

Télémédecine : une politique publique au service d'une révolution dans l'offre de soins

Stéphane Fisch

Chef du bureau des coopérations et contractualisations, ministère des Affaires sociales, de la Santé et du Droit des femmes

Le développement de la télémédecine dans l'offre de soins français est porteur de beaucoup d'espoirs, tant au niveau de la qualité, de l'accessibilité que de l'efficience de notre système de santé.

« **S**i j'avais demandé à l'époque aux gens ce qu'ils voulaient, ils m'auraient répondu : "des chevaux qui vont plus vite" » Ce mot célèbre d'Henry Ford sur une innovation profondément disruptive, l'automobile grand public, pourrait s'appliquer aujourd'hui, *mutatis mutandis*, au développement de la télémédecine.

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication et mettant en relation, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, dont au moins un professionnel médical. Cette définition, introduite par l'article 78 de la loi *Hôpital Patients Santé Territoires* (HPST) du 21 juillet 2009 figure aujourd'hui à l'article 6316-1 du Code de la santé publique.

Les actes reconnus en droit français peuvent être sommairement regroupés en cinq catégories¹ :

- la téléconsultation : un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations, le médecin à distance pose le diagnostic et peut procéder à des thérapies ;
- la téléexpertise : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

1. Articles R. 6316-1 à R. 6316-9 du Code de la santé publique.

- la télésurveillance médicale : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

- la téléassistance médicale : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

- la réponse médicale : les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

Ces actes constituent aujourd'hui la matrice de notre action dans le développement de ces innovations. Pour autant, il est évident que, comme l'était la *Ford Motor Company* en 1903, nous ne sommes qu'au début d'une révolution profonde de la profession médicale qui est et sera portée dans les années à venir par les chercheurs et industriels du domaine de la santé numérique. Derrière la télémédecine, telle que décrite par les textes en vigueur, se pose pour les acteurs publics comme pour les patients et les professionnels de santé la question de l'anticipation des vagues d'innovation à venir : chirurgie robotique (depuis 2001), médecine personnalisée (vers 2018)², etc. D'ores et déjà les questions relatives au *data mining* ou au *biohacking* se posent avec une acuité gran-

2. Étude de Policy Horizons Canada, avril 2014.

dissante. Elles ouvrent autant de questions que d'opportunités pour les médecins et les patients comme pour les décideurs publics. Concernant les politiques publiques, cela constitue un point particulier d'attention. La télémédecine figure ainsi dans l'axe 7 du « Pacte Territoire Santé » (PTS), présenté par la ministre des Affaires sociales et de la Santé en février dernier.

Comment accompagner cette vague d'innovation au service des patients et des professionnels de santé ? Comment créer des modalités de financement innovantes pour permettre à tous d'avoir accès aux meilleurs traitements de façon soutenable tout en accompagnant le développement d'une filière industrielle d'avenir pour notre pays ?

La télémédecine constitue un apport considérable au système de soins et se développe de façon exponentielle dans le monde

Le secteur de la télémédecine et du numérique en santé est en pleine expansion en France. Selon une étude Xerfi de 2012, le chiffre d'affaires cumulé du secteur de l'e-santé en 2012 représentait 2,4 milliards d'euros. Celui-ci devrait progresser entre 7 et 10 % par an d'ici 2017. Environ 300 opérateurs privés sont présents sur le marché, dont certains portent des innovations reconnues mondialement. On pourrait rappeler à cet égard le succès des entreprises françaises de télémédecine au dernier *Consumer Electronic Show* (CES) de Las Vegas dont le président Gary Shapiro envisage d'exporter le salon à Paris pour l'année prochaine.

Les patients, comme les médecins, adhèrent massivement à ces innovations. Au-delà de l'appropriation de plus en plus importante par les patients et les médecins des technologies de l'information (30 % des Français ont déjà utilisé Internet pour accéder à des informations médicales, 96 % des médecins utilisent les moteurs de recherche dans le cadre de leurs diagnostics), 70 % des Français reconnaissent avoir une bonne image de la télémédecine. Plus intéressant encore : environ deux tiers des patients français reconnaissent que les visites médicales pourraient se faire par téléconsultation.

Une révolution pour la qualité, l'accessibilité et le financement de l'offre de soins

La raison majeure de cet enthousiasme

réside dans le fait que la télémédecine et l'utilisation d'objets connectés à des fins médicales constituent une amélioration substantielle de la qualité de l'offre de soins. En somme, la qualité d'un système de soins peut s'évaluer à l'aune de trois critères : sa qualité, son accessibilité et son coût.

