

Télémédecine gériatrique : enjeux et défis

Isabelle HAUGER

Médecin coordonnateur d'EHPAD

Alain GARAY

Avocat à la cour de Paris

Résumé

En France, le cadre spécialisé de la télémédecine gériatrique est en cours de structuration. Sa dynamique bénéficie de facteurs conjoncturels propices à son développement en termes de stratégie de croissance et d'analyse de l'offre médicale. Tracer ses enjeux professionnels en termes d'amélioration de la qualité du système de santé en mesurant ses usages et ses besoins constitue l'une des conditions de son déploiement. Cette nouvelle forme de pratique médicale à distance repose sur une triple nécessité : recourir à des modalités organisationnelles spécifiques, aménager des cadres professionnels spécialisés et soutenir des dynamiques médico-économiques adaptées. Reste en jeu le défi des transformations des pratiques médicales sur fond d'évolution des usages pour l'amélioration de la qualité des soins aux personnes prises en charge par les moyens gériatriques.

Mots-clés

Télémédecine gériatrique – Usages – Besoins – Modalités organisationnelles – Cadre professionnel spécialisé

Abstract

In France, the specialized technical framework of geriatric telemedicine is in the course of structuring. Its dynamics benefits from cyclical factors convenient to its development in terms of growth strategy and from analysis of the medical offer. Draw its professional stakes in term of improvement of the quality of the health system by measuring its challenges in term of uses or practices and needs constitute one of its conditions of deployment. This new shape of remote medical practice rests on a triple necessity: turn to specific organizational methods, fit out specialized professional frames and support dynamics medical economic adapted. Remain in set the challenge of the transformations of the medical practices on the background of evolution of the uses or practices for well of the people taken care by the geriatric means.

Keywords

Geriatric telemedicine – Uses or practices – Needs – Organizational methods – Specialized professional frame

Sommaire

I. LES USAGES, LES BESOINS ET LES MODÈLES ORGANISATIONNELS INFLUENT SUR LA DÉTERMINATION DES MODALITÉS D'EXERCICE DE LA TÉLÉMÉDECINE GÉRIATRIQUE

- A. Du poids des mots au sens des définitions retenues d'inspiration biomédicale
- B. Le cadre juridique et institutionnel de l'exercice de la télémédecine gériatrique dessine les contours d'une « télémédecine administrée » à la recherche d'une gouvernance efficiente

II. L'ÉVOLUTION DES NOUVEAUX ENJEUX DE LA TÉLÉMÉDECINE GÉRIATRIQUE IMPLIQUE SA PROFESSIONNALISATION

- A. Le travail d'appropriation des professionnels de santé doit être systématisé dans le cadre de l'élaboration de projets médicaux *ad hoc*
- B. La clé de la formation des gériatres gravée dans le marbre du dispositif réglementaire

III. LA RECHERCHE D'UN « MODÈLE ÉCONOMIQUE », INCERTAINE, NE PEUT PAS HYPOTHÉQUER À ELLE SEULE LA DYNAMIQUE MÉDICO-ÉCONOMIQUE À L'ŒUVRE

- A. De la modélisation des impacts des avancées qualitatives de la télémédecine aux évaluations médico-économiques porteuses de potentialités
- B. Les conditions provisoires du financement des activités et des investissements de la télémédecine

CONCLUSION

Dans ses rapports avec la télémédecine, la gériatrie, discipline médicale, compose avec la gérontologie une singulière partition pour laquelle la sémantique ne résout pas tout. D'une part, la gériatrie relève d'une spécialité médicale orientée vers les soins aux personnes âgées souvent en perte d'autonomie. D'autre part, la télémédecine, portée par de « (nouvelles) technologies de l'information et de la communication » (« [N]TIC ») a été définie par décret en cinq catégories, la « téléconsultation », la « télé-expertise », la « télésurveillance médicale », la « téléassistance médicale » et la « réponse médicale dans le cadre de la régulation médicale »¹. La combinaison des deux dynamiques exige d'être étudiée, conceptualisée et systématisée alors que de rares études d'ensemble ont été publiées en France.²

Trois dynamiques doivent être mesurées en termes de légitimité et d'efficacité³ de la télémédecine au service des pratiques gériatriques, nouvelle modalité médicale de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.

D'abord, celle du choix politique du régime légal de la télémédecine à forte composante technocratique marqué par un périmètre encadré par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et par le paradigme du millefeuille réglementaire et administratif. En aval, les choix politiques en matière de santé portent souvent la marque en amont de la « démarche scientifico-technique » entre l'expertise, les pratiques et les usages des professionnels de la médecine, de l'administration et des techniques.

Ensuite, cette forme de pratique médicale spécifique dépend de son degré de perméabilité au cœur de l'exercice gériatrique. Elle reste subordonnée à plusieurs facteurs dont les cloisonnements des secteurs sanitaires/médicosociaux et ambulatoires/hospitaliers, certaines formes de résistance à l'appropriation des moyens de la télémédecine par les soignants et son fort degré de dépendance aux déficits d'élaboration de projets médicaux *ad hoc*.

Enfin, le recours à la télémédecine pose une question majeure, comme d'autres innovations médicales. Le progrès médical est-il accessible à tous? La réponse à cette question éthique et politique est d'ordre multifactoriel. Elle repose sur la détermination des conditions de tarification et de pérennisation de son financement, la rémunération des intervenants influant sur son « modèle médico-économique » en cours

1. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, intégré dans le Code de la santé publique dans ses articles R. 6316-1 et suivants.

2. BRIGNELL (M.), WOOTON (R.), GRAY (L.), "The application of telemedicine to geriatric medicine", *Age and Ageing*, 2007, n° 36, p. 369-374; ESTERLE (L.), MATHIEU-FRITZ (A.), "Teleconsultation in geriatrics: impact on professional practice", *International Journal of Medical Informatics*, 2013, n° 82, p. 684-695; ESTERLE (L.), MATHIEU-FRITZ (A.), ESPINOZA (P.), « Les téléconsultations médicales en gérontologie », *Soins Gérontologie*, n° 93, janvier-février 2012; DAVER (C.), « La télémédecine entre intérêt des patients et responsabilités », *Méd & Droit*, n° 41, mars-avril 2000, p. 21-24; MATHIEU-FRITZ (A.), ESPINOZA (P.), « Les téléconsultations médicales en gérontologie ».

3. Note de cadrage « Efficacité de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation », Haute Autorité de Santé, juin 2011.

de structuration. La recherche et l'élaboration d'un « modèle médico-économique » par le recours à des indicateurs pertinents face à l'absence de codification achevée des actes, de tarification et de remboursements publics, constituent des paramètres d'une grande importance alors que dans le même temps la télémédecine en général bénéficie du soutien à l'investissement des industriels.

Le cadre spécialisé de la télémédecine gériatrique depuis la loi précitée du 21 juillet 2009 revêt une dimension hautement symbolique que Jacques Ellul, l'un des penseurs contemporains de la société technicienne, pourrait aujourd'hui analyser tel un « enjeu du siècle ». En cours de structuration, sa dynamique bénéficie de facteurs conjoncturels propices à son développement en termes de stratégie de croissance et d'analyse de l'offre. Tracer ses enjeux en mesurant ses défis en termes d'usages et de besoins délimite le chemin à parcourir. Cette nouvelle forme de pratique médicale à distance repose ainsi sur une triple nécessité : recourir à des modalités organisationnelles spécifiques (I), aménager des cadres professionnels spécialisés (II) et soutenir des dynamiques médico-économique adaptées (III).

I. LES USAGES, LES BESOINS ET LES MODÈLES ORGANISATIONNELS INFLUENT SUR LA DÉTERMINATION DES MODALITÉS D'EXERCICE DE LA TÉLÉMÉDECINE GÉRIATRIQUE

Le choix des concepts, des structures et des procédures continue de façonner les conduites professionnelles gériatriques en matière de télémédecine. Il exprime du sens, des maux aux mots. Se pose la question de la définition d'un ou de plusieurs modèles organisationnels dans ce domaine novateur, la majorité des projets en cours étant conduit par des établissements sanitaires.

