCO et les insuffisants cardiaques, totalement vertical et sans avoir posé les questions aux praticiens de terrain, ce fut un cuisant échec. Aucun bénéfice, ni médical, ni économique [3]. Il est important, avant de s'équiper, de définir à quoi l'outil va servir et identifier les patients et situations pour lesquelles la méthode va enrichir et améliorer notre exercice.

J'ajouterais qu'on entend « télémedecine » prononcé partout en ce moment et que plus un jour ne passe sans un article sur le sujet. Il faut être prudent : quand le mot « ambulatoire » est arrivé, ce fut comme si on avait donné un marteau aux décideurs institutionnels. Du jour au lendemain, il fallait que tout ressemble à un clou. La télémedecine n'est pas un *Deus ex medicina*, c'est un outil comme un autre, avec ses avantages, inconvénients, et limites.

S'équiper !

Là, il y a plusieurs options. Pour la téléconsultation, il est permis de rêver : une simple appli smartphone qui serait fournie par la sécurité sociale ou l'ASIP santé (Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé) ? Sécurisée, qui permettrait au patient d'appeler, et au médecin de décrocher sur son ordinateur ou pourquoi pas sur son smartphone, tout en incrémentant en dictée vocale le dossier médical et télétransmettant une ordonnance par mail sécurisée à la pharmacie du malade, et surtout un système unique, compatible et partageable par tous ? On en est encore loin...

À l'opposé, il y a la « cabine de télémedecine » : dispositif volumineux dans lequel le patient entre tout entier et s'isole afin de respecter le secret médical. Ses constantes y sont prises, télétransmises à un praticien qui peut téléconsulter... Le dispositif fonctionne, notamment en structures médicosociales, et il existe également des expérimentations dans les déserts médicaux où c'est à la pharmacie que se trouve la cabine (la consult-station)... encore faut-il l'installer en prévenant les médecins qui exercent autour [5]. Pour la gastro-entérologie, qui ne nécessite pas d'équipement particulier, il faudra faire plus simple... En pratique, ce sont les prestataires et opérateurs en télémedecine qui guident les praticiens dans l'identification de leurs besoins et qui sont à même de fournir les solutions, y compris dans la sécurisation des données.

Pour ce qui est de la télé-expertise, une console moderne avec de grands écrans est souvent requise (permettant de visualiser en même temps imageries, bilans, anatomie pathologie, etc.) et représente un investissement non négligeable, notamment en radiologie.

Désert médical versus désert tout court

Voici le résumé d'une discussion enrichissante avec un médecin de santé publique québécois : « *Des déserts médicaux ? En France ? Vous êtes amusants, les Français ! Commencez par avoir des déserts tout court et on en rediscute* ». Oui, la télémedecine améliore l'offre de soins dans les déserts médicaux. Elle est utilisée quotidiennement en Guyane ou à La Réunion [6], elle s'est pérennisée là où les contraintes géographiques d'éloignement sont majeures et l'offre de soin trop faible. Dans une France métropolitaine où l'on trouve toujours une offre de soins à 30 minutes de voiture et pas d'hélicoptère, consulter à distance n'allait pas de soit. Mais avec la démographie médicale au plus bas que nous connaissons, la télémedecine devrait aider, si l'outil est simple pour le patient comme pour le praticien.

En conclusion : service médical rendu versus service rendu

Un sensor de glycémie connecté qui alerte quand le déséquilibre est trop important, téléconsulter son psychiatre depuis une Ephaad (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) reculée, un télé-staff national sur une éradication *Helicobacter pylori* compliquée... on parle ici, à l'évidence, de « service médical rendu ». Mais un service ô combien difficile à évaluer ! Il fait plus appel à la santé publique qu'aux études randomisées, standards habituels des universitaires et chercheurs. En revanche, une téléconsultation de gastro-entérologie qui permet à un patient cirrhotique compensé, de montrer son bilan, ses chevilles non œdématiées, son échographie abdominale normale... Service médical rendu, ou simple « service rendu » ? Le fait que le patient n'ait pas à se déplacer, est ce un véritable « bénéfice médical » ? Certains répondront par la négative. Mais il faut leur rappeler que les dinosaures n'ayant pas évolué, ils ont disparu. Si nous nous emparons et domestiquons la technique, nous serons maîtres d'en faire un outil d'amélioration d'accès aux soins et de gain de temps. Dans le cas contraire nous en serons les victimes : l'ubérisation médicale à outrance passera par un « bip » vidéo qui sonnera dans nos poches, quand il l'aura décidé. Il reste à nous former, rapidement.

Points forts

La télémédecine est une méthode ancienne et validée qui va être remboursée très prochainement selon des modalités à déterminer.

Pour téléconsulter, il n'y aura plus de contractualisation avec l'ARS mais une simple déclaration.

Il faut toujours identifier ce que l'outil va apporter au sein de son propre exercice pour qu'un projet fonctionne.

L'offre de formation est insuffisante et va devoir s'adapter.

Liens d'intérêts : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article. ■

Références

1. Décret du 19 octobre 2010 en application de l'article L6316-1 du code de la santé publique de la loi HPST du 21 juillet 2009.
2. CNOM. *Livre blanc Télémédecine : les préconisations du CNOM*. 2009.
3. Simon P. *Télémédecine : enjeux et pratiques*. Le Coudrier, 2015
4. Conseil National du Numérique rapport T. La santé, bien commun de la société numérique. Construire le réseau du soin et du prendre soin. 2015.
5. Favereau E. Une cabine de télémédecine chez le pharmacien. *Libération* 2016.
6. ARS Ocean Indien. Programme des systèmes d'information et de télémédecine de La Réunion et de Mayotte (PSIT).