En termes de qualité, la télémédecine permet une amélioration substantielle de la prise en charge et du suivi des patients à deux égards. Le premier est l'amélioration du suivi des patients avec la possibilité, via des objets connectés, de recueillir en direct des données sur les patients afin d'assurer un meilleur suivi et une prise en charge la plus en amont possible. Dans le cas des accidents vasculaires cérébraux par exemple, un dispositif de suivi à distance permet d'intervenir en amont et d'assurer un traitement plus efficace. Deuxièmement, le recueil de données de santé permet un meilleur suivi des patients. Ses applications sont ainsi particulièrement intéressantes en cardiologie³ ou en psychiatrie avec la détection de syndromes dépressifs⁴. Dans le cas de maladies chroniques également, comme le diabète⁵, l'irruption de ces dispositifs permet d'avoir un suivi plus régulier et plus précis des patients. Les projets de lentille connectée ouvrent, à cet égard, de nombreuses perspectives de traitement. Par ailleurs, le recueil de ces données pourra permettre, à terme, de développer une connaissance de plus en plus précise de ces pathologies et d'en assurer un meilleur traitement grâce notamment au *data mining*, c'est-à-dire au traitement de données à grande échelle par des ordinateurs puissants. Cela pourra permettre d'améliorer les diagnostics et les traitements.

Il serait difficile, à ce jour, de mesurer quelles seront les implications de ces

3. Jerant A.F., Azari R., Martinez C., Nesbitt T.S. « A randomized trial of telenursing to reduce hospitalization for heart failure: patient-centered outcomes and nursing indicators ». *Home Health Care Serv*, Q 2003.

4. Fortney J.C., Pyne J.M., Mouden S.B., Mittal D., Hudson T.J., Schroeder G.W., Williams D.K., Bynum C.A., Mattox R., Rost K.M. « Practice-Based Versus Telemedicine-Based Collaborative Care for Depression in Rural Federally Qualified Health Centers: A Pragmatic Randomized Comparative Effectiveness Trial ». *Am J Psychiatry*, 2013.

5. Fisher E.B., Boothroyd R.I., Coufal M.M., Baumann L.C., Mbanya J.C., Rotheram-Borus M.J., Sanguanprasit B., Tanasugarn C. « Peer Support For Self-Management Of Diabetes Improved Outcomes In International Settings ». *Health Affairs*, janvier 2012.

dispositifs à moyen et long termes tant la technologie évolue dans ce domaine. Aujourd'hui, certains dispositifs permettent, à titre expérimental, de délivrer des médicaments à distance par nano-injections, ce qui ouvre même des perspectives de traitement à distance à la rapidité accrue⁶. La certitude que nous pouvons cependant forger à cet égard est qu'en termes de qualité de l'offre de soins, la télémédecine constitue une avancée pour une grande partie du système de soins qui permet et permettra de développer à brève échéance une médecine dite « des 3 P » : préventive, prédictive et personnalisée⁷.

Concernant l'accessibilité, la télémédecine ouvre des perspectives particulièrement intéressantes. Les évolutions récentes du maillage territorial de la France en santé ont laissé apparaître des zones de faible densité médicale. Sans apporter une réponse totale à cet écueil, la télémédecine constitue bien évidemment un progrès substantiel dans l'accessibilité de l'offre de soins en permettant un suivi renforcé et des possibilités d'interventions plus rapides. Les zones comportant moins de 150 médecins pour 10 000 habitants font ainsi l'objet d'une réflexion particulière sur l'application de ces dispositifs. Aux États-Unis, des études ont clairement montré que les dispositifs d'e-santé étaient largement plus plébiscités dans les zones urbaines que rurales. Cependant, des expérimentations intéressantes ont lieu en ce moment dans le désert californien et constitueront une base de réflexion importante pour l'avenir de cette application⁸.

La question du financement et du coût du dispositif demeure naturellement la plus épineuse et la plus importante pour la décision publique. La question qui se pose est de savoir si la télémédecine renforcera l'efficacité du système de soins et si ses coûts seront maîtrisés. Il est particulièrement difficile d'y répondre en l'état actuel de la recherche. Les études sur le sujet divergent, même si beaucoup semblent montrer un gain d'efficacité à la fois sur le travail hospitalier (le traitement

6. « MC10 is a Disruptive Company ». *MIT Technology Review*, août 2013.

7. National Institutes of Health. *A New Strategic Vision for Medicine*. 2009.

8. Projets pilotés par l'University of California Davis (août 2013 *Telemedicine consultations significantly improve pediatric care in rural emergency rooms*).

de données est plus rapide)⁹, sur le traitement de patients à domicile¹⁰ et les maladies chroniques¹¹. Une connaissance plus précise et une évaluation du coût de ces nouvelles pratiques sont aujourd'hui l'objet de l'expérimentation menée dans le cadre de l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014 et les études de coûts afférentes menées par la Direction générale de l'offre de soins procédent de cette logique.

