HAL
open science

Étude descriptive du projet expérimental de télémédecine à Saint-Georges-de-Rouelley, portée sur deux ans d'exercice

Paul Alvado

To cite this version:

Paul Alvado. Étude descriptive du projet expérimental de télémédecine à Saint-Georges-de-Rouelley, portée sur deux ans d'exercice. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03588661

HAL Id: dumas-03588661

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03588661v1

Submitted on 25 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

UFR de SANTÉ

Année 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 20 octobre 2021

par

Paul ALVADO

Né le 15 avril 1987 à Caen *(Calvados)*

Étude descriptive du projet expérimental de télémédecine à Saint-Georges-de-Rouelley, portée sur deux ans d'exercice

Président :	**Monsieur le Professeur SABATIER Rémi**
Membres :	Monsieur le Professeur LE COUTOUR Xavier
	Monsieur le Professeur LE BAS François
	Madame le Docteur JOSROLAND Suzy, Directrice de thèse

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTÉ – FACULTÉ DE MÉDECINE

Année universitaire 2021/2022

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3e cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**AGOSTINI Denis**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**AIDE Nicolas**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**ALEXANDRE Joachim**	Pharmacologie clinique
M.	**ALLOUCHE Stéphane**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**ALVES Arnaud**	Chirurgie digestive
M.	**AOUBA Achille**	Médecine interne
M.	**BABIN Emmanuel**	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**BÉNATEAU Hervé**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	**BENOIST Guillaume**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**BERGER Ludovic**	Chirurgie vasculaire
M.	**BERGOT Emmanuel**	Pneumologie
Mme	**BRAZO Perrine**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BROUARD Jacques**	Pédiatrie
M.	**BUI Thanh-huy Éric**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BUSTANY Pierre**	Pharmacologie
Mme	**CLIN-GODARD Bénédicte**	Médecine et santé au travail
M.	**DAMAJ Ghandi Laurent**	Hématologie
M.	**DAO Manh Thông**	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	**DE BOYSSON Hubert**	Médecine interne
M.	**DEFER Gilles**	Neurologie
M.	**DELAMILLIEURE Pascal**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DENISE Pierre**	Physiologie
Mme	**DOLLFUS Sonia**	Psychiatrie d'adultes
Mme	**DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne**	Dermatologie
M.	**DREYFUS Michel**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**DU CHEYRON Damien**	Réanimation médicale
Mme	**ÉMERY Évelyne**	Neurochirurgie

M.	**ESMAIL-BEYGUI Farzin**	Cardiologie
Mme	**FAUVET Raffaèle**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**FISCHER Marc-Olivier**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GABEREL Thomas**	Neurochirurgie
M.	**GÉRARD Jean-Louis**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GUÉNOLÉ Fabian**	Pédopsychiatrie
Mme	**GUITTET-BAUD Lydia**	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**HAMON Martial**	Cardiologie
Mme	**HAMON Michèle**	Radiologie et imagerie médicale
M.	**HANOUZ Jean-Luc**	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	**HITIER Martin**	Anatomie - ORL Chirurgie cervico-faciale
M.	**HULET Christophe**	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	**ICARD Philippe**	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	**JOIN-LAMBERT Olivier**	Bactériologie - Virologie
Mme	**JOLY-LOBBEDEZ Florence**	Cancérologie
M.	**JOUBERT Michael**	Endocrinologie
M.	**LAUNOY Guy**	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LE HELLO Simon**	Bactériologie - Virologie
Mme	**LE MAUFF Brigitte**	Immunologie
Mme	**LEVALLET Guénaelle**	Histologie, embryologie et cytogénétique
M.	**LOBBEDEZ Thierry**	Néphrologie
M.	**LUBRANO Jean**	Chirurgie viscérale et digestive
M.	**MAHE Marc-André**	Cancérologie
M.	**MANRIQUE Alain**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**MARCÉLLI Christian**	Rhumatologie
M.	**MARTINAUD Olivier**	Neurologie
M.	**MILLIEZ Paul**	Cardiologie
M.	**MOREAU Sylvain**	Anatomie - Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**MOUTEL Grégoire**	Médecine légale et droit de la santé
M.	**NORMAND Hervé**	Physiologie
M.	**PARIENTI Jean-Jacques**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**PELAGE Jean-Pierre**	Radiologie et imagerie médicale
Mme	**PIQUET Marie-Astrid**	Nutrition
M.	**QUINTYN Jean-Claude**	Ophtalmologie
Mme	**RAT Anne-Christine**	Rhumatologie
M.	**REPESSE Yohann**	Hématologie
M.	**REZNIK Yves**	Endocrinologie
M.	**ROD Julien**	Chirurgie infantile
M.	**ROUPIE Éric**	Médecine d’urgence
Mme	**THARIAT Juliette**	Radiothérapie
M.	**TILLOU Xavier**	Urologie
M.	**TOUZÉ Emmanuel**	Neurologie
Mme	**VABRET Astrid**	Bactériologie - Virologie

M.	**VERDON Renaud**	Maladies infectieuses
Mme	**VERNEUIL Laurence**	Dermatologie
M.	**VIVIEN Denis**	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS À MI-TEMPS

Mme	**BELLOT Anne**	Pédiatrie
Mme	**CHATELET Valérie**	Néphrologie
M.	**GUILLAUME Cyril**	Médecine palliative
M.	**LABOMBARDA Fabien**	Cardiologie
M.	**LE BAS François**	Médecine générale
M.	**PIEDNOIR Emmanuel**	Maladies infectieuses et tropicales
M.	**QUEFFEULOU Guillaume**	Néphrologie
Mme	**VILLOT Anne**	Gynécologie - Obstétrique

PRCE

Mme	**LELEU Solveig**	Anglais

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	**DERLON Jean-Michel**	Neurochirurgie
M.	**GUILLOIS Bernard**	Pédiatrie
M.	**HURAULT DE LIGNY Bruno**	Néphrologie
Mme	**KOTTLER Marie-Laure**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**LE COUTOUR Xavier**	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LEPORRIER Michel**	Hématologie
M.	**RAVASSE Philippe**	Chirurgie infantile
M.	**TROUSSARD Xavier**	Hématologie

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR DE SANTÉ – FACULTÉ DE MÉDECINE

Année universitaire 2021/2022

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Emmanuel BABIN (3e cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	**BECHADE Clémence**	Néphrologie
Mme	**BENHAÏM Annie**	Biologie cellulaire
M.	**BESNARD Stéphane**	Physiologie
Mme	**BONHOMME Julie**	Parasitologie et mycologie
M.	**BROSSIER David**	Pédiatrie
M.	**COULBAULT Laurent**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**CREVEUIL Christian**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme	**DINA Julia**	Bactériologie - Virologie
Mme	**DUBOIS Fatéméh**	Histologie, embryologie et cytogénétique
Mme	**DUPONT Claire**	Pédiatrie
M.	**ÉTARD Olivier**	Physiologie
M.	**GRUCHY Nicolas**	Génétique
M.	**ISNARD Christophe**	Bactériologie - Virologie
M.	**JUSTET Aurélien**	Pneumologie
Mme	**KRIEGER Sophie**	Pharmacie
M.	**LEGALLOIS Damien**	Cardiologie
Mme	**LELONG-BOULOUARD Véronique**	Pharmacologie fondamentale
M.	**MACREZ Richard**	Médecine d'urgence
M.	**MITTRE Hervé**	Biologie cellulaire
M.	**MOLIN Arnaud**	Génétique
M.	**SAINT-LORANT Guillaume**	Pharmacie
M.	**TOUTIRAIS Olivier**	Immunologie
M.	**VEYSSIERE Alexis**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	**VILLAIN Cédric**	Médecine interne

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M.	**HUMBERT Xavier**	

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS À MI-TEMPS

Mme	**ARMAND Audrey**	Médecine générale
M.	**BANSARD Mathieu**	Médecine générale
M.	**COUETTE Pierre-André**	Médecine générale
Mme	**NOEL-DE JAEGHER Sophie**	Médecine générale
M.	**PITHON Anni**	Médecine générale
M.	**SAINMONT Nicolas**	Médecine générale
Mme	**SCHONBRODT Laure**	Médecine générale

MAÎTRE DE CONFÉRENCES ÉMÉRITE

Mme	**DEBRUYNE Danièle**	Pharmacologie fondamentale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Rémi Sabatier, pour avoir accepté de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous prie d'agréer l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur Suzy Josroland, pour avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure. Merci de tes conseils avisés, ton soutien, ta disponibilité et de ta bonne humeur. Je t'en témoigne toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François Le Bas, d'avoir accepté de faire partie de mon jury, de m'avoir permis de m'appuyer sur votre pratique afin de réaliser ce travail. Je vous prie d'accepter mes remerciements les plus sincères.