A. Du poids des mots au sens des définitions retenues d'inspiration biomédicale

La construction sociale de la vieillesse convoque une série de mots qui se juxtaposent, se recouvrent ou entrent en opposition, tels que « personnes âgées », « vieux », « vieillards », « troisième âge », « aînés », « retraités », « seniors », etc. À ces mots sont ajoutés des adjectifs, selon les circonstances matérielles ou professionnelles, tels que « dépendant » ou « en perte d'autonomie ». À la croisée des disciplines professionnelles et des enjeux sociétaux, la valse des mots l'accompagne. La mobilisation politique est au rendez-vous, Arnaud Montebourg et Michèle Delaunay, au nom de la République française, inaugurant en juillet 2013 une « Silver Valley » en référence à l'emblématique Silicon Valley nord-américaine. On l'aura compris, pour certains, le segment d'âge est potentiellement un élément de marché, privé mais aussi public, sans que ne soit questionné le principe éthique selon lequel la personne n'est pas comparable à une marchandise qui s'échange⁴.

4. Sur « la nécessité de veiller étroitement au respect des droits des personnes sur le plan éthique et social [...] un des gages du succès du déploiement de la télémédecine », lire « La place du patient âgé dans le dispositif de consultations médicales à distance du réseau Télégeria », MATHIEU-FRITZ (A.), « Gérontologie et Société », 2012/2, n° 141, p. 127-127. Voir aussi MOULIAS (R.), « Nouvelles technologies : aspects éthiques

Domaine récent d'études sociologiques⁵, la notion de « vieillesse », polysémique, incarne, il est vrai, des préoccupations contemporaines centrées sur l'âge comme catégorie et segment, les systèmes sociaux dits de retraite ayant assuré un rôle majeur dans cette dynamique. Ayant pris forme de politique publique en acquérant un statut d'État avec un rang ministériel dédié (ministère ou secrétariat d'État), le statut des personnes âgées intéresse le politique dans sa dimension sociale et plus que jamais économique et gestionnaire. Plus récemment une vision gestionnaire a fait dériver des mesures publiques sur la cible de la « dépendance » qualifiée de « quatrième âge » bénéficiaire d'un dispositif spécifique de politique sociale.

La pratique gériatrique a très vite compris l'importance d'une approche globale et multidimensionnelle parce que le parcours médical de la personne âgée en situation de perte d'autonomie peut pâtir de la diversité des acteurs mobilisés et du cloisonnement de leurs interventions respectives. Une coordination éprouvée entre les acteurs est donc indispensable pour garantir un parcours optimal.⁶ Elle implique la mise en place de mécanismes d'intégration et de coordination en vue de favoriser des stratégies efficaces du « vieillissement réussi ».

C'est dans ce contexte évolutif qu'il faut situer le premier volet du Cahier des charges des travaux relatifs aux expérimentations décidées par l'article 36 de la loi du 23 décembre 2013 sur le financement de la sécurité sociale pour 2014. Ce dispositif légal à caractère financier a ciblé trois axes gériatriques sous forme de cahiers des charges visant « La prise en charge des plaies chroniques ou complexes en ville et en EHPAD », « La gérontologie : téléconsultations et télé-expertise en EHPAD » et « La psychiatrie : téléconsultations et télé-expertise en EHPAD ». La définition de ces axes a ainsi pris la mesure des spécificités des besoins en la matière, cadre qui amplifie et légitime le déploiement des moyens de la télémédecine gériatrique.

Dans un premier temps, le recours par des gériatres aux technologies de l'information et de la communication a pris la forme traditionnelle d'avis téléphoniques interprofessionnels, à distance. Il s'agissait de consulter et de recueillir des avis, de réguler ou d'orienter⁷. C'était affaire médicale, de nature confraternelle ou procédurale. Puis, la télémédecine a amplifié et élargi le recours aux moyens techniques, peu à peu, sous forme de constellations d'initiatives empiriques⁸. Progressivement, prenant la

des applications à la gériatrie et à la gérontologie », *Gérontologie et Société*, 2008, vol. 126, 126-139.

5. CARADEC (V.), *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Colin, 2015.

6. Circulaire n° DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques.

7. Sur les aspects pratiques de la téléconsultation, lire les recommandations pragmatiques « La téléconsultation : les pièges à éviter » parues dans la revue *Responsabilités* (vol. 12, n° 45, avril 2012, Éditions du GAMM) et l'étude de fond « Le colloque singulier à l'épreuve des technologies de l'information et de la communication », DEBOST (L.), *Mélanges Gérard Mémeteau*, LEH Éditions, 2015, p. 385-398.

8. Voir le déroulé de l'histoire récente de la légalisation de la télémédecine et son contexte politico-administratif dans la note de cadrage « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation » produite en juin 2011 par la HAS, p. 7-8.

mesure des besoins et de l'offre télé médicale, les gériatres se sont investis dans le développement des NTIC. À ce stade et aujourd'hui, ces développements débordent le caractère empirique des initiatives des pionniers. Ils appellent des éclaircissements sur la notion même de « télémédecine gériatrique »⁹ et de « télé gériatrie »¹⁰. En quoi le recours à cette expression est-il opérationnel pour décrire des formes spécifiques de prise en charge télé médicale des personnes dites « âgées » ? La télémédecine dite « gériatrique » présente-t-elle des spécificités ? Les enjeux et les défis soulevés par ces questions reposent sur la mobilisation d'une myriade d'intervenants sur fond d'appel à la multidisciplinarité-interdisciplinarité et à un important effort de coordination-intégration médicale. En effet, la télémédecine gériatrique reste immergée dans un entrelacs de contraintes matérielles et de dispositifs existants alors que sa mise en œuvre devrait s'intégrer dans les stratégies efficaces du « vieillissement réussi », du global au local, du général au particulier. La direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé admet ainsi en octobre 2014 la nécessité de retenir tel un principe conducteur « Le choix d'une approche locale et pragmatique s'appuyant sur des initiatives de terrain, plutôt qu'une approche verticale ».¹¹ Diverses approches complémentaires doivent donc être mobilisées pour légitimer et rendre opérationnels des systèmes coordonnés et intégrés de télémédecine gériatrique. L'analyse contextuelle et systémique – interactions entre les contextes et les intervenants plongés dans des configurations en forme de systèmes – des actions entreprises en France révèle aujourd'hui l'impact surdimensionné du cadre institutionnel et administratif sur la détermination des moyens de la télémédecine gériatrique. Cette situation traduit à sa façon les prémisses de la télémédecine en marche.

B. Le cadre juridique et institutionnel de l'exercice de la télémédecine gériatrique dessine les contours d'une « télémédecine administrée » à la recherche d'une gouvernance efficiente

D'emblée, les médecins pionniers de la télémédecine ont été rapidement confrontés à une série de recommandations techniques et de mesures administratives qui aujourd'hui s'insèrent dans un écosystème d'une redoutable complexité. Le développement de la télémédecine depuis l'élaboration de son programme national (décret du 19 octobre 2010) et les expérimentations sur le déploiement de la télémédecine (article 36, loi du 23 décembre 2013 sur le financement de la sécurité sociale pour 2014) associe aujourd'hui l'intervention, à plusieurs titres, d'un kaléidoscope de structures d'essence administrative, chacune soumises à des procédures internes et externes.

9. LAILA (M.), *La télémédecine et les technologies d'assistance pour la prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile et en institution : modélisation du besoin, de la prescription et du suivi*, Thèse, Université Joseph Fournier-Grenoble I, 21 septembre 2009.

10. SIMON (P.), *supra* note 25, p. 169.

11. « Télémédecine : Point sur les travaux relatifs aux expérimentations », Rencontre inter-régionale organisée par l'ASIP Santé, 2 octobre 2014.

Intervenantes, ces structures centrales ou territoriales sont multiples, en forme de constellation, entre autres :

- les quatre « direction générale de l'offre de soins » (DGOS), « direction générale de la sécurité sociale » (DGSS), « direction générale de la santé » (DGS) et « direction générale de la cohésion sociale » (DGCS) du ministère en charge de la Santé, la « direction générale de la compétitivité de l'industrie et des services » du ministère en charge de l'industrie (DGCIS) ;
- la « Haute Autorité de Santé » (HAS) ;
- plusieurs agences : « agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux » (ANAP), « agence des systèmes d'information partagés de santé » (ASIP) ;
- le « conseil stratégique des industries de santé » (CSIS) ;
- l'« union nationale des caisses d'assurance maladie » (UNCAM) ;
- la « commission nationale de l'informatique et des libertés » (CNIL) ;
- le « Conseil national de l'Ordre des médecins » (CNOM) ;
- les « unions régionales des professionnels de santé » (URPS) ;
- plusieurs délégations : « délégation interministérielle à l'aménagement du territoire et à l'attractivité régionale » (DATAR), « délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé » (DSSIS) ;
- les « agences régionales de santé » (ARS) ;
- les « groupements de coopération sanitaire » (GCS), etc. ;
- Un « comité de pilotage » (COFIL) interministériel réunissant les partenaires administratifs a pour objectif d'assurer une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine.

