

# 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.** 📄



tarifs pris en compte par l'Assurance maladie. S'agissant des actes de téléconsultation, trois tarifs ont été institués, sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST :

- 26 euros par acte pour un médecin généraliste titulaire d'un DU de gériatrie ou un professionnel de santé non médecin dans le cadre d'un transfert d'acte, avec une limitation fixée à trois actes par patient et par an ;
- 28 euros par acte pour un médecin spécialiste, mais non psychiatre, non gériatre, ou un professionnel de santé non médecin dans le cadre d'un transfert d'acte, ici encore avec une limitation fixée à trois actes par patient et par an ;
- 43,70 euros pour un médecin psychiatre, ou un professionnel de santé non médecin dans le cadre d'un transfert d'acte, la limitation étant portée dans ce cas à cinq actes par patient et par an.

On notera que lorsque le médecin traitant requiert une téléconsultation auprès d'un spécialiste d'organe, c'est uniquement ce dernier qui est rémunéré. S'agissant des professionnels de santé non médecins qui ont une délégation de tâches médicales, ils peuvent pratiquer en exercice libéral ou en exercice salarié dans un établissement de santé.

### La télé-expertise

Dans ce cas, la réglementation a prévu un forfait annuel de 40 € par patient pour chaque professionnel spécialiste requis. S'il n'y a pas de limitation par patient, il existe en revanche une limite de cent télé-expertises par an par professionnel requis. Ce dernier devra fournir à l'ARS la liste nominative de cinq à vingt médecins traitants, qualifiés de « requérants », pour lesquels il réalisera des télé-expertises. Pour les établissements de soins, les rémunérations sont considérées comme des consultations externes.

### Les expérimentations de télémédecine en Ehpad

Un arrêté du 10 juillet 2017 a instauré un nouveau forfait susceptible d'être perçu par les établissements médico-sociaux pour personnes âgées ou en situation de handicap participant aux expérimentations en télémédecine. Cette mesure rend opérationnelle une disposition de l'article 91 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017. Cette loi a en outre étendu le champ de ces expérimentations en télémédecine à l'ensemble du territoire national.

Il importe de noter que la perception de ce forfait, qui s'ajoute à la rémunération des actes réalisés par les professionnels de santé, est soumise à deux conditions. Les établissements médico-sociaux doivent avoir signé à cet effet une convention avec le directeur général de l'agence régionale de santé et surtout remplir, en tout ou partie, les critères d'efficience organisationnelle

imposés en annexe de l'arrêté. Ce sont en effet des crédits spécifiques du Fonds d'intervention régional (FIR), délégués aux ARS, qui serviront à financer cette rémunération. Rappelons que le Fonds d'intervention régional a pour objectif d'impulser des projets et de favoriser l'innovation. Concrètement, il finance des actions et des expérimentations validées par les ARS. Pour ce faire, 40 millions d'euros sont fléchés chaque année depuis 2012 sur le développement de la télémédecine en France.

Trois critères d'efficience organisationnelle ont été retenus : le nombre de téléconsultations mises en œuvre au sein de l'établissement ou de la structure ; le nombre de transports évitables du fait de la mise en œuvre de téléconsultations ; et « dans la mesure du possible », que l'ARS puisse attribuer ce forfait à 50 % des établissements médico-sociaux de son ressort territorial.

Le forfait annuel accordé s'élève à 28 000 euros, versés pour moitié à la signature de la convention et pour l'autre moitié à la réalisation d'un seuil de cinquante téléconsultations, qui « doit être atteint au plus tard un an après la signature de la convention ».

### Un dispositif qui se complète peu à peu, mais un champ bien plus large

On voit bien que, progressivement, la télémédecine acquiert droit de cité dans notre système de santé. Sa prise en charge par la collectivité, si elle est encore considérée comme expérimentale, marque une indiscutable volonté des pouvoirs publics de la considérer comme un mode de recours médical qui a pleinement sa place dans l'offre et les parcours de soins.

Mais il reste encore bien du chemin à parcourir. Ce qui suppose de démontrer mieux encore l'efficience de la télémédecine, c'est-à-dire l'importance des bénéfices en santé et en coûts qu'elle peut procurer, rapportés aux ressources qu'elle engage ou qu'elle économise. Seuls les soignants et leurs établissements peuvent apporter de tels arguments, indispensables aux arbitrages de la puissance publique.

Surtout, il reste à étendre le champ de la télémédecine prise en charge par l'Assurance maladie. Le télésuivi, le recours à un deuxième avis, la télésurveillance, les réunions de concertation pluridisciplinaires indispensables dans certaines disciplines telles que l'oncologie sont autant de moyens par lesquels la technologie permet de modifier le parcours de soin mais aussi d'améliorer la qualité de vie et, plus encore, d'allonger l'espérance de vie des patients. Le développement et l'intégration de plein droit dans notre système de santé de ces pratiques s'inscrivent à la fois dans une perspective de raison économique et d'impératif éthique. 📄