A Monsieur le Professeur Xavier Lecoutour, d'avoir accepté de faire partie de mon jury, et ainsi de l'attention que vous avez témoigné à ce travail et de votre disponibilité. Je vous prie d'agréer l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A mes parents, Annie et Gérard, merci pour votre soutien sans faille tout au long de ces années d'études. Sans votre présence, votre amour, votre éducation, je ne serai pas celui que je suis aujourd'hui. Merci à ma sœur Chloé et mon frère Louis, pour tout ce que vous m'apportez. Une attention particulière à ma nièce Bertille et mon neveu Joseph, deux rayons de soleil. Merci à ma famille. Merci à vous tous, je vous aime.

A Caroline, mon évidence, merci de partager ma vie, merci pour ton soutien.

A François, mon cousin, merci pour tes conseils tout au long de ces années étudiantes, pour tous nos échanges et ta disponibilité.

A Camille, ma cousine, merci pour tes éclairages professionnels et pour tous les moments de cousinade passés ensemble dans notre enfance.

A Jean-Paul, mon oncle, pour m'avoir donné le goût de la médecine générale, lorsque tu me contais tes récits de consultations.

A Irma et Gaby, mes grands-parents, pour tous les moments de famille passés ensemble. Pour votre sagesse et votre attention à mon égard.

A Laurence, ma tante, pour ta précieuse relecture de mon travail. Merci pour ton aide.

A Baptiste, merci pour tous nos moments d'amitié que nous avons déjà partagés. Merci pour ton soutien sans faille dans de nombreux passages de ma vie.

A Lénaïc, merci de m'avoir soufflé l'idée de mon sujet de thèse lors d'un dîner d'hiver. Merci pour ta motivation et ta bonne humeur que l'on a partagé au cours de nos remplacements en communs.

A Christophe, je suis particulièrement heureux d'avoir pu redécouvrir ces dernières années ta personnalité généreuse et attachante. Merci de m'avoir proposé de venir te remplacer sur l'île de la Réunion. Merci de faire partie de ma famille.

A Ondine, Marie-Anne, Maud et Pierre, la « Team pédia », merci de m'avoir entouré lors de notre premier stage en tant qu'interne, j'ai vécu à vos côtés de formidables instants. Merci de permettre à notre groupe de continuer à passer des moments tous ensemble.

A Léo et Thomas, je me félicite que notre solide amitié perdure encore aujourd'hui et cela depuis notre enfance. Nos entrevus me mettent toujours en joie. Merci de faire partie de mon entourage proche.

A Aurélie, merci pour nos moments partagés et nos fous rires.

A Sylvain, merci pour ces années de pratiques martiales à tes côtés, pour nos discussions et ta sincère personnalité.

Au Docteur Gregory Szwarc pour ta disponibilité et ton enthousiasme à l'idée de me permettre de réaliser mon sujet de thèse sur le projet de SGDR pour lequel tu t'es tant impliqué.

A Carine et Claude, de la cellule de coordination du projet, pour votre dévouements, votre accessibilités, merci d'avoir répondu avec autant de bienveillance à mes questions et requêtes concernant le projet de SGDR.

ABRÉVIATIONS

ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé

ALD : Affection longue durée

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APC : Avis ponctuel de consultant

ARS : Agence régionale de santé

CMU : Complémentaire santé solidaire

CNAM : Caisse nationale d'Assurance maladie

CNOM : Conseil national de l'Ordre des médecins

DCGDR : Direction de la coordination de la gestion du risque

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DMP : Dossier médical partagé

ECG : Électrocardiogramme

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETAPES : Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé

FSE : Feuille de soins électronique

FSP : Feuille de soins papier

G/GS : Cotation consultation de médecine générale

HAS : Haute Autorité de santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

HTA : Hypertension artérielle

IDE : Infirmier(ère) diplômé(e) d'État

LFSS : Loi de financement de la Sécurité sociale

MAPA : Mesure ambulatoire de pression artérielle

MSA : Mutualité sociale agricole

NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPTAM : Option de pratique tarifaire maîtrisée

PRS : Projet régional de santé

PRT : Programme régional de télémédecine

PSLA : Pôle de santé libéral ambulatoire

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

TC : Téléconsultation généraliste secteur 2 non OPTAM

TCG : Téléconsultation standard généraliste

TIC : Technologies de l'information et de la communication

URML : Union régionale des médecins libéraux

URPS : Union régionale des professionnels de santé

TABLE DES MATIÈRES

I) INTRODUCTION *1*

II) LA TÉLÉMÉDECINE *3*

1) Définitions et généralités **3**

a) La téléconsultation 4
b) La téléexpertise 4
c) La télésurveillance médicale 4
d) La téléassistance médicale 4
e) La réponse médicale 4

2) Histoire de la télémédecine **5**

a) Dans le monde 5
b) En France 6

3) La législation **6**

a) Une courte phase expérimentale 8
b) La reconnaissance juridique 9

4) Enjeux et objectifs **10**

a) Enjeux 10
b) Objectifs 11

5) Déontologie et éthique **12**

a) Aspect déontologique 12
b) Aspect éthique 15

6) Les différentes étapes de la téléconsultation **16**

a) La phase conversationnelle 16
b) La phase d'examen physique 16
c) La sortie de consultation 17

7) Cotation et facturation **18**

a) Cotations TCG et TC 18
b) Facturation 19

III) LE PROJET DE SAINT-GEORGES-DE-ROUELLEY *20*

1) Description du projet **20**

2) Partenaires et investissements **20**

3) Pourquoi de la télémédecine à Saint-Georges-de-Rouelley **22**

a) Assurer le soin de patients sans médecin traitant 22
b) Diminuer les retards diagnostics 22

c) Limiter les recours aux hospitalisations inopportunes 23
d) Éviter les passages aux urgences 23
e) Diminuer les transports sanitaires 23

4) Mise en œuvre opérationnelle 23

5) Un projet en lien avec les objectifs du Projet régional de santé 24

6) Secteur et populations ciblés 25

7) Porteurs : mairie et URML 26

a) La mairie de Saint-Georges-de-Rouelley 26
b) L'union régionale des médecins libéraux de Normandie 26

8) Démographie médicale 26

9) Nouvelle pratique médicale 28

a) Solution retenue 28
b) Les médecins généralistes 28
c) Accord conventionnel 28

10) La téléconsultation 29

a) La facturation 29
b) Tiers payant 29
c) La télétransmission des données 29

11) Compétences infirmières 30

a) Aide au diagnostic 30
b) Regard et techniques infirmiers 30

12) Charte régionale télémédecine 30

13) Prise de rendez-vous : le processus 31

IV) L'ÉTUDE 33

1) Objectif de l'étude 33

2) Matériels et méthodes 33

3) Résultats 34

a) Nombre de téléconsultations effectuées 34
b) Nombre de téléconsultations étudiées 35
c) Répartition mensuelle des téléconsultations 36
d) Parité 37
e) Âge des patients 38
f) Récurrence des passages 39
g) Motifs de consultation 39
h) Issue des consultations 40
i) Durée des téléconsultations 41
j) Incidents techniques 42

V) DISCUSSION *43*

1) Perte de données **43**

2) Caractéristiques de l'échantillon **43**

3) Période d'activité **44**

4) Récurrence des passages **45**

5) Motifs de consultation **45**

6) Issue des consultations **46**

7) Durée des téléconsultations **46**

8) Incidents techniques **47**

9) Aparté d'actualité : la téléconsultation, une pratique nationale plébiscitée pendant l'épidémie de Covid-19 **47**

10) Et après ? **48**

VI) CONCLUSION *49*

VII) BIBLIOGRAPHIE *50*

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure n° 1 : Illustration de Willem Einthoven lors de la télétransmission du premier électrocardiogramme. 5

Figure n° 2 : Photo du chariot de téléconsultation. 22

Figure n° 3 : Carte du département de la Manche, le marqueur rouge indique Saint-Georges-de-Rouelley. 25

Figure n° 4 : Histogramme représentant la distribution des médecins généralistes selon différents territoires. 27

Figure n° 5 : Graphique représentant la consommation moyenne d'actes médicaux en médecine générale libérale sur le plan national et sur le territoire de Saint-Georges-de-Rouelley. 27

Figure n° 6 : Photo du Dr Suzy Josroland au cours d'une phase de la téléconsultation. 32

Figure n° 7 : Graphique représentant la variation mensuelle des téléconsultations étudiées selon les années 2019 et 2020. 36

Figure n° 8 : Diagramme circulaire représentant la parité des dossiers étudiés. 37

Figure n° 9 : Diagramme circulaire représentant les tranches d'âges des patients étudiés. 38

Figure n° 10 : Diagramme circulaire représentant en pourcentage les tranches d'âges des patients étudiés. 38