Cet ensemble de structures et d'organismes modèle d'une certaine façon une forme de « télémédecine administrée », selon l'expression retenue de façon critique par le Conseil national de l'Ordre des médecins : « La voie d'une « télémédecine administrée » risquerait d'être très rapidement inadaptée, compte tenu des nouveaux besoins sanitaires ou organisationnels susceptibles d'apparaître et en raison des progrès technologiques permanents sur lesquels l'usage des TIC en médecine est susceptible de s'appuyer ». Ce constat critique le caractère administré de la télémédecine au regard des choix par le haut, choix visant à décliner une nomenclature figée d'actes télé-médicaux administrativement autorisés. Mais, il évoque au-delà de la question de la nomenclature des actes les effets d'une bureaucratisation excessive du cadre de déploiement administratif.

Par ailleurs, les expérimentations en cours utilisent divers outils et des procédures *ad hoc* exprimant une extrême hétérogénéité qui dessine les contours d'une « télé-mé-

decine protocolisée » en forme de labyrinthe ou de jeu de l'oie. Ainsi, par exemple de la mise en œuvre combinée ou superposée :

- des missions de contrôle de conformité de l'organisation des activités de télé-médecine (articles R. 6316-6 et 7, Code de la santé publique) ;
- de la procédure en autorisation préalable de la CNIL relative au traitement de données personnelles et du cadre spécifique relatif à la création de leurs traitements pour la mise en œuvre des actes de télé-médecine issus des expérimentations¹² ;
- de l'éventuel protocole de coordination interprofessionnelle (article L. 4011-1 à 3, Code de la santé publique) soumis à l'ARS ;
- de la souscription du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et du contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (CAQCS) (*infra*) ;
- de la déclaration écrite de l'activité à la société d'assurance assurant la couverture de la responsabilité civile professionnelle des praticiens et/ou des établissements ;
- des conditions d'utilisation de l'espace numérique régional de santé (ENSR) ;
- de la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGS-SI-S) ;
- du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (articles L. 6113-6 à 8, Code de la santé publique) ;
- des 15 points de pilotage et de sécurité (PPS) (*infra*) ;
- des conditions des projets régionaux de santé (PRS) dont leurs programmes relatifs au développement de la télé-médecine dit programme régional de télé-médecine (PRT)¹³ ;
- des conditions du schéma régional d'organisation des soins (SROS) et du schéma régional de l'organisation médico-Sociale (SROMS), etc. ;
- des conditions de recueil du consentement exprès du patient si le dispositif de médecine nécessite un hébergement de données de santé auprès d'un hébergeur de données de santé agréé (CSP, art. R. 6316-10) ;
- des modalités de retour d'expérience (REX).

Si le règne des acronymes plonge les néophytes dans des affaires de perplexité, leurs déclinaisons sont en quelque sorte l'indicateur des effets singuliers de la galaxie technocratique dont les caractéristiques échappent aux non-initiés. Les médecins, vecteurs

12. Décret n° 2015-1263 du 9 octobre 2015.

13. Cf. CSP, art. L. 1434-1 à 4.

de la télémédecine, sont de la sorte confrontés à de redoutables contraintes procédurales qu'ils ne soupçonnent pas lorsqu'ils sont formés à l'exercice des pratiques sanitaires. Décrypter cet univers exige du temps et des efforts.

En fait la mise en œuvre des expérimentations quadriennales de la télémédecine en phase de structuration s'inscrit dans une logique de vérification et de contrôle publics sous couvert de conformité, de qualité et de sécurité. L'incitation par l'encadrement des pouvoirs publics est maximale, la télémédecine apparaissant de la sorte telle une pratique médicale particulièrement protocolisée qui échappe d'une certaine façon à la seule autorité de la profession médicale et de ses représentants, de l'université et de l'Ordre professionnel réunis. Ainsi, dans sa « grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine » (juin 2013), la HAS identifie 55 points critiques regroupés en 15 points de pilotage et de sécurité (PPS), eux-mêmes répartis en quatre phases : phase de conception, phase de déploiement, phase de mise en production et phase d'évaluation et de retour d'expérience. En outre, la mise en œuvre des projets appelle le recours à des contrats et des conventions, de nature administrative¹⁴, mais aussi à des « Cahiers des charges métier » et à des « Cahiers des charges technico-fonctionnel », à forte composante juridique. Le choix de la contractualisation, source de contentieux, suppose des connaissances spécifiques que ne soupçonnent pas naturellement les rédacteurs des textes réglementaires, et encore moins les médecins.

La multiplicité des intervenants et des structures, parfois leur superposition et leur connexion¹⁵, le fourmillement des guides-grilles-protocoles, l'hétérogénéité des initiatives locales¹⁶, sur fond de bureaucratisation des procédures, constitue un monumental cadre institutionnel. La HAS est consciente de l'état des contraintes en question soulignant que « le but est de hiérarchiser les obstacles et le chemin critique à franchir » (juin 2013, p. 61). Le proche avenir permettra de vérifier la réalisation de cet objectif, d'aucun appelant de leur vœu un « choc de simplification ». En l'état, les cadres juridiques et institutionnels de la télémédecine gériatrique restent soumis à une forte empreinte technocratique marquée par un périmètre cadré par la loi précitée du 21 juillet 2009, selon le paradigme du millefeuille réglementaire et administratif. L'organisation générale des activités de télémédecine s'inscrit dans un cadre précis défini par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine

14. Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions de télémédecine, DGOS, 2012. Ce guide a fait l'objet de la circulaire n° DGOS/PF3/2012/114 du 13 mars 2012 du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.

15. Les pouvoirs publics, la HAS en particulier, attire l'attention sur de potentiels et éventuels conflits d'intérêts, juridiquement sanctionnés en termes de « trafic d'influence » (C. pén., articles 433-1, 25 et 432-1) et de « prise illégale d'intérêts » (article 432-12 s.).

16. Voir par exemple, le projet « Télégéria », porté par le docteur Pierre Espinoza, évalué en 2007 par l'École des Mines de Paris (Emeric Bacarat, Félix de Carpentier, Évaluation d'un dispositif de télémédecine. Télégéria : Les nouvelles technologies au service des personnes âgées, 50 p.). Voir également l'organisation bordelaise du système de consultation par télémédecine entre CHU et EHPAD sous le pilotage du professeur Nathalie Salles (pôle de gérontologie clinique, CHU Bordeaux, et présidente élue en 2015 de la société française de télémédecine) et les projets Telehpad, Télém'EHbox, Télém'38, Sterenn, etc.

(article 3), codifié à l'article R. 6316-6 du Code de la santé publique. Cette organisation fait l'objet d'une définition par niveaux ou paliers complémentaires, simultanés ou superposés, les uns n'excluant pas les autres. Elle relève de façon obligatoire :

- soit dans un programme national¹⁷, type de « contrat cadre » ;
- soit dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM : entre l'ARS et un établissement de santé ou médico-social, réseaux, centre, pôle, maison de santé) ou un contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins (CAQCS : entre l'ARS et un établissement de santé ou un praticien conventionné¹⁸), forme de « télémédecine contractuelle » ;
- soit dans un contrat particulier signé par le directeur de l'ARS et un professionnel de santé libéral ou, le cas, échéant, tout organisme concourant à cette activité¹⁹.

Au total, l'architecture générale multiniveaux est donc celle :

- d'un cadre national étatique prenant la forme d'un « programme national » ;
- dans lequel s'insère chaque « programme régional de santé » (PRS) dans leur partie relative au développement de la télémédecine (programme régional de télémédecine – PRT) ;
- les deux formes précitées de contrats administratifs - CPOM et CAQCS - devant les respecter, et de conventions de droit privé ou public entre praticiens et établissements définissant les modalités pratiques et opérationnelles de l'organisation des activités de télémédecine²⁰, soumises à l'agrément des ARS.

Cette architecture accorde au sommet des paliers sous forme de programmes administratifs (nationaux ou régionaux) un pouvoir en quelque sorte tutélaire, hiérarchisé et imposé par le haut, justifié par la logique de coordination des offres spécifiques de soins. Le recours à la formule des contrats avec les ARS en termes de négociation et d'équilibre synallagmatique ne doit cependant pas faire diversion tant la marge et la latitude des acteurs de santé restent limitées²¹. Le double impératif visé par le recours au cadre contractuel (aspects stratégiques : contribution de l'activité à l'offre

17. À noter que le comité de pilotage national mis en place par la DHOS en janvier 2011 a identifié 5 axes prioritaires dont la télémédecine en EHPAD (cf. la Circulaire n° DGOS/PF3/2011/451 du 1^{er} décembre 2011).

