



Télémédecine : des pratiques innovantes pour l'accès aux soins

d'arriver au développement ou à l'achat des logiciels les plus adaptés, aux meilleures conditions contractuelles (coût, service, mise à jour). Ce sont également les « passeurs de frontières » qui peuvent désamorcer les freins éventuels des médecins à s'impliquer dans les projets de télémédecine et à se former.

Des réticences restent à lever chez les soignants

En effet, de nombreuses études ont montré que les médecins peuvent ne pas se sentir concernés par des formations abordant des aspects techniques, organisationnels, managériaux, car elles leur semblent souvent éloignées de leur cœur de métier. Il est donc nécessaire en premier lieu de les impliquer, en leur montrant que la télémédecine ne se réduit pas à l'exercice médical à distance à travers l'utilisation des TIC ; que ces TIC, loin d'être secondaires ou neutres, exigent d'en connaître le fonctionnement, les potentialités et les limites. Un projet de télémédecine ne saurait se réduire à un projet médical ou à un projet technique : les deux composantes doivent être prises en compte dès la conception du projet.

La formation est un facilitateur pour l'adoption des TIC dans le secteur de la santé (dossier patient informatisé, télémédecine...) si elle est adaptée, mais c'est une barrière si elle est absente ou inadaptée [17]. Le véritable défi consiste à mettre en place des formations jugées adaptées par les médecins et à les impliquer

dans leur suivi. Un levier en ce sens peut résider dans le dispositif de développement professionnel continu (DPC). Aux États-Unis, le congrès scientifique et professionnel de l'American Medical Informatics Association (AMIA) permet aux professionnels de santé américains de suivre les présentations qui y sont données. Celles-ci comportent obligatoirement des objectifs de formation qui sont intégrés dans la formation certifiante des médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers. De façon cohérente avec les habitudes des médecins, ce congrès propose un état des lieux des recherches sur la question, et donc une formation basée sur des preuves scientifiques.

En conclusion

Former les professionnels impliqués dans des projets de télémédecine, qu'ils soient professionnels de santé ou non, est un enjeu que doivent relever de façon collaborative tous les acteurs de la télémédecine. « La formation à la télémédecine a-t-elle une spécificité ? » est une question toujours entière qui a fait l'objet d'une session du congrès 2017 de la Société française de télémédecine.

La référence à des modèles théoriques d'accompagnement aux changements de comportements pourra contribuer à structurer et à évaluer, en France, les pratiques pédagogiques pour passer de la formation à la transformation de l'exercice médical que représente la télémédecine. 📖

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

L'impact économique de la télémédecine reste à mesurer

La démonstration d'un modèle économique pérenne et robuste dans l'usage de la télémédecine et de la santé connectée fait l'objet de nombreuses recherches depuis une dizaine d'années, tant de la part des centres de recherche en économie de la santé, des organismes assuranciers que des industriels du numérique. Jusqu'à présent, la plupart des études n'ont pas convaincu. Les deux plus grandes études européennes, l'étude anglaise Whole System Demonstrator [24] et l'étude européenne Renewing Health [27], conduites de 2008 à 2014, ont rassemblé plusieurs milliers de patients atteints de maladies chroniques (insuffisance cardiaque, diabète, maladie respiratoire obstructive, hypertension artérielle) qui bénéficiaient d'une télésurveillance à domicile. Ces études ont montré que les nouvelles organisations structu-

rées par la télémédecine et la santé connectée avaient un coût plus élevé que celui des organisations traditionnelles, sans qu'un impact significatif sur la morbi-mortalité des patients ait été observé sur la période de l'étude (en moyenne douze mois). Le seul bénéfice était une tendance à l'amélioration de la qualité de vie des patients.

La dernière grande revue de la littérature sur les études médico-économiques a identifié trente-cinq études pertinentes, la plupart compilant plusieurs études. 79 % concernaient le rapport coût/efficacité des systèmes de télémédecine dans différentes spécialités telles que la téléophtalmologie, la télécardiologie, la télédermatologie, etc. Davantage d'articles étaient trouvés entre 2000 et 2013. La conclusion des auteurs était qu'il existait peu d'études coût/utilité et coût/efficacité en téléméde-

cine, que seulement quelques études coût/efficacité démontraient que la télémédecine pouvait réduire les coûts, et que les principales limites des évaluations économiques de la télémédecine étaient le manque d'essais contrôlés randomisés, la petite taille des échantillons et l'absence de données de qualité et de mesures appropriées [11].