Figure n° 11 : Diagramme circulaire représentant la répartition en pourcentage des documents remis à l'issue de la téléconsultation. 41

Figure n° 12 : Diagramme circulaire représentant les proportions en pourcentage des durées de consultation en minutes. 41

Tableau n °1 : Nombre de téléconsultations effectuées par praticiens selon les années 2019 et 2020. 34

Tableau n ° 2 : Nombre de téléconsultations étudiées par praticiens selon les années 2019 et 2020. 35

Tableau n° 3 : Relevé mensuel du nombre de téléconsultations étudiées selon les années 2019 et 2020. 36

Tableau n° 4 : Nombre et variété des documents remis aux patients. 40

Tableau n° 5 : Nombre d'incidents techniques mensuels selon les années 2019 et 2020. 42

I) INTRODUCTION

La télémédecine est un sujet au cœur de l'actualité de la santé depuis déjà quelques années, notamment du fait des progrès technologiques, principalement dans le domaine de la télécommunication.
En effet, l'avènement et le développement des ordinateurs, webcam, tablettes et particulièrement des smartphones nous permet aujourd'hui de pouvoir bénéficier d'une communication vidéo fiable et adaptée sur le plan technique.
La télémédecine et son cadre légal, juridique, économique ou encore déontologique sont en constante évolution du fait des prouesses technologiques qui offrent chaque jour de nouvelles possibilités.

La définition de la téléconsultation a évolué au fil du temps et des améliorations technologiques. Elle est définie selon le Code de la santé publique comme *« une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (TIC) »* (1).

La télémédecine est un outil majeur de modernisation de notre système de santé, capable d'apporter une réponse aux mutations démographiques et territoriales auxquelles nous sommes confrontés.
La question du vieillissement de la population et des déserts médicaux est un sujet d'actualité brûlant qui nécessite de trouver des modes d'exercice complémentaires.
Régulièrement mises en avant dans les médias, des expérimentations fleurissent, notamment dans notre région.

De cette réflexion est né le projet de télémédecine à Saint-Georges-de-Rouelley, commune française situé dans le département de la Manche, en Normandie.

La commune de Saint-Georges-de-Rouelley ainsi que les communes avoisinantes sont particulièrement impactées par des difficultés d'accès aux soins médicaux.
Pour des raisons démographiques multiples, ces communes voient leur nombre de médecins s'amenuiser rapidement.
Les infirmiers libéraux de ce secteur décrivent des difficultés d'accès à un diagnostic médical pour leurs patients. Faute d'avis médical, ils ont alors recours, tout comme les patients, à un médecin du SAMU pour réguler les prises en charge, ce qui entraîne trop fréquemment un recours aux urgences et des hospitalisations inopportunes.

Afin de pallier ces difficultés, une cellule de télémédecine a été créée. Elle a pour objectif de favoriser l'accès aux soins de la population d'un secteur géographique de densité médicale particulièrement fragile, situé à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, dans le département de la Manche (Saint-Georges-de-Rouelley, Ger, Barenton, Saint-Cyr-du-Bailleul, Saint-Roch-sur-Egrenne, Lonlay-l'Abbaye, Domfront-en-Poiraie).

Ce projet s'inscrit dans une démarche de coopération sanitaire territoriale innovante et a pour ambition de permettre une meilleure organisation de la prise en charge des patients, notamment en évitant des renoncements aux soins ou des délais trop longs, en limitant le déplacement des personnes âgées, en facilitant l'accès de tous à des soins de qualité.

Nous nous intéresserons ici, après une première partie consacrée aux généralités sur la télémédecine, à une étude descriptive de ce projet porté sur deux années de fonctionnement.

II) LA TÉLÉMÉDECINE

1) Définitions et généralités

Le préfixe « télé », vient du grec *τῆλε*, adverbe signifiant « loin » ou « à distance ».

La télémédecine constitue une nouvelle forme de pratique médicale dont le développement est aujourd'hui en pleine expansion. Le numérique et les nouvelles technologies de communication sont utilisés dans notre vie quotidienne, mais également au sein de la pratique médicale quotidienne. L'envoi de documents sécurisés, *via* Internet, est une pratique de plus en plus répandue entre professionnels de santé. On assiste à une dématérialisation des informations médicales au profit du tout numérique. La télémédecine est donc déjà pratiquée par les médecins depuis plusieurs années.

La télémédecine a été définie, pour la première fois en 1997, par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme *« la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique* (2) *»*.

Elle a ensuite été évoquée dans la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie comme permettant *« entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* (3) *»*.

Elle n'a été définie précisément et légalement que par la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) du 21 juillet 2009 comme *« une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* (4) *»*. Elle précise qu'elle *« 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 apportant leurs soins au patient »*. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer le suivi d'un patient, de requérir un avis spécialisé et/ou de réaliser des prescriptions.

On distingue cinq types d'usage, mentionnés dans la même loi HPST :

a) <u>La téléconsultation</u>

Il s'agit d'une consultation entre un médecin et un patient situé à distance. Ce patient peut être accompagné d'une tierce personne, de son entourage ou d'un professionnel de santé, médical ou paramédical. Cette tierce personne permet d'aider à la téléconsultation, en assistant le médecin à distance, par exemple pour placer correctement les instruments de l'examen clinique, comme le stéthoscope ou l'otoscope, et également pour manipuler le matériel informatique du chariot présent auprès du patient.

b) <u>La téléexpertise</u>

Elle a pour but de permettre à un médecin de requérir un avis spécialisé auprès de l'un de ses confrères, situé à distance, au sujet d'un cas de patient complexe.

c) <u>La télésurveillance médicale</u>

Elle permet de suivre et d'interpréter des mesures effectuées à distance, enregistrées et transmises soit automatiquement, soit par le patient ou par un professionnel de santé, qu'il soit médical ou paramédical. Elle peut donner lieu à des décisions concernant la prise en charge du patient.

d) <u>La téléassistance médicale</u>

Elle a pour objectif d'assister un autre professionnel de santé pour la réalisation d'un acte à distance, qu'il soit diagnostique ou thérapeutique.

e) <u>La réponse médicale</u>

Elle est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 (5) et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 du Code de la santé publique (SAMU) (6).

Par ailleurs, le CNOM définit la télémédecine de la manière suivante (7) :

« La télémédecine est une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et de la communication, un patient (et/ou des données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale. »

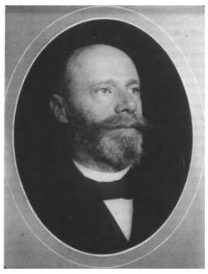
2) Histoire de la télémédecine

a) Dans le monde

La télémédecine n'est pas une pratique nouvelle, elle débute en 1876 avec l'invention du téléphone, qui sera le premier outil exploité en télémédecine.

Mais le premier acte de télémédecine remonte à 1905, lorsque Willem Einthoven, prix Nobel de médecine en 1924, transmet le premier électrocardiogramme par voie téléphonique à une distance de 1,5 km (8) (9).

La télémédecine est pratiquée officiellement depuis 1920, année de la première licence pour radio de service médical aux bateaux publiée à New York (10).
En 1948, la transmission d'images radio est faite, *via* une ligne téléphonique (38 km). En 1959, des consultations en psychiatrie, *via* un réseau vidéo spécialisé (180 km), sont réalisées.
C'est le 8 novembre 1994 qu'a lieu la première démonstration de télémédecine : un examen scanner aux rayons X est piloté depuis l'Hôtel-Dieu de Montréal (Canada) sur un patient situé dans l'appareil de l'hôpital Cochin, à Paris. En 2001, une opération de téléchirurgie est réalisée entre New York, où était le chirurgien, et Strasbourg, où était la patiente, *via* des fibres optiques sur 7 500 km.
En France, le premier acte de télémédecine autorisé et pris en charge par l'Assurance maladie concerne le dépistage de la rétinopathie diabétique par les orthoptistes.