18. Cf. CSP, art. L. 6114-1, L. 1435-3 et L. 1435-4 et C.act.soc.fam., art. L. 313-11 et 12.

19. De plus, les établissements et les praticiens organisant une activité de télémédecine (excepté la régulation médicale) doivent conclure entre eux une Convention respectant les trois modalités complémentaires d'organisation précitées et les droits fondamentaux du patient en matière d'information, de consentement, de secret professionnel (CSP, art. R. 6316-8).

20. La convention ne règle pas la détermination du régime de responsabilité juridique des intervenants qui relève du droit commun de la responsabilité fixé par les articles L. 1142-1 et suivants du Code de la santé publique.

21. La souscription de ce type de contrat n'entraîne pas *ipso facto* un soutien financier de l'ARS.

de soin territoriale) et le contrôle de qualité (description des conditions de réalisation de l'activité) s'inscrit dans un dispositif écrit de mise en conformité de l'activité de télémédecine avec les prescriptions du décret du 19 octobre 2010.

Dans ces conditions, la « télémédecine contractuelle » en référence à la souscription de CPOM ou de CAQSC adossés à la convention entre les partenaires constitue-t-elle un impératif et une obligation pour les établissements de santé quels qu'ils soient ? La réponse est positive, susceptible d'évolutions dans le futur²². Un système de déclaration préalable auprès de l'ARS serait de nature à simplifier le cadre juridique. Dans son « Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine », la HAS précise que la signature de l'un des deux contrats « ne signifie pas l'octroi d'une autorisation au sens du régime juridique relatif aux activités de soins. Quel que soit le contenu du contrat le respect des conditions techniques de fonctionnement afférent à l'activité de soins réalisés et la conformité avec les prescriptions du décret du 19 octobre 2010 s'imposent » (page 5). Les « actes de télémédecine expérimentés » et « administrés » seront-ils les seuls admis par les pouvoirs publics alors que le législateur de 2009 a conféré un statut légal à la télémédecine, nouvelle « forme de pratique médicale » ? Le déploiement administratif de la télémédecine se superposerait (se substituerait?) de la sorte à son déploiement médical privé strictement professionnel. Comme mentionné ci-dessus, le Conseil national de l'ordre des médecins a quant à lui critiqué un système qui consisterait « à décliner une nomenclature figée d'actes télémédicaux administrativement autorisés » (Conseil national de l'ordre des médecins, 2009, préc.). Le comité stratégique de filière santé composé notamment de représentants des pouvoirs publics a fait savoir le 27 mars 2015 qu'un travail de modification du décret du 19 octobre 2010 était en cours de réalisation en vue de simplifier les procédures administratives de contractualisation, par exemple, sous forme de mise en place d'un régime de déclaration préalable (l'exigence de contractualisation ne serait maintenue que pour les projets impliquant un versement par les ARS) et de « guichet unique ».

En l'état, il semble bien que le présent et l'avenir de l'exercice de la télémédecine restent strictement encadrés plus que toute autre forme d'exercice médical.

L'ensemble en constellation, même conduit sous forme de pilotage national, repose sur une complexe architecture multiniveaux sous forme d'enchevêtrement d'acteurs publics et privés censés être en interrelation. Face à un tel défi de gouvernance, la réaction commune consiste à scander le slogan de la simplification. D'autres moyens peuvent être mobilisés alors que de toute évidence la phase quadriennale d'expérimentations a alourdi le système. À l'issue de la période d'expérimentations d'autres modalités prendront place et devront tenir compte des effets négatifs du système

22. L'exigence d'une double contractualisation (contrat avec l'ARS et convention entre partenaires) appelle une évolution réglementaire alors que la télémédecine ne suppose pas un régime d'autorisation administrative préalable au regard des impératifs posés par les articles L. 6122-1 et R. 6122-25 du Code de la santé publique.

étudié alors que les « circuits de communication pour les structures accueillant des personnes âgées » prennent en soi et en l'état la forme d'un véritable labyrinthe.

La nouveauté et la modernité du recours à la télémédecine continuent de façonner les contraintes en termes de changement des pratiques et des ajustements requis. Dans ces conditions, il semble nécessaire de faire le pari des moyens de proximité et des compétences locales pour bâtir des solutions pratiques pérennes. Dans ce contexte, certains organismes d'étude, d'expertise, d'assistance, de formation et d'information facilitent l'explicitation et le décryptage du système instauré par les pouvoirs publics tel que, par exemple, « Télémédecine gériatrique en EHPAD et maisons de santé-TGEM »²³. Ils assurent les fonctions de facilitateur et d'intermédiaire susceptibles de simplifier le recours à des moyens pragmatiques d'élaboration et de déploiement de projets de télémédecine gériatrique. L'appui technique de ce type d'organisme favorise de la sorte la mise en œuvre de pratiques télé-médicales efficaces en accordant un rôle important à l'expérience des acteurs spécialisés participant aux changements en cours sur le terrain, localement, in *concreto*²⁴.

Confrontés à l'innovation, chaque organisation implique donc un degré achevé de professionnalisation des pratiques, explicité et partagé, à partir notamment de la mise en évidence pratique des usages et des besoins. À défaut, les expérimentations initiales et les conduites projetées peinent à se concrétiser et à s'émanciper. Tel est l'un des enjeux pratiques qu'il ne faut pas perdre de vue.

II. L'ÉVOLUTION DES NOUVEAUX ENJEUX DE LA TÉLÉMÉDECINE GÉRIATRIQUE IMPLIQUE SA PROFESSIONNALISATION

La télémédecine gériatrique, polymorphe, secrète de nouveaux enjeux professionnels en termes de management, d'accompagnement du changement, d'information et de visibilité des acteurs. Les conditions d'exercice professionnel ont en effet une grande influence sur les pratiques télé-médicales en voie de structuration si l'on en juge par le système d'expérimentation fixé par la loi du 23 décembre 2013 sur le financement de la sécurité sociale pour 2014. Or, ici, le modèle professionnel transversal de télémédecine gériatrique s'appuie sur de solides bases légales globalement approuvées par les professionnels de santé de façon consensuelle.

23. <http://www.tgem.fr>

24. Voir par exemple l'article mis en ligne en janvier 2016 « La réalité des pratiques de la télémédecine » sous forme de synthèse du bilan mené par l'Institut du Bien Vieillir Korian en partenariat avec Telecom Bretagne, article écrit avec la collaboration du docteur Isabelle Hauger (www.institutdubienvieillirkorian.org).

A. Le travail d'appropriation des professionnels de santé doit être systématisé dans le cadre de l'élaboration de projets médicaux ad hoc

Les médecins gériatres sont en première ligne pour assurer le déploiement transversal de la télémédecine. Ils doivent être convaincus de son intérêt puis en faire la promotion ce qui souligne la nécessité de les associer très en amont de la définition des applications afin qu'elles permettent de répondre aux besoins et aux attentes. La fixation préalable d'un projet médical *ad hoc* est indispensable. Elle suppose *de facto* que les usages et les besoins en télémédecine soient connus et identifiés au cas par cas et de façon spécifique, de manière contextualisée. En effet, par définition, ce qu'il ne faut jamais perdre de vue, la télémédecine est « une forme de pratique médicale », exercée « à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (définition légale apportée par l'article 78-1 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, précitée)²⁵. Par nature, elle est affaire médicale se présentant comme *sine qua non*. Elle ne résulte pas des seules offres industrielles et technologiques. Ainsi, les dispositifs de télémédecine gériatrique les plus aboutis en termes d'usages et de volume d'actes réalisés ont en commun d'entretenir un rapport précis aux protocoles de soins. La télémédecine gériatrique associe aussi d'autres professionnels de santé qui ne sont pas médecins, la loi du 27 juillet 2009 ajoutant que cette forme de pratique médicale « met en rapport entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels ». Elle combine des actes strictement médicaux et des actes sanitaires non médicaux, par exemple, des actes infirmiers.