Quelques rares études montrent un bénéfice économique [19, 34, 42], mais elles touchent de petits nombres de patients et restent à confirmer dans des populations plus importantes. Souvent la méthodologie a été jugée insuffisante pour donner des résultats robustes [42]. Dans l'étude française sur le projet Domoplaies [34], les deux groupes de patients suivis atteignent les mêmes résultats cliniques de cicatrisation ou de stabilisation de la plaie. En revanche, la durée de traitement dans le groupe

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

Financement et aspects économiques de la télémédecine

La loi HPST du 21 juillet 2009, dans son titre II consacré à l'accès de tous à des soins de qualité, a modifié le Code de la santé publique en y introduisant la télémédecine. Dans son article L. 6316-1, ce code stipule que la télémédecine est une pratique médicale, qu'il s'agit d'une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». Le même article précise que « *la définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret* ». La télémédecine se décline concrètement à ce jour, toujours selon les textes législatifs et réglementaires qui la définissent et l'encadrent, en cinq actes : téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance, téléassistance médicale et régulation médicale. Les conditions d'exercice de ces différentes activités selon le type de pratique, le statut des praticiens et leur lieu d'exercice ont conduit à l'établissement de procédures et de modes de financement différents.

La téléconsultation

Le dispositif conventionnel qui règle les rapports entre les médecins et l'Assurance maladie avait prévu en 2011 que les consultations médicales pouvaient être données dans le cadre des activités de télémédecine telles que définies par la loi rappelée ci-dessus. Mais aucun texte réglementaire n'en avait réglé concrètement les modes de prise en charge. Il aura fallu attendre la loi de financement de la Sécurité sociale 2017 pour voir se lever l'essentiel des obstacles, tant administratifs que financiers, qui ont freiné le développement de la télémédecine dans notre pays, notamment dans le secteur libéral.

Moyennant une déclaration à l'agence régionale de santé (ARS) et à son assureur en responsabilité civile, tout médecin peut désormais pratiquer des actes de téléconsultation ou de télé-expertise chez des patients atteints d'affections de longue durée (ALD) prises en charge à 100 %. Un arrêté du 26 avril 2016 a fixé les

Jean-Jacques Zambrowski

Président de Medsys Consulting, directeur d'enseignement en politique et économie de la santé, université Paris-Descartes

suivi par télémédecine est raccourcie de façon significative de trente-huit jours et le coût du traitement sur neuf mois est minoré de 4 583 euros, l'économie correspondant pour une grande part à celle réalisée sur les transports.

L'échec de Renewing Health n'a pas découragé les autorités européennes de poursuivre les expérimentations de télésurveillance au domicile des patients atteints de maladies chroniques, tant elles sont convaincues que la technologie numérique peut permettre de mieux coordonner les parcours de santé entre professionnels et ainsi de prévenir les complications coûteuses. Plusieurs résultats d'études devraient être publiés en 2018 [8]. La France a lancé en 2017 le programme Etapes (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé), qui vise à évaluer sur une période de

quatre ans la télésurveillance au domicile de patients atteints d'une des cinq maladies chroniques suivantes : l'insuffisance cardiaque chronique, l'insuffisance rénale chronique dialysée ou transplantée, l'insuffisance respiratoire chronique appareillée [4], le diabète [2] et les troubles du rythme cardiaque traités par dispositifs implantables [1]. Ce programme concerne plusieurs dizaines de milliers de patients. Il fera l'objet d'une évaluation médico-économique en 2021 pour une présentation devant le Parlement lors de la LFSS 2022.

La plupart des études européennes de télésurveillance réalisées ou en cours utilisent le cadre multidimensionnel MAST (Model for Assessment of Telemedicine) [28], dont s'est inspirée en France la Haute Autorité de santé dans son rapport de juillet 2013 [22]. MAST comporte trois étapes essentielles :

- **le cadrage de l'évaluation** : objectif visé par le projet, alternative à la solution télémédecine utilisée dans le groupe témoin, niveau géographique de l'évaluation (local, régional, national, international), maturité de l'application de télémédecine utilisée, notamment pour les professionnels de santé. Cette étape constitue en France le préalable nécessaire à tout projet médical de télémédecine [22] ;
- **l'évaluation dans sept domaines** : adéquation de l'application de télémédecine avec l'objectif visé et le besoin identifié ; sécurité de sa mise en œuvre ; efficacité clinique ; vécu des patients, notamment qualité de vie ; aspects économiques ; aspects organisationnels ; aspects juridiques, éthiques et socio-culturels.
- **l'analyse de la transposabilité et de la généralisation des résultats.** 📄