Willem Einthoven

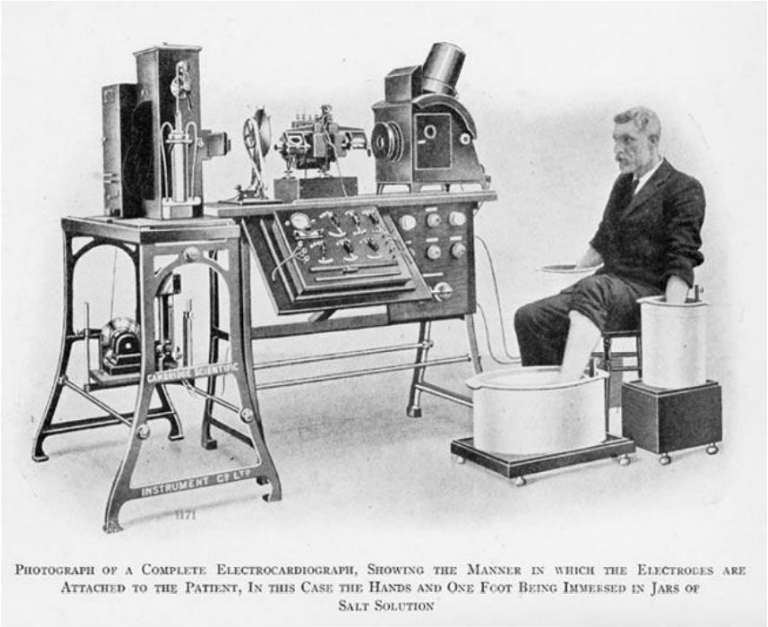


Figure n° 1 : Illustration de Willem Einthoven lors de la télétransmission du premier électrocardiogramme.

b) En France

Si certains pays tels que les États-Unis ou encore les pays d'Europe du Nord font figure de précurseurs, il aura fallu quelques décennies pour que la France se décide à poser les fondements réglementaires de la télémédecine. Les initiatives destinées à accélérer l'usage du numérique en santé sont nombreuses, le Dossier médical partagé est soutenu par les hautes instances de santé publique dès la fin des années 1990, mais son déploiement est laborieux. Il faudra d'ailleurs attendre 2018 pour qu'il soit relancé pour être étendu à l'ensemble des Français.

Du côté des praticiens français, c'est seulement en 2009 qu'est publié un décret encadrant la pratique de la télémédecine. Prudemment, le législateur pose un cadre strict et des garde-fous destinés à éviter certaines dérives commerciales. En 2016, un rapport de l'OMS sur la e-santé en Europe (11) met l'accent sur l'intérêt de soutenir et encourager le déploiement de la télémédecine, par des politiques nationales de santé adaptées. En 2018, soit deux ans plus tard, des négociations sont menées entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins pour définir les modalités de la prise en charge des actes de téléconsultation.

C'est le déclencheur d'une généralisation de cette pratique qui rend accessible la médecine à distance à tous les Français, dans un contexte où la santé souffre d'une démographie médicale en forte baisse et d'une croissance exponentielle du nombre de personnes touchées par la désertification médicale.

Enfin, la dernière évolution en date est l'annonce du remboursement des téléconsultations par l'Assurance maladie depuis le 15 septembre 2018.

3) La législation

La mise en place de la télémédecine a nécessité un encadrement légal très strict.

La définition et le cadre juridique de la télémédecine se sont précisés au fil du temps par l'intermédiaire de plusieurs lois.

Elle a d'abord été évoquée par la loi Assurance maladie du 13 août 2004, dans l'article 32 (3) et intégrée dans le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) (12).
L'article 32 de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie permet d'apporter une première définition de la télémédecine en indiquant qu'elle permet *« entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle*

et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical ».

Jusqu'en 2004, la réalisation de l'examen physique au cours de la consultation était considérée comme la condition préalable et obligée à toute prescription de médicaments. La loi du 13 août 2004, en autorisant l'acte de télémédecine, met fin à l'interdiction de l'exercice médical à distance.

Cette même loi reconnaît la délivrance d'une ordonnance par courriel, par un auteur bien identifié et dont l'intégrité et la confidentialité de la prescription sont bien établies. Un examen clinique du patient doit avoir été fait préalablement sauf en cas d'urgence exceptionnelle.

Mais c'est en juillet 2009 que la France commence à réellement intégrer la télémédecine. La loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoire), dans l'article 78 (4) et dans le Code de la santé publique définit pour la première fois la notion de télémédecine.

Cette loi a ouvert la voie législative et réglementaire pour la télémédecine. Elle a été publiée plus d'un an avant le décret du 19 octobre 2010 (13) et lui a préparé considérablement le terrain. Elle définit à nouveau la télémédecine et précise son champ d'application et ses intérêts pratiques.

« La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle 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 apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».

Par la suite, le décret du 19 octobre 2010 encadre cette pratique en définissant cinq actes de télémédecine précédemment détaillés, à savoir :

- La téléconsultation.
- La téléexpertise.

- La télésurveillance médicale.
- La téléassistance médicale.
- La réponse médicale.

Les prérequis pour l'exercice de la télémédecine ont également été définis dans le décret du 19 octobre 2010 du Code de la santé publique :

- Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne.

- Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication.

- Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant : l'authentification des professionnels de santé, l'identification du patient et l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte, lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.

- Sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine : 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.

a) Une courte phase expérimentale

En 2012, le gouvernement lance le Pacte territoire santé 2012-2015 (14) pour faire reculer les déserts médicaux. Parmi ses douze engagements figure le développement de la télémédecine. Un second plan lui succède jusqu'en 2017 ; il prévoit de favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et les soins urgents.

L'article 36 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014 (15) instaure l'expérimentation de la télémédecine pour une durée de quatre ans à compter du 1er janvier 2014 : le programme ETAPES (16) (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) encourage et soutient financièrement le déploiement de projets de télésanté. Initialement menées dans neuf régions, ces expérimentations s'étendent en 2017 à tout le territoire. Le dispositif ETAPES est reconduit pour quatre ans par la LFSS pour 2018 (article 54) ; il porte sur la télésurveillance de certaines affections de longue durée (ALD).

La Haute Autorité de santé (HAS) est chargée de valider une évaluation de ces expérimentations, en vue d'une généralisation de la télémédecine sur l'ensemble du territoire. Un rapport évaluant le dispositif est rédigé en 2017 par le ministère des Solidarités et de la Santé, puis soumis à la HAS avant sa transmission au Parlement (17).

b) La reconnaissance juridique

La LFSS (Loi de financement de la Sécurité sociale) met fin au caractère expérimental de la télémédecine et fait entrer la téléconsultation dans le droit commun et l'Assurance maladie. Fruit de plusieurs mois de négociations, un accord est signé le 14 juin 2018 entre les syndicats de médecins et la Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM), puis approuvé par un arrêté ministériel du 1er août 2018 (18). Il instaure un cadre légal pour le déploiement de la télémédecine en précisant ses grands principes et ses modalités de fonctionnement.

Depuis le 15 septembre 2018, les actes de téléconsultation sont ouverts à tous les patients et remboursés par l'Assurance maladie comme des consultations classiques s'ils s'inscrivent dans le cadre d'un parcours de soins coordonné (19) (20).

Le patient bénéficiant d'une téléconsultation doit :

- Être orienté initialement par son médecin traitant, sauf s'il n'en a pas désigné un, s'il a moins de 16 ans ou si la consultation relève d'une spécialité médicale d'accès direct : gynécologie, ophtalmologie, pédiatrie, psychiatrie…

- Être connu du médecin consultant, c'est-à-dire avoir eu au moins une consultation physique avec lui au cours des douze derniers mois. Des dérogations existent en cas d'urgence.

Pour pouvoir être remboursée par l'Assurance maladie, la téléconsultation doit aussi être effectuée par vidéotransmission, *via* une plateforme vidéo sécurisée.

Par ailleurs, le plan quinquennal de lutte contre les déserts médicaux lancé en 2017 (21) prévoit d'équiper en matériel de téléconsultation tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les zones à faible densité médicale, pour éviter des hospitalisations inutiles et améliorer la qualité du suivi du patient.

Depuis février 2019, la téléexpertise est également remboursée par l'Assurance maladie (22). Elle est accessible :

- aux personnes atteintes d'une ALD ou d'une maladie rare ;

- aux résidents des zones de faible densité médicale, des EHPAD et des établissements médico-sociaux, ainsi qu'aux détenus.

Elle pourrait par la suite s'ouvrir aux autres catégories de patients.

Annoncée en septembre 2018 par le président de la République, la stratégie « Ma santé 2022 » (23) (24) propose une vision d'ensemble du système de santé pour les années à venir et réaffirme le rôle de la télémédecine au sein de cette nouvelle organisation.

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé (25) met en œuvre une partie des mesures avancées par la stratégie. Elle confirme la place cruciale de l'e-santé. Elle prévoit la création d'un espace numérique de santé pour chaque usager, de même que le développement de la télémédecine et des télésoins.

4) Enjeux et objectifs

a) Enjeux

Le gouvernement souhaite que la télémédecine puisse devenir rapidement une pratique quotidienne car elle présenterait de nombreux avantages.

- L'accès aux soins : la désertification médicale est un des plus importants défis que la santé devra relever. Dans les zones où la ressource médicale est insuffisante, la télémédecine pourrait favoriser l'accès aux soins, en rapprochant virtuellement médecins et patients, et constituer ainsi une des réponses aux déserts médicaux.