D'un point de vue déontologique, le recours à cette nouvelle forme de pratique médicale relève d'une obligation de moyens telle qu'encadrée par les règles communes de la déontologie médicale sans spécificité particulière de ce point de vue²⁶. S'agissant du respect de l'obligation de moyen se pose la question de savoir si tout gériatre est tenu de recourir, en cas de besoin, à la télémédecine dans un certain nombre de situations en justifiant. L'article R. 4127-32 du Code de la santé publique (codification de l'article 32 du Code de déontologie médicale) édicte que « Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents » (C'est nous qui soulignons). L'article R. 4127-33 (article 33 du Code de déontologie médicale) ajoute que « Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes

25. Le docteur Pierre Simon, ancien président la société française de télémédecine (2010-2015), distingue la « télémédecine informative » qui organise la seule diffusion de savoirs et d'informations grâce à des moyens de télécommunication numérique et la « télémédecine clinique », l'approche clinique constituant, selon lui, « une spécificité française » (*Télémédecine – Enjeux et pratiques*, Ed. Le Coudrier, 2015, p. 23 et s.).

26. « Télémédecine. Les recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins », CNOM, janvier 2009. Voir également, le « Vade-mecum Télémédecine » du Conseil national de l'Ordre des médecins, septembre 2014.

scientifiques les plus adaptées et, *s'il y a lieu de concours appropriés* » (C'est nous qui soulignons). Sont ainsi mis en exergue au titre de l'obligation médicale de moyens l'« aide de tiers compétents » et « les concours appropriés ». Tout praticien qui manque à ce type d'obligation est susceptible de poursuites civiles et pénales²⁷. Erigée en obligation et non en simple faculté, le recours à des tiers médecins devrait être dans l'ordre naturel des pratiques gériatriques lorsqu'il y a lieu ou que « nécessité fait loi ». Dans un très grand nombre de cas, l'acte télémedical s'inscrit dans cette logique d'assistance et de concours appropriés. Le Conseil national de l'ordre des médecins a bien compris tout l'intérêt de la télémedecine, fidèle à une certaine tradition professionnelle d'accompagnement du changement des pratiques médicales fondées sur des innovations technologiques. En effet, l'appropriation des outils, le portage partagé des projets, l'implication et l'adhésion des praticiens dans l'exercice de ces nouvelles conduites médicales professionnelles constituent le logiciel de la télémedecine. Cela suppose un réel effort de la part des professionnels de la gériatrie rompus à la dimension interdisciplinaire des pratiques et à la mutualisation des moyens.

Le fil du temps des pratiques gériatriques a forgé des outils et des modes de fonctionnement qu'il n'est pas possible de modifier d'un coup de baguette magique à la faveur de l'introduction des NTIC. En effet, les professionnels de santé ont développé un fort rapport d'identification à leur savoir-faire respectif qu'il convient de ne pas minimiser mais de valoriser par le recours éprouvé aux NTIC. Dans sa « Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémedecine » (juin 2013), la HAS démontrait que « Les pratiques induites par l'introduction de la télémedecine vont modifier l'organisation préexistante (apprentissage et formation au changement, acquisition de nouvelles pratiques, décloisonnement entre les métiers, optimisation du temps de travail, respect de procédures de qualité, diminution du nombre de transports, activité programmée ou d'urgence pour tous les partenaires, etc.). Ces changements doivent être anticipés et préparés. Parallèlement, de nouveaux métiers apparaissent, comme le métier d'assistant de télémedecine. La formalisation d'une organisation cible et d'une étude d'impact (en termes d'organisation, de procédures, de techniques...) doit permettre la déclinaison d'un plan de conduite du changement auprès des professionnels comme des patients. L'introduction de logiciels ou outils spécifiques est également à appréhender en termes d'impact alimentant ce même plan de conduite du changement. ». La HAS prenait appui sur les résultats préliminaires du « suivi des plaies en EHPAD » de la région Aquitaine, sous la houlette du professeur Nathalie Salles²⁸ (précitée, note n° 16), qui révélaient un taux de suivi des recommandations de 100 % avec modifications des procédures et de l'organisation des soins devant certaines pathologies chroniques (escarres, dénutrition, douleur, constipation, utili-

27. Voir la jurisprudence citée par Carole Aigouy et Vincent Vioujas, *infra* (La télémedecine dans les établissements de santé – *Vade-mecum*, LEH Édition, 2014, p. 24).

28. SALLES (N.), *et al.*, « Consultation de télémedecine pour les personnes âgées posant le problème de plaies chroniques notamment à type d'escarre », *European Research in Telemedicine - La recherche européenne en télémedecine*, vol. 2, n° 3-4, nov. 2013, p. 93-1000.

sation de matériel de prévention d'escarres, etc.). Pour la HAS cette situation induisait une forte demande de formation des soignants via l'outil de télémédecine. La HAS soulignait la nécessité d'identifier les métiers²⁹ et les spécialités qui sont directement concernés en distinguant clairement les professionnels qui formulent les demandes et ceux qui donnent un avis. De nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé sont donc en cours d'émergence notamment dans une logique de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès des patients. Leur formalisation peut revêtir la souscription d'un protocole soumis à l'ARS compétente (art. L. 4011-1 et suivants du Code de la santé publique)³⁰

De nombreuses pistes de travail d'appropriation des professionnels de santé doivent être tracées et explorées en la matière. Toutes doivent prendre en considération diverses circonstances ambivalentes que l'on peut résumer de la sorte :

- le poids des usages médicaux et la résistance aux changements versus l'amélioration des pratiques en termes de qualité et de sécurité ;
- le statu quo médical et les habitudes professionnelles versus la réorganisation gériatrique de l'offre médicale ou hospitalière, préalable à la mise en œuvre de filières de soins de télémédecine ;
- les attentes en termes de rémunération des actes de télémédecine effectués sur des bases comparables à celles des actes dits « traditionnels » versus la réduction et la neutralisation des coûts directs et indirects des pratiques gériatriques ;
- la permanence d'une certaine forme d'imperméabilité aux nouveaux usages médicaux versus les conditions d'intégration de la télémédecine dans l'exercice global des professionnels de santé qui doit, entre autres, apporter un retour d'expérience justifiant un investissement en temps et en efficacité ;
- la détérioration des conditions de prise en charge gériatrique versus une amélioration de la relation patient-professionnel renforcée par son cadre juridique édicté par le décret de 2010 en termes d'information, de consentement et de secret.

La HAS dans sa « Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine » (juin 2013) soulignait le fait que « Au-delà de la formation accompagnant le

29. À partir d'observations empiriques, certains font état de la nécessité de recourir à de nouvelles compétences, qui pourraient être celles d'un médecin coordonnateur en télémédecine (ESTERLE [L.], *et al.*, « L'impact des consultations à distance sur les pratiques médicales. Vers un nouveau métier de médecin ? », *Revue française des affaires sociales*, 2011 :2 n°33, p. 63-79).

30. Pour élaborer un protocole de coopération entre professionnels se reporter au site de la HAS (www.has-sante.fr) dont les documents suivants : « Coopération entre professionnels de santé. Mode d'emploi » (avril 2012) et « Liste des professionnels de santé concernés par les protocoles de coopération au titre de l'article L. 4011-1 du Code de la santé publique ».

déploiement et destinée aux utilisateurs, il est donc essentiel de prévoir un plan de communication interne destiné aux acteurs de santé et externe destiné au public. Par exemple dans le contexte des EHPAD (établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes) le conseil de la vie sociale doit être informé préalablement à l'ouverture de l'activité de télémédecine. Le partenariat avec les associations de patients est fortement recommandé (CISS). »

Il est essentiel que les gériatres conduisent eux-mêmes ce travail d'appropriation qualitative et quantitative, les directeurs d'établissements et les directeurs des systèmes d'information ne pratiquant pas personnellement la médecine à distance. Les modalités de formation initiale universitaire des gériatres devraient systématiquement comporter un volet spécifique en la matière. D'autre part, les relais professionnels des gériatres dont les associations de médecins coordonnateurs d'EHPAD ont un rôle certain à remplir sous forme d'actions de sensibilisation et de mobilisation participative. Beaucoup reste à faire dans ce domaine ce qui se conçoit en présence de transformations des pratiques et des usages professionnels³¹, d'innovation et de modernité technologique. C'est affaire d'apprentissage et de mobilisation qui affecte aussi les relations nouées et renouvelées entre soignant et soigné³².