La France croit au développement de la télé-médecine et s'y engage dans le cadre d'une expérimentation pilotée par la Direction générale de l'offre de soins

La France voit se développer une offre de télé-médecine à destination des patients et des offreurs de soins. Au début de l'année,

9. Rosenberg C.N., Peele P., Keyser D., McAnallen S., Holder D. Results From A Patient-Centered Medical Home Pilot At UPMC Health Plan Hold Lessons For Broader Adoption Of The Model. *Health Affairs*, novembre 2012.

10. Cryer L., Shannon S.B., Van Amsterdam M., Leff B. Costs For 'Hospital At Home' Patients Were 19 Percent Lower, With Equal Or Better Outcomes Compared To Similar Inpatients. *Health Affairs*, juin 2012.

11. Baker L.C., Johnson S.J., Macaulay D., Birnbaum H. Integrated Telehealth And Care Management Program For Medicare Beneficiaries With Chronic Disease Linked To Savings. *Health Affairs*, septembre 2011.

par exemple, ont ouvert les premières cabines de téléconsultation en Bourgogne. Face au développement exponentiel de ces nouvelles technologies, la réponse des acteurs publics a été de lancer une expérimentation afin d'évaluer et de mettre en place des dispositifs de financement adaptés. Ceci est au cœur de la Stratégie nationale de santé (SNS) et du Pacte Territoire Santé (PTS) et constitue l'étape suivante des textes qui fixaient le cadre légal de la télé-médecine.

L'article 36 de la LFSS 2014 précitée prévoit de recueillir les projets les plus ambitieux et de lancer une étude de coûts de laquelle seront déduits des principes de financement. Neuf régions¹² ont ainsi été sélectionnées pour faire partie de cette expérimentation. Leurs candidatures ont été retenues en fonction de la caractéristique des territoires (besoin médical identifié, zone sous dense), des caractéristiques des projets (maturité, volumétrie, acteurs concernés) et de la gouvernance régionale (équipe dédiée).

Après la publication du cahier des charges est venu le temps du lancement opérationnel de l'expérimentation. L'idée générale est de permettre un dévelop-

12. Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays-de-la-Loire et Picardie.

pement rapide de ces technologies et de les évaluer au mieux afin d'améliorer la qualité de l'offre de soins tout en demeurant le plus respectueux possible de la gestion des deniers publics. À plus long terme, notre ambition est de trouver un financement soutenable pour permettre le développement des technologies innovantes en santé, secteur dans lequel la France a vocation à être le plus près de la frontière technologique.

« Un chemin de mille lieues commence toujours par un premier pas » écrivait Lao Zi. L'expérimentation menée par la DGOS en est un. Le développement de la télé-médecine dans l'offre de soins français constitue un progrès majeur tant pour la qualité que pour l'accessibilité et l'efficacité de notre système. L'avenir économique de cette filière au contenu en innovation constitue également une opportunité de premier ordre pour la croissance et l'emploi en France. La seule certitude que nous ayons, au moment où nous portons cette expérimentation, est que nous ne sommes aujourd'hui qu'au début d'une révolution dans les techniques modernes d'offre de soins. Les territoires à explorer sont insurmontables. Face à cet aveu d'humilité, notre seule responsabilité est de faire le choix de l'action. ■

alcoologie et addictologie

2014 ; 36 (4) : 289-384

Éditorial

- Résultats négatifs. Pourquoi leur publication est importante pour la recherche biomédicale, *Ivan Berlin*

Recherche

- Hospitalisation sous contrainte versus hospitalisation libre et addiction à l'alcool : influence sur le devenir des patients,

Suzel Balthazard-Olette, Christophe Laugier

- Hospitalisation sans consentement en addictologie en comparaison avec l'hospitalisation libre en aigu et à deux ans, *Violaine Charriau, Florian Naudet*

Pratique clinique

- L'arrêt du tabac chez une fumeuse invétérée, *Philippe Guichenez, Jean Perriot*

- Dépendance au cannabis. Entretiens motivationnels et thérapies comportementales et cognitives, *Safa Adham, Xavier Laqueille, Anne-Victoire Rousselet, Alain Dervaux*

Regard critique

- Les premières représentations cinématographiques du cannabis en France au tournant des années 1970, *Erwan Pointeau-Lagadec*

Mise au point

- Troubles de l'usage de l'alcool et troubles cognitifs. Synthèse - Questions 1 à 7
- Collège Professionnel des

Acteurs de l'Addictologie Hospitalière

Recherche internationale

- Alcool, autres drogues et santé : connaissances scientifiques actuelles, *Jean-Bernard Daepfen*

Vie de la SFA

- Journées de la SFA 2015
- Adhésion
- Nouveaux membres

Informations

- Annonces
- Actualité - Agenda
- Index 2014