- La diminution des dépenses de santé : la télémédecine permettrait d'éviter de nombreuses hospitalisations, consultations spécialisées et transports sanitaires. Elle représente donc un enjeu financier important en permettant de diminuer, à terme, les dépenses de santé.
C'est ce que montre l'analyse, réalisée par la société Syntec Numérique en avril 2012 (26), de plusieurs études concernant quatre pathologies chroniques (diabète, hypertension artérielle, insuffisances cardiaque et rénale) ayant fait l'objet de programmes de télémédecine.

- La collaboration médecins généralistes/spécialistes : la télémédecine pourrait aussi renforcer la collaboration entre médecins généralistes et spécialistes. En effet, la téléexpertise permet de mettre en lien rapidement deux médecins, qui peuvent alors échanger directement au sujet d'un patient. Cette pratique aurait aussi pour conséquence une réduction du nombre de consultations spécialisées, et donc une réduction des délais d'attente.

Dans tous les cas, la télémédecine ne doit pas se substituer aux pratiques actuelles et ne peut être appliquée que dans un cadre strict. La confidentialité des données médicales et administratives doit être garantie, les locaux adaptés, le profil des patients pouvant prétendre à une téléconsultation doit être défini précisément, et la place du médecin traitant dans le parcours de soins doit être maintenue.

b) Objectifs

Selon la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) (27), la télémédecine doit permettre d'améliorer la performance de notre système de santé. Elle est considérée comme une réponse organisationnelle et technique aux problèmes actuels, du fait des données épidémiologiques (vieillissement de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de polypathologies), démographiques (inégale répartition des professionnels sur le territoire national) et économiques (contrainte budgétaire).

Pour répondre à ces enjeux, la DGOS a défini trois objectifs auxquels doit répondre la télémédecine :

- Améliorer l'accès pour tous à des soins de qualité sur l'ensemble des territoires, notamment dans les zones enclavées ou sous denses en matière de professionnels de santé, mais aussi pour les patients handicapés peu mobiles.

- Améliorer la coordination entre les professionnels et les structures de soins ambulatoires hospitaliers et médico-sociaux.

- Améliorer le parcours de soins des patients.

L'objectif de la télémédecine n'est évidemment pas de se substituer à la médecine dans tous les domaines. C'est une des réponses à la mutation de notre système de santé dont il s'agit d'améliorer les performances et ainsi de lutter contre les inégalités d'accès aux soins en offrant des solutions techniques et organisationnelles à des problématiques :

- Épidémiologiques (vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques).

- Démographiques (inégalités de répartition des professionnels de santé sur le territoire).

- Économiques (réductions des coûts liés aux transports et d'hospitalisations).

Par ailleurs, la DGOS a identifié cinq chantiers prioritaires souvent en rapport avec des expérimentations ayant déjà démontré une certaine efficacité, permettant ainsi une généralisation plus facile :

- La permanence des soins en imagerie médicale.

- La prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.

- La santé des personnes détenues.

- La prise en charge d'une maladie chronique.

- Les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD).

Ces priorités nationales valables jusqu'en 2017 étaient assez restrictives et laissaient peu de place au secteur ambulatoire.

Chaque ARS doit élaborer un Programme régional de télémédecine. Les bénéfices attendus par la DGOS, publiés dans son « Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine (28) », sont au profit des trois acteurs du système de santé : les patients, les professionnels de santé et les pouvoirs publics.
Pour le patient, les bénéfices attendus consistent en une prise en charge adaptée, une réduction des délais de prise en charge, une diminution de la fréquence et de la durée des hospitalisations, et un maintien à domicile ou au sein de structures médico-sociales. Au final, c'est l'amélioration de la qualité de vie qui est visée.
Pour les professionnels de santé, les bénéfices attendus sont d'ordre organisationnel, à savoir une meilleure coordination entre premier et second recours, ainsi que la fin de l'isolement des professionnels exerçant en zones sous denses.
Enfin, pour les pouvoirs publics, les bénéfices attendus consistent en l'optimisation de l'organisation des soins pour les ARS, le maintien de dispositifs sanitaires de qualité dans les zones sous denses et la prévention de complication pour les patients atteints de maladies chroniques.

5) Déontologie et éthique

a) Aspect déontologique

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié dès janvier 2009, avant la première mention dans la loi française, des préconisations sur l'exercice de la télémédecine (29). Elles jettent les bases déontologiques encore en vigueur aujourd'hui :

- La réalisation d’un acte de télémédecine doit être fondée sur une nécessité justifiée par l’absence dans la proximité géographique du patient d’une offre de soins similaire de même qualité.

- Le patient doit être informé de la nécessité, l’intérêt, les conséquences et la portée de l’acte ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour sa réalisation, et doit donner librement son consentement.

- Le secret professionnel doit être respecté par toutes les personnes qui assistent le médecin, au cours de cette activité, dans l’obtention des données personnelles de santé, comme dans la circulation et les échanges de ces données, que celles-ci soient cliniques, biologiques, fonctionnelles, anatomiques ou thérapeutiques.

- Les coopérations entre médecins, ou entre médecins et autres professionnels de santé impliqués dans un protocole de télémédecine, doivent respecter les champs de leurs compétences réciproques afin que chacun reste responsable de ses actes et de ses décisions.

- L’acte thérapeutique qui découlerait immédiatement d’un acte diagnostique effectué par télémédecine doit être couvert par la responsabilité médicale du médecin qui le prescrit sans exclure celle du médecin ou du professionnel de santé qui le réalise.

- La réalisation d’un acte professionnel par télémédecine doit être reconnue et valorisée pour tous les médecins et autres professionnels qui y participent et ne doit pas s’apparenter à une pratique de dichotomie ou de compérage.

- Tous les professionnels impliqués doivent être en situation d’exercice légal de leurs professions, en France ou sur le territoire de l’Union européenne. À cet égard, ils doivent être inscrits en ce qui concerne la France aux tableaux de leurs Ordres respectifs, et couverts par une assurance en responsabilité précisant le lieu de compétence juridictionnelle.

- Le médecin, lors d’une activité faisant appel à la télémédecine, doit formuler ses demandes et ses réponses avec toute la clarté indispensable et veiller à leur compréhension par son interlocuteur : médecin, professionnel de santé ou professionnel technique qualifié dans l’usage des instrumentations utilisées.

- Le médecin doit connaître l’usage, le maniement et les limites des technologies qui sont mises en œuvre, et doit faire appel, en tant que de besoin, à des tiers compétents dans l’utilisation des technologies les mieux adaptées à la situation.

- Le médecin doit pouvoir s'assurer de la compétence de ces tierces personnes ainsi que du respect du secret professionnel auquel elles sont aussi personnellement soumises.

- Les documents générés dans la pratique de la télémédecine doivent être tracés et faire l'objet d'un archivage sécurisé en étant considérés comme partie intégrante des dossiers professionnels des médecins impliqués ou des dossiers d'établissements de santé.

- Les médecins ayant contribué à un acte de télémédecine doivent consigner dans les conclusions de cet acte que la continuité de la prise en charge et des soins qu'ils ont indiqués seront assurés par des tiers compétents, s'ils ne peuvent y pourvoir eux-mêmes.

Dans son rapport publié deux ans plus tard, en 2011, intitulé « Déontologie médicale sur le Web » (30), le CNOM exclut le téléconseil du champ de la télémédecine dans la mesure où cette activité marchande est contraire à la déontologie médicale.

Les droits du patient sont clairement établis par le Conseil national de l'Ordre des médecins : *« Les droits des patients s'imposent de la même manière dans les situations de télémédecine que dans le cadre aujourd'hui habituel des soins. »*

Par cette phrase, le CNOM résume l'esprit de l'ensemble des textes réglementant l'usage de la télémédecine. De manière conjointe au rappel du Code de déontologie médicale, et la légitimité pleine et entière de son application au champ de la télémédecine, il rappelle également les principes édictés par la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 (31) et repris dans les lois sur les dossiers médicaux. Le secret professionnel doit être respecté, et toutes les sécurités informatiques nécessaires au maintien de ce secret doivent être mises en place.

Le CNOM précise en outre que si un patient éprouve, quel que soit le motif, des réticences ou manifeste son opposition à l'utilisation de moyens informatiques, le praticien se doit de respecter son choix et de ne pas lui forcer la main. Il exclut enfin la réalisation de téléconsultations d'annonces de diagnostics graves, celles-ci devant nécessairement et impérativement se dérouler dans le cadre strict du colloque singulier.