B. La clé de la formation des gériatres gravée dans le marbre du dispositif réglementaire

L'article R. 6316-9 du Code de la santé publique prévoit que « Les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémédecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémédecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants. ». Le contenu de formation et d'acquisition des compétences techniques reste, en l'état, complexe en termes de présentation des conditions médicales et juridiques de la télémédecine dans ses triples dimensions professionnelle, organisationnelle et économique. Alors que la télémédecine implique souvent l'adaptation de métiers existants³³, une formation *ad hoc* constitue un critère majeur de qualité des prestations sanitaires dans leur ensemble, *in situ* et à distance. Faut-il la réserver au seul cadre du développement professionnel continu (CSP, art. L. 4133-1) auquel sont soumis les médecins ? Dans ses « Préconisations » de 2009, précitées, le Conseil national de l'Ordre des médecins précisait « Puisque l'obligation

31. MATHIEU-FRITZ (A.), ESTERLE (L.), « Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations professionnelles. Coopérations interprofessionnelles et délégation des tâches », *Revue française de sociologie*, 2013/2, vol. 54, p. 303-329.

32. GARAY (A.), *Le médecin, le patient et le droit*, Éditions de l'École nationale de la santé publique, 1999, 223 p.; Du même auteur, *Gestion juridique du risque médical-Risk Medical Legal Management*, Berger-Levrault, 2013, 414 p.; Voir aussi DEBOST (C.), « Le colloque singulier à l'épreuve des technologies de l'information et de la communication », précitée.

33. Dans son rapport de 2012, *La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe*, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux envisage ainsi les métiers suivants : « Assistant de télémédecine », « Assistant technicien de télémédecine », « Infirmier coordonnateur du suivi ».

de moyens du médecin s'étend à la connaissance du maniement des instrumentations utilisées, de leurs indications et limites, cela présume une formation appropriée [...]. En outre, la pratique de la télémédecine ajoute un nouvel éventail de technologies (télécommunications, visioconférence, etc.) à celles, plus strictement informatiques, avec lesquelles les médecins ont pu commencer à se familiariser. Actuellement, leur appropriation se fait généralement sur le terrain. Cette formule est acceptable dans les limites d'une expérimentation, faisant généralement appel à des pionniers motivés, mais elle ne peut perdurer dans le cadre d'un programme d'extension des applications de télémédecine. Le CNOM recommande donc que tout projet de télémédecine comporte un volet relatif à la formation permanente des professionnels impliqués, quel que soit leur secteur d'exercice, public ou libéral. [...] Si le CNOM ne peut qu'approuver les formations continues venant parfaire les qualifications médicales initiales, il exprime une très forte réserve à un dispositif qualifiant spécifique qui réserverait aux seuls professionnels ayant un diplôme universitaire de télémédecine l'autorisation de la pratique. La télémédecine n'est pas dans son application générale un cadre d'exercice spécialisé, mais au contraire un moyen de coopération pouvant concerner des situations très concrètes de pratiques professionnelles au service de l'équité dans l'accès aux soins. »

Outre le maniement des outils techniques, les praticiens doivent savoir maîtriser d'autres moyens professionnels. Par exemple, les conditions réglementaires de traçabilité des actes de télémédecine obligent l'acquisition de base de méthodes d'élaboration de « fiche d'observation », personnelle au médecin, distincte du dossier médical du patient (CSP, art. R. 6316-4 et R. 4127-45-1). Cette fiche d'observation comporte le compte rendu de la réalisation de l'acte, les actes et les prescriptions médicamenteuses effectuées, l'identité des professionnels de santé participant à l'acte, la date et l'heure de l'acte et, le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte. Par ailleurs, dans le cadre de la médecine hospitalière, l'un des enseignements des expérimentations en cours pointe la nécessité de désigner et de former un médecin coordonnateur chargé du pilotage du dispositif de télémédecine, à tous les stades, de sa conception à son déploiement et à son évaluation, ce que signale en juin 2013 la HAS dans son Guide de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine (p. 45). L'exercice de cette fonction qui requiert des compétences spécifiques exige une formation *ad hoc*, même si les contours d'un tel nouveau métier (« chef de projet télémédecine »?) ne sont pas encore définitifs. L'exercice de cette fonction technique exige un haut degré de professionnalisme et de technicité, d'ordre médicale et, d'une certaine façon, même juridique eu égard aux conditions d'élaboration des contrats divers et variés.

Pour l'heure, l'empirisme des pratiques de formation de télémédecine semble dominer. Ici aussi, beaucoup reste à faire dans ce domaine. Gravée dans le marbre du décret de 2010, la clé de la formation, insuffisante pour l'heure en période d'expérimentation quadriennale, constitue un outil d'apprentissage, de perfectionnement et d'amélioration des connaissances et des pratiques médicales qu'il reste à élaborer

avec application, de manière systématique. De la norme réglementaire qui l'impose à sa traduction dans les faits, la formation en question constitue un facteur majeur du développement du modèle professionnel en gestation de la télémédecine appliquée.

La façon dont les représentants ordinaires des professionnels de santé ont accompagné la dynamique institutionnelle de cette révolution numérique médicalisée témoigne d'un haut degré d'acceptabilité professionnelle de la télémédecine. La réponse positive des professionnels a suscité et continue de susciter des initiatives diverses et nombreuses sous l'effet de la dynamique sociale d'acceptabilité et d'appropriation des NTIC, de la téléphonie mobile aux tablettes informatiques, à l'explosion de l'offre et de la demande d'applications électroniques. Le tsunami de la modernité électronique envahit progressivement mais sûrement le champ d'exercice des professions de santé, les pouvoirs publics, au terme de l'expérimentation quadriennale provisoire, devant transmettre au Parlement avant le 30 septembre 2016 leur rapport d'évaluation. À cette occasion, en aval comme en amont, les parlementaires initiés, notamment professionnels de santé de formation et/ou d'exercice, devraient avoir leur mot à dire, sans aucun doute. Il y va de la responsabilité politique des décideurs élus, la mobilisation des parlementaires préparant et votant la loi répondant souvent à l'écho des demandes sociales des professionnels de santé.

III. LA RECHERCHE D'UN « MODÈLE ÉCONOMIQUE », INCERTAINE, NE PEUT PAS HYPOTHÉQUER À ELLE SEULE LA DYNAMIQUE MÉDICO-ÉCONOMIQUE À L'ŒUVRE

En subordonnant certaines règles de tarification et de financement de la télémédecine à la mise en œuvre préalable de ses expérimentations (« actes de télémédecine expérimentée »), la loi du 23 décembre 2013 sur le financement de la sécurité sociale pour 2014, à portée financière, semble avoir freiné pendant quatre ans le plein recours à cette nouvelle forme de pratique médicale pourtant définie depuis 2009 par le législateur³⁴. Pratique médicale soumise à un cadre financier des plus limitatifs pendant quatre ans, en raison de la prédominance comptable à forte dominante libérale, la recherche d'un modèle économique ne peut hypothéquer le développement de la télémédecine.

A. De la modélisation des impacts des avancées qualitatives de la télémédecine aux évaluations médico-économiques porteuses de potentialités

A priori le recours à la télémédecine repose sur une intuition, faite hypothèse, en termes d'économie induite au regard des coûts d'investissement et de fonctionnement par rapport aux soins « traditionnels ». Comme toute « avancée » qualitative au plan médical, la télémédecine bénéficie d'un *a priori* favorable. Il y a cependant loin de la coupe aux lèvres quant à la confirmation de l'hypothèse à en juger à l'aune des

34. VIOUJAS (V.), « La télémédecine : entre expérimentations réussies et généralisation au ralenti », *RDSS*, 7 septembre 2015, n° 4, p. 681.

procédures d'études et d'analyses mises en place par les autorités de l'État, comme si sa mise en œuvre suscitait de fortes résistances (voir la note n° 38).

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a confié à la Haute Autorité de Santé la mission de procéder, au terme des expérimentations quadriennales, à l'évaluation en vue « d'une généralisation », l'objectif principal des expérimentations étant de fixer une « tarification préfiguratrice des actes de télémédecine ». Ce travail prendra la forme d'une « évaluation médico-économique » en vue d'une inscription des actes expérimentés aux nomenclatures de l'assurance-maladie. Ainsi, les signataires de l'arrêté du 17 avril 2015 en matière de plaies chroniques et/ou complexes, prennent le soin de préciser que « L'évaluation n'a pas pour objectif d'évaluer l'efficacité de la pratique médicale avec la télémédecine par rapport à la pratique médicale « traditionnelle » mais les effets attendus de ce nouveau mode d'organisation des soins en vue de son déploiement ».

