

Les GHT, une opportunité pour développer les pratiques de télé-médecine

Environ deux tiers des patients pris en charge dans les établissements publics de santé les plus petits et les plus spécialisés¹ l'ont également été dans un autre établissement public de santé du territoire au cours des trois années précédentes. Les parcours interhospitaliers, dans une logique de gradation territoriale des prises en charge, sont une réalité alors que la population vieillit, souffre de poly-pathologies, lesquelles sont de plus en plus chroniques. Cependant, ces parcours requièrent d'être structurés. Or, début 2015, moins d'un établissement public de santé sur quatre faisait effectivement partie d'une communauté hospitalière de territoire.

Au vu de ces enseignements, la loi de modernisation de notre système de santé a introduit un dispositif de coopération obligatoire pour la quasi-totalité des établissements publics de santé², centré sur la gradation territoriale des prises en charge afin d'améliorer l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Ce sont les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Cette réforme a permis la création de 135 GHT courant 2016, regroupant 890 établissements publics (dont 830 établissements publics de santé et 60 établissements publics médico-sociaux). Le périmètre de ces 135 GHT correspond à des territoires de projet d'une part, et tient compte des spécificités territoriales d'autre part. Les 135 GHT sont donc hétérogènes. Ils regroupent de 2 à 20 établissements publics. Ils correspondent à des territoires de 100 000 à 2,5 millions d'habitants. Ce sont des ensembles dont la masse budgétaire va de moins de 100 millions à plus de 2 milliards d'euros. Ils concernent des équipes de 1 200 à 25 600 équivalents temps plein (et de 83 à 4 700 équivalents temps plein médicaux). Cette hétérogénéité doit être prise en compte lorsque se pose la question des opportunités d'organisation territoriale. Aucune innovation organisationnelle ne saurait être déployée uniformément sur les 135 GHT.

Les GHT ont donc « pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise

en charge commune et graduée du patient » (article L. 6132-1 du Code de santé publique). Pour ce faire, les GHT sont structurés autour d'un projet médico-soignant partagé. Celui-ci comprend notamment « l'organisation par filière d'une offre de soins graduée » ainsi que « les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et le cas échéant, leur réalisation par télé-médecine » (art. R. 3132-3 du Code de la santé publique).

Les 135 GHT créés en 2016 ont traduit cet encadrement dans leurs projets médico-soignants partagés, transmis cet été 2017. 91 % de cette première génération de projets médico-soignants partagés abordent les enjeux de la télé-médecine. Un projet de déploiement de la télé-médecine est même évoqué pour près de la moitié des filières concernées dans ces projets médico-soignants partagés. Les GHT l'ont donc compris, la télé-médecine peut contribuer à améliorer la prise en charge des patients dans le cadre de cette réforme. Quelles sont donc ces opportunités d'amélioration ?

Améliorer l'accès aux soins

La télé-médecine, dans le cadre d'un GHT, peut améliorer l'accès aux soins, notamment par la projection d'expertises en proximité.

Les défis démographiques ont conduit à une raréfaction médicale dans certains territoires, voire dans certains établissements médico-sociaux, qui sont souvent les premiers touchés. Alternative à la consultation avancée, qui est aujourd'hui limitée par la pénibilité des déplacements, la téléconsultation peut permettre de rendre accessibles les spécialités médicales en proximité. Les GHT, en réunissant équipes médicales et paramédicales concernées à l'élaboration d'un projet stratégique partagé, constituent un cadre favorable pour penser ces téléconsultations de spécialité. Celles-ci peuvent par exemple permettre aux résidents d'accéder à un contact médical quand les distances et la surcharge des médecins de ville ne le permettent pas dans un délai raisonnable. Au-delà des résidents des établissements médico-sociaux, la téléconsultation peut également être profitable pour la prise en charge des patients des hôpitaux atteints de pathologies chroniques, lesquelles peuvent requérir des déplacements fréquents des patients, parfois jusqu'à des sites experts relativement distants. Il en est de même par exemple pour des patients en post-chirurgie en lien avec des infirmiers de ville.

Au-delà de la téléconsultation, des opportunités sont également à rechercher dans le champ de la télé-expertise, qui permet à un médecin de solliciter

Patrick Jourdain

Professeur associé de cardiologie, unité thérapeutique d'insuffisance cardiaque du CH René-Dubos, conseiller médical du projet ministériel sur les GHT, Direction générale de l'offre de soins, ministère de la Santé

Clémence Mainpin

Directrice d'hôpital EHESP (École des hautes études en santé publique), cheffe du projet ministériel sur les GHT

1. Plus de 60 % des patients pris en charge dans les hôpitaux de proximité, plus de 70 % des patients pris en charge dans les centres hospitaliers de moins de 20 millions d'euros de budget et plus de 60 % des patients pris en charge dans les établissements spécialisés en santé mentale.

2. L'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé a prévu une dérogation pour l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris ainsi que la possibilité, pour les directeurs généraux des agences régionales de santé, de prononcer d'autres dérogations. Il en subsiste vingt-cinq à ce jour, dont treize concernent des établissements publics spécialisés en santé mentale et onze concernent des établissements situés outre-mer.