La loi précise que *« les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne […]. Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication. »* En outre, *« le consentement exprès de la personne […] peut être exprimé par voie électronique. »*

Les droits et devoirs des professionnels de santé élaborés par le CNOM se résument ainsi :

« Les obligations des médecins dans le contexte d'une pratique de la télémédecine résultent de l'application des règles communes de la déontologie médicale. Celles-ci prennent néanmoins une nouvelle dimension du fait de la nécessité de préciser leur interprétation dans cette application. Il convient également de définir le champ de responsabilité de chaque professionnel participant à l'acte de télémédecine. »

Il est donc rappelé par le CNOM que les obligations des médecins exerçant la télémédecine sont les mêmes que celles qui régissent leur pratique en consultation. La responsabilité médicale ordinale devra s'appliquer, notamment par l'intermédiaire de la jurisprudence.

Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant :

- L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte.
- L'identification du patient.
- L'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte.

La loi impose donc la tenue d'un dossier médical d'intervention et d'une fiche d'observation (partie intégrante du dossier médical, sur laquelle seront rapportées toutes les observations cliniques). La responsabilité de la prise des renseignements précités incombe à chacun des intervenants.

b) <u>Aspect éthique</u>

Sur le plan éthique, la consultation médicale, qu'elle soit en présence du patient ou à distance, repose sur les mêmes fondements. Le médecin doit faire preuve d'empathie, respecter le secret médical et les autres règles énoncées dans le serment d'Hippocrate.

Cependant, la pratique de la télémédecine soulève des questionnements éthiques spécifiques :

Le patient doit être conscient des enjeux, informé des modalités de réalisation de l'acte et donner son accord à la réalisation de celui-ci.

Le praticien doit être en mesure de reconnaître et d'accepter d'éventuelles limites techniques rendant l'acte de télémédecine non optimal. L'intérêt premier du patient doit primer à tout moment, et si les conditions ne sont pas réunies, il faut être en mesure de réorienter le patient vers une voie classique.

La télémédecine peut requérir la présence d'un tiers auprès du patient. Celui-ci peut être un autre professionnel de santé, mais aussi parfois un aidant qui doit se sentir en mesure d'assurer cette tâche. Cette délégation de responsabilités et le respect du secret médical doivent être intégrés.

La « confidentialité des renseignements de santé » est également un élément sensible d'autant plus qu'ils sont confiés à une société privée. Celle-ci doit être en mesure de les protéger durant toutes les étapes allant de la prise du rendez-vous au stockage des données médicales. Définir de manière précise qui a le droit d'accéder aux données et à quelles données, assurer une traçabilité sans faille sont des prérequis indispensables.

6) Les différentes étapes de la téléconsultation

a) La phase conversationnelle

Essentielle si elle est bien menée, elle permet de faire le diagnostic dans un tiers des cas. C'est dès cet instant que se bâtit la relation médecin-patient (32).

Tout commence par l'accueil. La traditionnelle poignée de main étant impossible, un salut et un sourire à l'écran permettent de partir sur de bonnes bases. Une fois les présentations faites, le médecin va recueillir le motif de la consultation, le contexte et les attentes du patient avant de se lancer dans un interrogatoire ciblé.

Durant toute cette phase, le médecin observe le comportement et l'aspect général du patient (pâleur, agitation, difficultés respiratoires…).

Afin de créer le lien et s'affranchir de la distance, les écrans doivent être à taille humaine et la retransmission de qualité. Si l'on ose aller plus loin, on peut estimer que le traditionnel ordinateur trônant sur le bureau du médecin et sur lequel il a parfois les yeux rivés est parfois plus intimidant pour le patient que l'écran orienté vers lui où il voit nettement son interlocuteur.

Les nombreux exemples de télémédecine en psychiatrie, discipline reposant uniquement sur la conversation, montrent bien que ce mode de communication n'est pas un facteur limitant.

b) La phase d'examen physique

Afin d'étayer son diagnostic, le médecin doit réaliser un examen clinique comprenant une inspection ciblée, l'auscultation, la palpation et la percussion. Cette étape ne peut se faire sans l'aide d'une tierce personne auprès du patient, généralement un infirmier, afin de manipuler les différents outils nécessaires.

L'inspection est rendue facile par une caméra de bonne qualité, permettant de zoomer sur des lésions avec parfois un meilleur résultat qu'à l'œil nu. Des outils d'inspection spécialisés connectés à la station de téléconsultation (otoscope, dermatoscope, caméra portative) permettent de pratiquer un examen ciblé si besoin. Toutes les images peuvent directement être intégrées au dossier médical du patient afin notamment de suivre une évolution.

La palpation et la percussion ne peuvent être réalisées directement par le médecin, mais par l'intermédiaire de l'assistant. C'est un peu le point faible de la téléconsultation.

L'échographe connecté est un outil intéressant permettant de suppléer l'absence de toucher direct.

L'auscultation se déroule à l'aide de l'infirmier qui pose le stéthoscope aux endroits nécessaires. Les stéthoscopes électroniques existent depuis plusieurs années maintenant et leur rendu sonore est de bonne qualité, disposant même d'amplification et de filtres.

c) La sortie de consultation

Une fois l'examen physique terminé, le patient et le médecin échangent et décident ensemble des éventuelles explorations complémentaires à réaliser et du traitement. Ici se bâtit l'alliance thérapeutique. La synthèse et les informations nécessaires sont consignées dans le dossier médical du patient.

Dans la plupart des cas, le médecin rédige une ordonnance qui sera directement imprimée et remise au patient.

La facturation, étape ultime, peut se faire à l'aide de la carte Vitale du patient ou d'une feuille de soins papier.

In fine, et en guise de synthèse à l'acte de télémédecine, sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine :

- 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.
- Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

7) Cotation et facturation

Remboursée depuis septembre 2018 en France, la télémédecine n'est pourtant pas une nouveauté sur le territoire. Encadrée depuis 2009 par un décret qui en avait institutionnalisé les premières expérimentations, elle est passée à la vitesse supérieure et est devenue accessible au plus grand nombre.

Depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation est remboursée par l'Assurance maladie. Elle est utilisable par les médecins correspondants dans le cadre du parcours de soins et par les médecins traitants directement pour leurs patients.

Sur le plan technique, deux exigences ont été posées :

- Le recours à une liaison vidéo afin de garantir la qualité des échanges.
- L'utilisation d'une solution sécurisée pour protéger les données médicales, confidentielles et sensibles par nature.

La cotation est spécifique, mais la rémunération équivalente aux actes NGAP de base classiques est limitée aux consultations de référence (pas d'actes complexes), avec les majorations habituelles.

La cotation APC n'est pas admise pour les avis de second recours.

Les actes sont facturables selon les règles générales par FSE (feuille de soins électronique) dégradée sans obligation de compléter par une FSP (feuille de soins papier) ou par l'envoi d'une feuille de soins papier.

a) Cotations TCG et TC

Le TCG est réservé aux médecins généralistes secteur 1 et OPTAM et aux actes sans dépassement des secteurs 2 (33). Si un médecin généraliste secteur 2 facture en tarif opposable, il cotera TCG, s'il facture avec dépassement, il cotera TC. Le médecin généraliste OPTAM facture toujours en TCG.

Le TCG correspond, pour la télémédecine, au G/GS des actes présentiels, et le TC au C/CS. On applique toutes les majorations justifiées pour ces actes, comme on les aurait appliquées pour un acte présentiel, avec les mêmes conditions et les mêmes valeurs.

La télémédecine est tarifée comme les autres actes : tiers payant obligatoire pour les CMU, ACS, accidents du travail, maternité, ALD, urgences…

À noter l'apparition d'un événement singulier, lié à l'état d'urgence sanitaire pendant la crise du COVID-19 : celui de la facturation TCG par téléphone pour les patients en ALD (affection longue durée) et les patients COVID positif. Cela permet aux patients éloignés de leur médecin traitant et en période de confinement de disposer a minima d'une consultation et de conseils médicaux par téléphone. Mesure qui a été effective du 4 avril 2020 au 1er juin 2021.

b) Facturation

Lorsque le patient n'est pas pris en charge à 100 % ou lorsque le paiement du ticket modérateur par la mutuelle est complexe (ce qui est le cas habituel) ou que le médecin pratique des dépassements, il faut que celui-ci dispose d'un système d'encaissement.

Ce n'est pas un problème : l'achat de services par Internet avec paiement par Carte Bleue ou service de type Paypal est devenu une pratique courante.
Idéalement, comme sur n'importe quel site d'achat en ligne, le patient doit se voir proposer plusieurs modalités de paiement et le médecin bénéficier d'un service de qualité.
Le paiement direct par le patient peut évidemment éviter l'utilisation du tiers payant si le médecin ne veut pas le pratiquer.

En pratique, le médecin réalisera une feuille de soins. En attendant que la reconnaissance de la carte Vitale à distance soit admise par le GIE SESAM-Vitale et l'Assurance maladie, il faut réaliser soit une feuille de soins électronique selon le mode dégradé, soit une feuille de soins papier.