L'objectif est de mesurer « l'impact des actes expérimentés en termes d'accès aux soins, de qualité de la prise en charge, d'organisation des soins et de coûts suivant le cadre d'évaluation publié par la HAS en juillet 2013 [...] L'objectif sera plus précisément d'évaluer si les organisations mises en place sont de nature à :

- faciliter l'accès à l'offre de soins en permettant de satisfaire une demande en soins dans des délais raisonnables ;
- se substituer aux déplacements du patient et de remédier à d'éventuels renoncements aux soins (aspects géographiques, économiques, sociaux) ;
- améliorer l'organisation des soins : répondre à des difficultés d'organisation de la prise en charge, optimiser l'utilisation du temps médical et procurer des réponses formalisées aux demandeurs ;
- améliorer la qualité de la prise en charge et avoir un impact en termes de satisfaction des patients impliqués dans ce mode d'organisation ;
- avoir un impact sur les recours aux soins (consommations de soins, transports). »³⁵.

C'est donc en termes d'impact par le biais d'évaluations médico-économiques que les pouvoirs publics procèdent, avec pusillanimité, à grand renfort de « matrices d'impact » et de « protocoles d'évaluation ». Les pouvoirs publics prennent soin de préciser que les « critères de jugement » sont considérés « au regard de leur capacité à être recueillis de manière simple et homogène afin de ne pas alourdir le travail des acteurs ». Les critères d'évaluation restent multicentriques, les effets de la télémédecine étudiés et mesurés sous divers angles, l'évaluation des coûts demeurant

35. La HAS a publié un « Guide méthodologique : choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS » (octobre 2011). Voir aussi, OPIIEC, « Étude sur les technologies de l'information au service des nouvelles organisations des soins – Création de la valeur engendrée par le secteur des TIC santé en France », 2011.

centrale. L'agence des systèmes d'informations partagées de santé (ASIP), constituée sous forme de groupement d'intérêt public, sera chargée d'une étude de coûts à l'issue des expérimentations quadriennales. Mais qu'entend-on par évaluation médico-économique ?

Le très riche rapport « Évaluation médico-économique en santé », établi par une mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), publié en décembre 2014, souligne la place encore « modeste » en France de ce type d'évaluation qui « consiste à mettre en regard une évaluation des bénéfices cliniques d'une stratégie de santé, d'une technologie ou d'un produit de santé et leurs coûts, en vue d'une allocation optimale des ressources disponibles. [...] » La mission de l'IGAS avoue que « Dans tous les cas, l'évaluation médico-économique ne saurait être le seul critère de décision. La fixation d'un seuil d'efficacité entraînant des décisions automatiques ne serait pas acceptable. En revanche, il faut rechercher un consentement collectif au financement des interventions en santé, au regard de leurs efficacités comparatives. Cette recherche devra s'appuyer sur l'emploi d'un référentiel pour l'interprétation des résultats des évaluations que la mission recommande d'élaborer. [...] » L'IGAS prend de la sorte la pleine mesure des défis suggérés par l'évaluation médico-économique qui pointe du doigt l'aveuglement de certains « choix imposés par la limitation des ressources ». Ces seuls choix financiers ne sauraient constituer l'alpha et l'oméga des politiques publiques en matière de télémédecine. Le CNOM, dans ses « Préconisations » de 2009, a de son côté précisé que « l'argument financier doit être avancé avec prudence [...] le premier objectif consiste à orienter la pratique de la télémédecine dans l'intérêt des patients ». Qu'en sera-t-il au terme de la période d'expérimentation ? La question reste posée. Les réponses apportées ne seront pas exclusivement comptables et économiques. Elles présenteront un volet politique et éthique sans occulter les obligations et les responsabilités des gériatres soumis à l'obligation de s'entourer des concours appropriés et d'appeler l'aide de tiers compétents (*infra*). Elles ne pourront pas faire abstraction de la dimension déontologique fondatrice des pratiques médicales à distance.

L'archétype des bénéfices constatés dans les programmes de télémédecine se mesure de la sorte par l'amélioration de l'état de santé des patients, de la qualité de vie des patients chroniques (diminution des transports et des temps de déplacement, réduction des hospitalisations, sécurisation du patient, gain de temps de travail) et de la coordination et de la qualité des soins. Ces avancées qualitatives au plan médical auraient impacté les sources d'économie, ainsi évaluées en termes de réduction du coût des hospitalisations en termes de diminution des durées moyennes d'hospitalisation, de gains de coûts de transport-déplacement et de gains d'efficacité d'organisation professionnelle (temps médical ou paramédical économisé ou réalloué).

Ces différentes études ont pour dénominateur commun le souci de parvenir à valoriser la dynamique socio-économique à l'œuvre sans que l'on ne dispose aujourd'hui de résultats définitifs en la matière. La détermination des conditions de pérennisation

du financement de la télémédecine et la rémunération des intervenants influent sur le « modèle économique » de la télémédecine en général, en cours de structuration. La recherche et l'élaboration de « modèle(s) économique(s) », dont le recours à des indicateurs pertinents face à l'absence de codification des actes, leur tarification et remboursement publics, constituent des paramètres d'une grande importance alors que dans le même temps la télémédecine bénéficie du soutien à l'investissement des industriels. Mais, la démarche en termes de « modèle » économique, déclinée tel un sésame ou une condition au déploiement, ne constitue-t-elle pas, d'une certaine façon, un frein ou une contrainte ? Par « modèle » économique ne cède-t-on pas au seul réflexe de l'approche comptable de la santé et à celui de sa gestion financière³⁶ ? Il semble en effet que le recours à la logique du « modèle économique » opère une certaine confusion en juxtaposant les conditions de prise en charge des actes de télémédecine pour les soignants et les soignés (codification, tarification, remboursement) et celles du financement de la « filière » des fournisseurs de technologies et des opérateurs de services de télémédecine (infrastructure et équipement). Les deux conditions ne s'inscrivent pas en France dans un cadre identique : les premières reposent sur le Code de la sécurité sociale qui confie aux pouvoirs publics un large pouvoir décisionnel, les secondes sur une logique privée de marché à caractère industriel et/ou commercial. Elles n'opèrent pas sur la même échelle ni dans une dynamique d'ensemble. En dépit de ses limites, le recours au cadre et à l'expression de « modèle économique », au singulier comme au pluriel, fait florès, si l'on en juge par exemple à sa consécration par une loi du 23 décembre 2013 dans le dispositif de soumission à l'ARS des Protocoles de coopération entre professionnels de santé qui inclut un « modèle économique précisant notamment les modalités de financement et de rémunération des actes et prestations réalisés » (article L. 4011-2 du Code de la santé publique). Pour autant, érigé telle une condition du déploiement de la télémédecine, le critère de « modèle économique », perfectible et trop théorique, doit rester associé au cadre des évaluations médico-économiques.

B. Les conditions provisoires du financement des activités et des investissements de la télémédecine

Le financement des activités de télémédecine (tarification des actes) doit être distingué des conditions de ses investissements (dépenses d'infrastructures, de matériels, d'études, d'installation, de maintenance, de formation, etc.)³⁷. Sur le premier point concernant les seules activités, le dispositif suspendu de l'article R. 6316-5 du Code de la santé publique (*infra*) prévoyait que les actes de télémédecine seraient pris en charge dans les conditions prévues par le Code de la sécurité sociale. Le rôle de l'organisme payeur public, structurant, constitue en effet le pilier du système du financement des actes de télémédecine dans leurs dimensions publiques ou privées.

36. Lire CASTIEL (D.), *Économie et santé, quel avenir ?*, Éditions Management Société, coll. « L'actualité de la gestion », 1999.

37. Voir le chapitre « Le financement de la télémédecine », in AIGOUY (C.), VIOUTAS (V.), *La télémédecine dans les établissements de santé, Vade-mecum*, LEH Édition, 2014.

- La tarification des actes de télémédecine.

Le fonctionnement courant de la télémédecine suppose le financement par voie de tarification des actes dispensés. L'interdiction du partage d'honoraires médicaux ne s'applique pas aux actes de télémédecine (CSP, art. L. 4113-5). La tarification des actes de télémédecine est intégrée au droit commun du financement des structures et des professionnels de santé et celui des structures médico-sociales dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, et L. 162-32-1 du Code de la sécurité sociale. Il s'agit donc d'une tarification à l'activité (T2A), combinant une rémunération au séjour et, suivant les cas, la perception d'une dotation forfaitaire (CSS., art. L. 162-22-13).