Télémédecine : des pratiques innovantes pour l'accès aux soins

l'avis d'un collègue plus spécialisé dans la pathologie concernée. Cela est à considérer dans la mesure où, au fil des années et de la progression de la médecine basée sur les preuves, la médecine se complexifie et nécessite de plus en plus le recours à des ressources médicales spécialisées pour permettre une prise en charge agile et efficace du patient par son équipe de proximité. Cela est valable pour les patients, hospitalisés ou pris en charge en externe, pour lesquels le recours à la télé-expertise permet aux équipes de praticiens locaux de bénéficier d'un avis spécialisé rapide, évitant ainsi retards dans la prise en charge et transferts inutiles d'un hôpital à l'autre.

Coordonner les prises en charge avec les professionnels de ville

La télémédecine, dans le cadre d'un GHT, peut permettre de coordonner les prises en charge avec les professionnels dits « de ville ».

Le suivi de patients atteints de maladies chroniques, en particulier celles avec une morbi-mortalité élevée, ne peut se baser uniquement sur les données de consultation ou de l'hospitalisation de courte durée. En effet, une évolution de la maladie, l'apparition d'un facteur de décompensation peuvent amener à une aggravation de la santé du patient qu'il convient de détecter précocement pour pouvoir ajuster sa prise en charge. Actuellement, tant le médecin de ville que le médecin spécialiste ignorent l'évolution du patient tout au long de l'année, hormis les jours de ses consultations. Pour pallier ce manque, certains patients sont hospitalisés, pour des courtes durées (type hospitalisation de jour), afin de mesurer ses paramètres. On comprend à quel point une telle organisation n'est pas optimale du point de vue du confort du patient comme de l'utilisation des ressources hospitalières. La télésurveillance a pour but de lever ces zones d'ombre et de permettre ainsi aux professionnels de disposer de données de suivi en continu du patient et ainsi d'ajuster sa prise en charge avant qu'il ne nécessite une hospitalisation. La télésurveillance, c'est donc permettre de « libérer » le patient en lui indiquant que son état de santé est stable et qu'il ne présente pas de signes d'alerte. La télésurveillance, c'est aussi permettre au médecin de pouvoir adapter sa pratique à son patient par une surveillance quotidienne de paramètres à distance.

Organiser des activités à visée diagnostique

La télémédecine, dans le cadre d'un GHT, peut permettre d'organiser des activités à visée diagnostique, parfois en difficulté comme l'imagerie ou l'anatomocytopathologie.

Toute stratégie de réorganisation d'activités cliniques, dans le cadre du projet médico-soignant partagé d'un GHT, pose nécessairement la question de l'organisation des activités à visée diagnostique, indispensables à la réalisation des prises en charges cliniques. C'est la raison pour laquelle, il est prévu que « les établissements parties au groupement hospitalier de territoire

organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et [...], dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale » (article L. 6132-3 du Code de santé publique). Or, la dernière décennie a vu de profondes transformations de certaines spécialités médicales. L'imagerie à visée diagnostique s'est largement développée avec un nombre d'examen toujours croissant dans un contexte de pénurie médicale dans le secteur public. Il en est de même de l'anatomocytopathologie. Il s'agit de deux spécialités dites d'image qui se prêtent particulièrement à la télémédecine. La télémédecine représente donc une opportunité forte d'organisation en commun des activités médicotecniques dans le cadre des GHT, comme prévue par la loi (même si les activités d'anatomocytopathologie ne sont pas mentionnées).

Deux types d'activités peuvent être déployés. Tout d'abord, la première lecture, en l'absence de professionnel médical de la spécialité sur place, pendant les périodes de permanence des soins. Le professionnel à distance pourra superviser la réalisation de l'examen ou la préparation de l'échantillon, l'interpréter et restituer les résultats à l'équipe clinique prescriptrice. Deuxièmement, il est également possible de prévoir la relecture par un spécialiste d'organe. Dans ce cas, le professionnel ayant effectué une première lecture, sur place dans la plupart des cas, pourra requérir l'avis d'un confrère.

Mieux intégrer les patients dans le processus de soins


La télémédecine, dans le cadre d'un GHT, peut permettre une meilleure intégration des patients dans le processus de soins et non uniquement dans le parcours de soins.

Les établissements de santé évoluent dès lors que les savoirs et techniques ne requièrent plus des patients qu'ils soient hébergés sur un lit d'hospitalisation. C'est tout le sens du fameux virage ambulatoire. Les établissements de santé se caractérisaient hier par la notion d'hébergement : le lit d'hospitalisation. Ils sont de moins en moins un centre d'hébergement mais restent un centre d'équipement (la notion de plateau technique) et surtout un centre de compétences et d'expertises. Les spécialistes hospitaliers peuvent aujourd'hui prendre en charge une part non négligeable de leurs patients, sans avoir à les faire venir dans les murs de l'hôpital. C'est la télésurveillance.