À noter que, depuis le 15 septembre 2018, la FSE dégradée dédiée à la télémédecine ne nécessitera plus d'envoi complémentaire de feuille de soins papier en dérogation à la règle générale.

Au début de l'épidémie au Covid-19 en mars 2020, le ministère des Solidarités et de la Santé autorise le remboursement à hauteur de 100 % par l'Assurance maladie de la téléconsultation faite par liaison vidéo, au moins jusqu'au 31 décembre 2021. Du 4 avril au 1er juin, la téléconsultation par téléphone pour les patients dépourvus de moyen de connexion vidéo, est également remboursée à 100 % par l'Assurance maladie (34).

III) LE PROJET DE SAINT-GEORGES-DE-ROUELLEY

1) Description du projet

La commune de Saint-Georges-de-Rouelley ainsi que les communes avoisinantes sont particulièrement impactées par des difficultés d'accès aux soins médicaux.
Suite à des discussions entre Raymond Bechet, maire de Saint-Georges-de-Rouelley, et le Pr Sabatier, médecin spécialiste à Caen et professeur de télémédecine de l'Université de Caen, l'idée a germé d'expérimenter la téléconsultation en zone de revitalisation rurale (35) (36) (37).

Une réunion d'information auprès des élus du Sud Manche et du bocage ornais et des professionnels de santé a été organisée en novembre 2017 avec une démonstration d'une association alsacienne et une conférence du Pr Sabatier.

Les participants ont pris connaissance d'un nouveau mode de médecine générale et ont pris conscience de l'objectif que la collectivité voulait atteindre.

Une étude épidémiologique, dirigée par le Pr Le Coutour, a donc été lancée afin de connaître au plus près les besoins de la population dans le domaine de la santé, ainsi que l'offre de soins déjà existante.

Un comité technique, composé de référents locaux, d'élus, de professionnels de santé, de services de l'État, d'organisations professionnelles et de partenaires techniques, a été constitué afin de travailler sur la mise en place du projet. La première réunion a eu lieu le 27 septembre 2017.

Chaque réunion était suivie par l'ensemble des acteurs très impliqués et qui souhaitaient vivement que le projet aboutisse.

Un comité de pilotage, composé principalement des potentiels financeurs et des professionnels de santé, a été créé pour prendre les décisions suite aux propositions du comité technique.

2) Partenaires et investissements

Afin de mener à bien ce projet, plusieurs partenaires ayant des rôles différents ont été amenés à intervenir.

- L'ARS (Agence régionale de santé), principal partenaire financier du projet. L'ARS Normandie prend en charge les salaires de la cellule de coordination, les actes infirmiers libéraux, une partie du matériel et des charges courantes des locaux.

- La Région Normandie finance à 50 % l'étude d'ingénierie avec la commune de Saint-Georges-de-Rouelley et coparticipe aux formations des médecins et des infirmiers avec l'ARS, ainsi qu'au salaire du directeur médical de la cellule de coordination.

- La Communauté d'agglomération Mont-Saint-Michel Normandie finance les frais de raccordement à la fibre, l'abonnement Internet, aux logiciels et la maintenance du matériel.

- Le Conseil départemental de la Manche finance 80 % du matériel de la télémédecine et du mobilier de la salle de téléconsultation.

- L'URML (Union régionale des médecins libéraux) a accueilli initialement dans ses locaux la cellule de coordination. Elle a initié une charte régionale télémédecine en concertation avec tous les partenaires impliqués, pour garantir un projet médical partagé et répondre aux besoins de la population normande.

- Une association locale a été créée « Association de télémédecine à Saint-Georges-De-Rouelley », dans le but d'accueillir les financements et être la structure logistique porteuse. Le but de cette association est aussi de fédérer les professionnels de santé du territoire.

- Les Caisses primaires d'Assurance maladie et la MSA ont apporté une aide précieuse lors de l'étude préalable et ont participé à la mise en œuvre opérationnelle du projet, notamment dans la relation avec les assurés sociaux.

- L'URPS Infirmiers de Normandie a collaboré à la construction de ce projet qui peut permettre une attractivité supplémentaire du territoire pour les professionnels de santé. Les infirmiers libéraux sont présents auprès du patient.

- La Direction départementale des territoires et de la mer de la Manche accompagne la commune de Saint-Georges-de-Rouelley dans le cadre de ses missions conseils, par son rôle d'ensemblier et de facilitateur, pour une mise en œuvre des politiques publiques de l'État.

- Le NeS, groupement de coopération sanitaire e-santé de Normandie, grâce à sa plateforme régionale de télémédecine Therap-e, a permis d'offrir aux professionnels de santé et aux patients une infrastructure permettant de téléconsulter dans des conditions de qualité et de sécurité optimales.

- Dans un second temps, une autre entreprise de télémédecine a fait son apparition, Hopi Medical, fournissant son logiciel TeleMedica, afin de s'adapter au mieux aux exigences de la médecine

générale et permettant le recours à l'utilisation du DMP (dossier médical partagé) et du chariot de télémédecine, précieux outil logistique.

- Tous les médecins participant à ce projet de télémédecine sont partie prenante dans un regroupement de maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires, conventionnées par l'ARS Normandie et l'UFR santé de l'Université Caen Normandie.

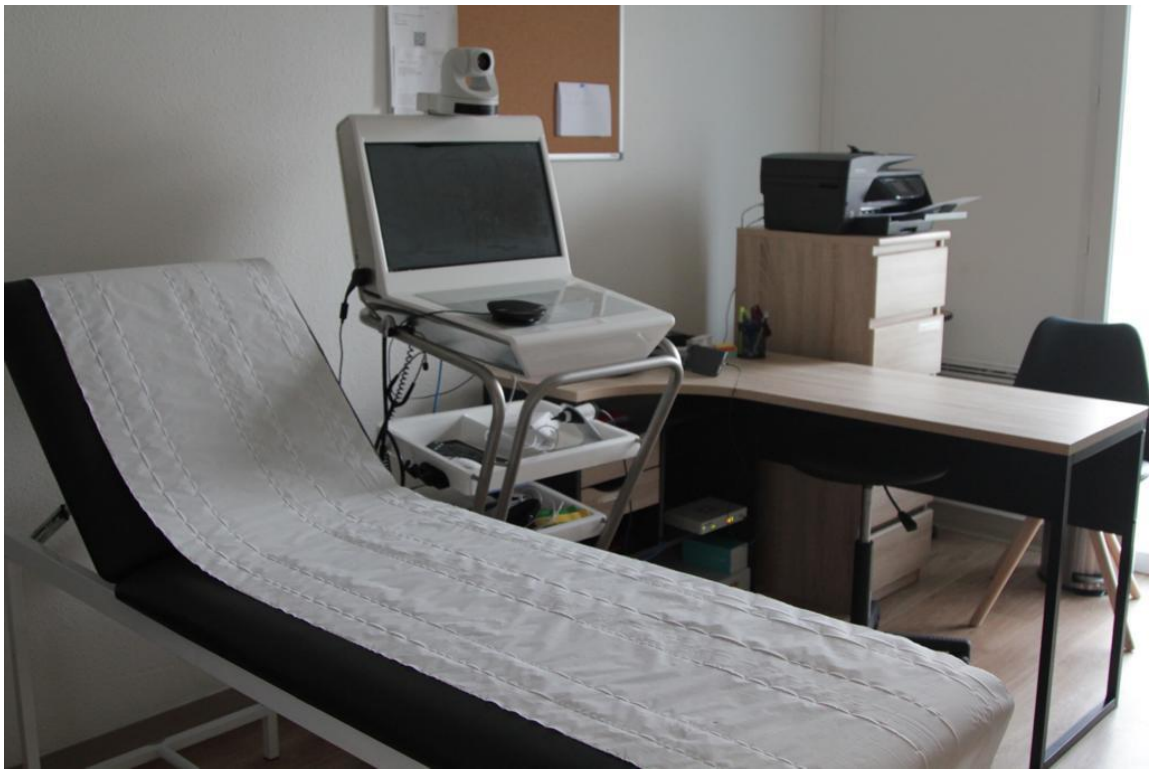


Figure n° 2 : Photo du chariot de téléconsultation.