La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés fournira une liste d'actes susceptibles d'entrer dans le périmètre de la télémédecine, notamment en termes d'imagerie dans le cadre de la permanence des soins, de la prise en charge de l'AVC et des soins aux détenus. La direction générale de la sécurité sociale fournira, elle, une fiche sur l'élaboration des nomenclatures et sur la construction des tarifs, recensant également les modalités de tarification et de facturation qui pourront éventuellement servir à la tarification ou à la facturation d'actes de télémédecine.

L'application du dispositif de l'article R. 6316-5 du Code de la santé publique a toutefois été expressément suspendue, jusqu'au 31 décembre 2018, par l'article 36 de la loi du 23 décembre 2013 sur le financement à la sécurité sociale pour 2014 au profit d'un financement des actes de télémédecine par un fonds d'intervention régional. Ce financement distinct et transitoire est destiné à résoudre la question de la prise en charge des actes de télémédecine pendant la période d'expérimentation portant sur leur déploiement. Cette solution transitoire si elle assure le financement d'expérimentations éloigne cependant l'impératif, pour les pouvoirs publics, de trancher la question du financement de droit commun des actes de télémédecine.

- L'organisation de l'activité de télémédecine en référence au financement de la « filière » des fournisseurs de technologies et des opérateurs de services de télémédecine (infrastructure, équipement, étude, installation, maintenance, formation, etc.)

Les principaux axes de financement, sous forme de crédit ou de dotation, reposent sur les agences régionales de santé (crédit fonds d'intervention régional), les conseils régionaux ou les préfetures de région (crédits octroyés de façon contractuelle en fonction d'axes prioritaires régionaux : fonds européen de développement régional). L'organisation de l'activité de télémédecine peut être financée au titre du dispositif prévu à l'article L. 221-1-1 (dispositions relatives au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins), ainsi qu'aux articles L. 162-22-13 (dispositions relatives aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) du Code de la sécurité sociale, ainsi que dans les conditions prévues aux articles L. 314-1 (foyer

d'accueil médicalisé) et L. 314-2 (établissement d'hébergement pour personnes âgées non médicalisé) du Code de l'action sociale et des familles.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP) ont défini les modalités du soutien financier au déploiement de la télémédecine dans les régions. Les agences régionales de santé bénéficient de moyens financiers destinés à la promotion de projets innovants et s'inscrivant dans les grandes orientations fixées par le comité de pilotage national interministériel animé par la direction générale de l'offre et des soins avec l'appui de la délégation à la stratégie des systèmes d'information en santé. La DGOS et l'ASIP ont défini de la sorte les modalités du soutien financier au déploiement de la télémédecine selon des procédures de type administratif qui appelle un certain degré de connaissance et d'expertise pour les mettre en œuvre et parvenir à des résultats à la hauteur des enjeux :

- Enveloppe déléguée dans le cadre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.
- Subvention directe de l'ASIP Santé dans le cadre d'appels à projets.

Au total, comme souligné ci-dessus, l'approche et les termes même de « modèle économique », au singulier comme au pluriel, pèchent d'un excès de perfection et de pointillisme technocratique. Erigé en condition de faisabilité ou de déploiement pérenne, le critère du « modèle économique » se dresse tel un impératif revêtu des vertus souhaitables du système de santé. Aurait-on pensé que toute avancée médicale satisfasse à une modélisation économique préalable? Toutes choses étant égales par ailleurs, aurait-on opposé un tel préalable au docteur René Laennec découvrant en 1816 l'utilité du stéthoscope? De nos jours, les avis médicaux via téléconseil personnalisé par la voie d'un simple appel téléphonique, pratique courante parmi la profession médicale, doivent-ils aussi satisfaire au préalable d'un modèle économique? Dans le domaine en développement de la télémédecine, la dynamique socio-économique à l'œuvre doit-elle rester subordonnée à la définition préalable d'un ou de « modèles économiques »? Le succès de la formule, faite réflexe dans certains cercles et bureaux, ne laisse pas de creuser son sillon. Ainsi, comme mentionné ci-dessus du cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé incluant un « modèle économique »³⁸. L'émergence et le réflexe donné par l'usage à cette approche ne conduisent-ils pas, d'une certaine façon, à se revêtir d'un masque occultant la dynamique médico-économique à l'œuvre? La rationalisation de l'utilisation des ressources collectives dans le domaine de la télémédecine fait les frais des contraintes économiques pesant sur le système sanitaire en général. Or, rien ne prouve que la télémédecine présente une telle spécificité qui hypothèque ses

38. Voir par exemple, le discours en termes de recherche de « démonstration de supériorité médico-économique » des nouvelles applications médicales de la télémédecine, selon l'expression retenue par la HAS (Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine », juin 2013).

développements en matière d'évaluation « médico-économique » si ce n'est la coordination de l'offre des soins qu'elle implique de façon systématique³⁹.

CONCLUSION

La télémédecine en général se déploie en France, en l'état des mesures adoptées par le haut, sous forme technocratique, de façon « administrée » et « protocolisée ». Le cadre public apparaît ainsi pléthorique, enchâssé dans de lourdes procédures d'expérimentation quadriennale. Au sortir de cette période, un mode de gouvernance de la télémédecine suffisamment pérenne et efficient devra tirer les leçons de la technocratisation des procédures.

Mais de l'objet technologique à l'objet social, la télémédecine fait coexister de fortes interactions entre les professionnels de santé, les pouvoirs publics et les industriels des NTIC. Telle est sa force qu'il faut savoir pleinement mettre en valeur. Alors que les pouvoirs publics, régulateurs et régenteurs, restent placés sous le feu de la critique⁴⁰, les intervenants privés, régulés par les lois de l'offre et de la demande, sont appelés à la rescousse en raison de leur réputation en termes d'efficacité gestionnaire. Mais il y a avantage à conjuguer les forces en présence. En effet, la dimension proprement politique ne saurait occulter la force de l'effervescence expérimentale en télémédecine et le fourmillement des initiatives. Plus particulièrement, la gériatrie, discipline médicale technicisée sous les effets des NTIC, en exprimant une logique transversale à la croisée des préoccupations d'une multiplicité d'intervenants impliqués, constitue un facteur important des développements télémédicaux. Parce que la singularité de la « télémédecine gériatrique », agitateur transversal, repose sur son caractère hybride et catalyseur. Parce qu'aussi, d'une certaine façon, elle n'est pas l'affaire des seuls médecins gériatres mais de tous les médecins en exercice prenant en charge des personnes âgées.

Du baby-boom au papy-boom, le déploiement de la télémédecine gériatrique reste ainsi bien à la mesure de l'« impératif national » d'adaptation de la société au vieillissement. Capitaliser sur la télémédecine gériatrique, tel est l'enjeu du présent pour les médecins quel que soit leur type d'activité. De fortes concordances de conduites et de pratiques médicales doivent consolider la filière de la télémédecine gériatrique dans un contexte fortement marqué par la singularité des éléments de structure du système sanitaire

39. MEYER-MEURET (C.), « Les enjeux économiques de la télémédecine », *RDSS*, 2011, p. 1013 et s.

40. Sur la critique en termes de « télémédecine administrée », voir la mention, précitée, du Conseil national de l'Ordre des médecins. Évoquant la « reconnaissance laborieuse d'actes de télémédecine », Vincent Vioujas, directeur d'hôpital, signale que « la Classification commune des actes médicaux n'évolue que très lentement sur ce point, faisant parfois douter de la réelle volonté de l'assurance maladie d'avancer sur ce dossier, au-delà des discours de façade » (« La télémédecine : entre expérimentations réussies et généralisation au ralenti », précité).

français (gouvernance, régulation, financement, opérateurs de soins, etc.). Alors que nous n'en sommes sans doute qu'à la « préhistoire de la télémédecine »⁴¹ ici résonne la célèbre formule d'Howard Rheingold: « Comment reconnaître le futur quand il vous tombe dessus? »⁴².

41. AIGOUY (C.), VIOUTAS (V.), *La télémédecine dans les établissements de santé, Vade-mecum*, LEH Édition, 2014, p. 151. S'agissant du déploiement au ralenti de la télémédecine au sein des EHPAD propriété d'un des plus grands groupes privés français, l'article de janvier 2016 précité La réalité des pratiques de la télémédecine signale que « Seuls 5 % des établissements Korian sur la France ont un usage de la télémédecine » (note n° 24, ci-dessus).

42. « Smarts Mobs, les Communautés Intelligentes Mobiles: comment reconnaître le futur quand il vous tombe dessus? », *Sociétés*, janvier 2003, n° 79, p. 75-87.