À ce titre, la télémédecine est également un volet d'accompagnement thérapeutique du patient ou même d'information personnalisée à distance. Trop de patients sortent actuellement des centres hospitaliers sans une information minimale concernant les mesures hygiéno-diététiques ou les signes détectés par autosurveillance devant conduire à contacter son médecin. Or, une part croissante de la population a accès à Internet, à travers de multiples supports dépendant de l'âge et du niveau socioculturel. Le patient est un élément clé du succès ou de l'échec de sa prise en charge. Dans le cadre de

la télésurveillance, il peut facilement faire remonter des informations clés (données cliniques, adhésion au traitement, effets secondaires ressentis, etc.) simplement pour permettre que chaque visite, chaque contact avec son médecin soit un gage de valeur ajoutée adaptée à ses besoins, et non pas un simple suivi semestriel programmé.

La télémédecine, par la possibilité qu'elle donne de s'affranchir de la distance et du temps, est un outil clé pour les professionnels de santé et les patients des GHT. La maturation technique, législative, réglementaire, et l'évolution du processus de tarification par le

développement de modèles innovants dans le cadre du programme d'expérimentation national Etapes font de la France un des premiers pays intégrant la télémédecine dans les soins courants, dans ses versants téléconsultation et télé-expertise. La structuration de la télésurveillance et de la télé-imagerie au sens large laisse entrevoir également de grandes possibilités pour faciliter l'accès aux soins, mais aussi pour faciliter le travail des professionnels. C'est le rôle des acteurs de terrain et des industriels de co-construire la solution la plus pertinente et la plus ergonomique au service de la médecine non pas de demain mais d'aujourd'hui. 

Perspectives de la télémédecine

Dans les années qui viennent, les pratiques de télémédecine sont amenées à se développer rapidement grâce aux financements mis en place. À plus long terme, il est probable que l'exercice de la médecine soit profondément modifié en lien avec l'évolution numérique de la société.

Perspectives à cinq ans

Pour la ministre des Solidarités et de la Santé, la télémédecine doit être un levier pour réaliser les quatre objectifs de la stratégie nationale de santé du quinquennat (2018-2022).

La téléconsultation et la télé-expertise rejoint la nomenclature des actes médicaux

Les médecins libéraux peuvent déjà utiliser la téléconsultation et la télé-expertise en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), depuis l'inscription de ces actes à la nomenclature par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) le 27 octobre 2017. Après la signature d'un nouvel avenant à la Convention médicale de 2016 précisant le périmètre et les tarifs des téléconsultations et télé-expertises hors Ehpad, annoncée pour 2018, ces nouveaux actes seront inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM). Les médecins généralistes et spécialistes libéraux pourront dès lors les utiliser dans leur exercice quotidien.

La téléconsultation doit bénéficier d'une part aux quelque 11 millions de patients en affection longue durée (ALD) atteints de maladies chroniques, en alternance avec des consultations en face à face, dans le cadre d'un parcours de soin consenti par le patient ; et d'autre part aux populations vivant dans des zones où l'indicateur APL (accessibilité potentielle localisée) aux médecins généralistes est égal ou inférieur à 2,5 consultations par an et par habitant [54]. Certaines plateformes

financées par des mutuelles ou des assureurs offrent déjà un service de téléconsultation avec système de vidéoconférence. Leur accès devrait être proposé en priorité aux populations qui vivent dans les zones sous-denses lorsque l'accès au médecin traitant est difficile, notamment le soir en semaine ou le week-end. Une coopération entre ces plateformes et les médecins traitants concernés est recommandée par les pouvoirs publics afin que le parcours de soin soit renforcé. Ces téléconsultations sont programmées, la téléconsultation dans une situation d'urgence vitale n'étant pas préconisée car l'intérêt du patient est de se rendre rapidement dans un service d'urgences hospitalier pour y être examiné.

Comme l'exige désormais la loi (LFSS 2018), les plateformes de téléconsultation doivent être dotées de moyens de visioconférence pour que le dialogue à distance entre le médecin et le patient ait une bonne qualité. Lorsque des plateformes offrent un service par téléphone, il ne s'agit plus de téléconsultation, mais de téléconseil médical personnalisé. L'objectif est d'orienter l'appelant, soit vers une consultation en face à face, soit vers le service des urgences, à l'instar de ce que fait le centre 15 pour près de 60 % des appels ou la plateforme Medgate en Suisse.

La télé-expertise, généralement asynchrone¹ par messagerie sécurisée de santé entre le médecin traitant et les médecins spécialistes, vise à améliorer la continuité des soins, notamment chez les patients atteints de maladies chroniques. Elle permet d'avoir l'avis du spécialiste plus rapidement que par un rendez-vous de consultation, qui, dans certaines spécialités médicales, peut demander plusieurs mois d'attente. Elle n'exclut pas la consultation spécialisée en face à face

1. Réponse différée de l'expert, qui est sollicité par écrit (mail ou courriel par messagerie sécurisée en santé).

Pierre Simon

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

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