3) Pourquoi de la télémédecine à Saint-Georges-de-Rouelley

a) Assurer le soin de patients sans médecin traitant

Pour des raisons démographiques multiples, la commune de Saint-Georges-de-Rouelley ainsi que celles des alentours voient leur nombre de médecins s'amenuiser rapidement. Il devenait donc nécessaire de pallier ce déficit, *via* une solution alternative, afin d'assurer le soin des patients sans médecin traitant.

b) Diminuer les retards diagnostics

Les infirmiers libéraux décrivent des difficultés d'accès à un diagnostic médical pour leurs patients. Faute d'avis médical, ils font alors appel, tout comme les patients, à un médecin du SAMU pour réguler les prises en charge, ce qui entraîne trop fréquemment un recours aux urgences et des hospitalisations inopportunes.

c) Limiter les recours aux hospitalisations inopportunes

Durant ces cinq dernières années, la fréquentation des urgences normandes a augmenté de 15 %, mais le taux d'hospitalisation à l'issue d'un passage a diminué en passant de 24 % à 18 %. Dans le même temps, le taux d'hospitalisation des plus de 80 ans est passé de 49 à 53 %, alors qu'il est resté stable à 45 % dans la France entière. La Manche est l'un des départements ayant les taux les plus élevés, avec 57 % de taux d'hospitalisation des plus de 80 ans et 63 % des plus de 80 ans hospitalisés à l'issue de leur passage aux urgences.

d) Éviter les passages aux urgences

En Basse-Normandie, le taux de passage aux urgences (356/1 000 habitants) est supérieur à celui de France métropolitaine (301/1 000 habitants). Au niveau départemental, la Manche présente un taux de recours élevé (319/1 000 habitants).

e) Diminuer les transports sanitaires

La situation géographique de Saint-Georges-de-Rouelley et de son territoire complique l'accès aux soins de premier recours, puisque la zone est une des rares de la région situées à plus de 30 minutes des urgences les plus proches.

Étant donné sa population âgée et souvent faiblement mobile, cela implique nécessairement un recours aux transports sanitaires plus élevé, avec des difficultés d'organisation (mobilisation des transports sanitaires et coûts inhérents).

4) Mise en œuvre opérationnelle

Près d'une vingtaine de professionnels de santé sont mobilisés, infirmiers libéraux du territoire et médecins généralistes de différents PSLA du Sud Manche.

La maison médicale à Saint-Georges-de-Rouelley, lieu du déroulement des téléconsultations, est équipée d'une salle connectée avec des outils médicaux habituels :
- balance ;
- thermomètre ;
- saturomètre ;
- stethoscope ;
- caméra ORL ;
- ECG.

Les professionnels de santé :

- sont équipés d'un ordinateur et d'une connexion sécurisée pour protéger les données médicales ;

- effectueront des téléconsultations intégrées aux parcours de soins existants.

La cellule de coordination régionale de télémédecine permet aux patients d'avoir accès à un secrétariat de prise de rendez-vous et de bénéficier d'un véritable accompagnement avant, pendant et après leur consultation.

Un infirmier libéral assurera des permanences afin de recevoir le patient et de réaliser la téléconsultation.

Dans un premier temps, le projet est à destination des patients sans médecin traitant sur Saint-Georges-de-Rouelley et ses alentours. Le cabinet de télémédecine évoluera progressivement vers une population plus large, dans le respect de la convention médicale.

5) Un projet en lien avec les objectifs du Projet régional de santé

Le Programme régional de télémédecine (PRT) constitue l'un des programmes spécifiques composant le Projet régional de santé (PRS). À ce titre, le projet s'inscrit dans les orientations et les schémas d'organisation souhaités par le PRT.

Les objectifs principaux sont de :

- Renforcer l'attractivité territoriale pour l'exercice des professions de santé.

- Garantir à l'usager l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité.

- Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité.

- Assurer une démarche d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des services et interventions en santé.

- Mettre l'innovation au service du système de santé.

- Favoriser l'innovation à la fois en matière d'organisation et de pratiques professionnelles : développement des coopérations et du partage de compétences.

- Promouvoir des lieux de vie favorables à la santé et contribuer à renforcer l'inclusion et le maintien en milieu ordinaire.

6) Secteur et populations ciblés

Le territoire du projet comporte 8 140 habitants. Dans un premier temps sont concernés les patients résidant à Saint-Georges-de-Rouelley et dans les communes limitrophes (Ger, Barenton, Saint-Cyr-du-Bailleul, Saint-Roch-sur-Egrenne, Lonlay-l'Abbaye, Domfront-en-Poiraie).

Figure n° 3 : Carte du département de la Manche, le marqueur rouge indique Saint-Georges-de-Rouelley.

Caractéristiques de la population ciblée :

- L'indice de vieillissement est le plus élevé de la Manche (91,4), qui a une population plus âgée que les autres départements et un nombre de jeunes de moins de 20 ans diminuant depuis 15 ans.

- La part des 75 ans et plus représente environ 12 % de la population dans ce département, contre 9,6 % en Normandie et 9,2 % en France.

- À Saint-Georges-de-Rouelley et alentours, c'est encore plus marqué avec des proportions de personnes âgées de 75 ans et plus variant de 14 à 24 %.

- 17 % de patients sont sans médecin traitant.

Les pathologies et motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés sont les suivants :
- soins de premier recours ;
- cardio-neuro-vasculaires ;
- diabète ;
- affections longue durée (ALD), qui représentent 22 %.

Le pourcentage de patients à la CMU sur ce territoire est inférieur à la moyenne de la Basse-Normandie (5,8 %), elle-même très inférieure à la moyenne de la France entière (8 %).

7) Porteurs : mairie et URML

a) La mairie de Saint-Georges-de-Rouelley

La commune est située à la frontière de la Manche et de l'Orne, dans une zone rurale et peu dense en population. Elle compte 562 habitants.

La situation démographique médicale de Saint-Georges-de-Rouelley et de ses communes avoisinantes s'est dégradée.

Avant que la pénurie de médecins n'aboutisse à une situation insoluble, le maire de Saint-Georges-de-Rouelley a fait appel aux conseils du Pr Rémi Sabatier, directeur scientifique du projet et du Dr Grégory Szwarc, directeur médical du projet.

b) L'union régionale des médecins libéraux de Normandie

L'Union régionale des médecins libéraux de Normandie, représente les 5 000 médecins libéraux (généralistes et spécialistes) de la région et participe à l'organisation de l'offre de soins régionale.

Ses missions : l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, l'organisation de l'exercice professionnel, des actions dans le domaine des soins, la prévention, le déploiement et l'utilisation des systèmes d'information partagés et de la télémédecine, la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique, pour construire la médecine libérale de demain.

8) Démographie médicale

Saint-Georges-de-Rouelley est située dans une zone de densité de professionnels de santé très faible et donc avec un temps d'accès à un médecin plus long.

L'accès aux soins médicaux dans ces territoires est fragilisé par une démographie médicale locale elle aussi vieillissante, avec une proportion de médecins de plus de 60 ans très supérieure aux moyennes régionales ou nationales.

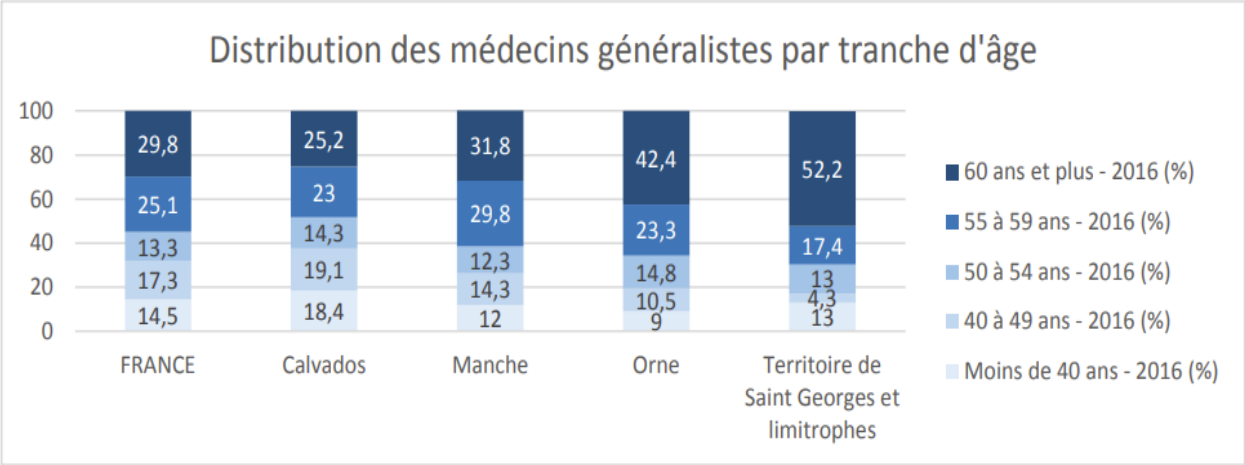


Figure n° 4 : Histogramme représentant la distribution des médecins généralistes selon différents territoires.

Chez les assurés sociaux de 75 ans et plus, on voit nettement un décrochage, ces dernières années, chez les bénéficiaires du territoire (en orange), comparé à la moyenne française. Cela est vraisemblablement dû à la pénurie de temps médical disponible et entraîne nécessairement les risques suivants : rupture dans le suivi, retard diagnostic, renoncement aux soins.

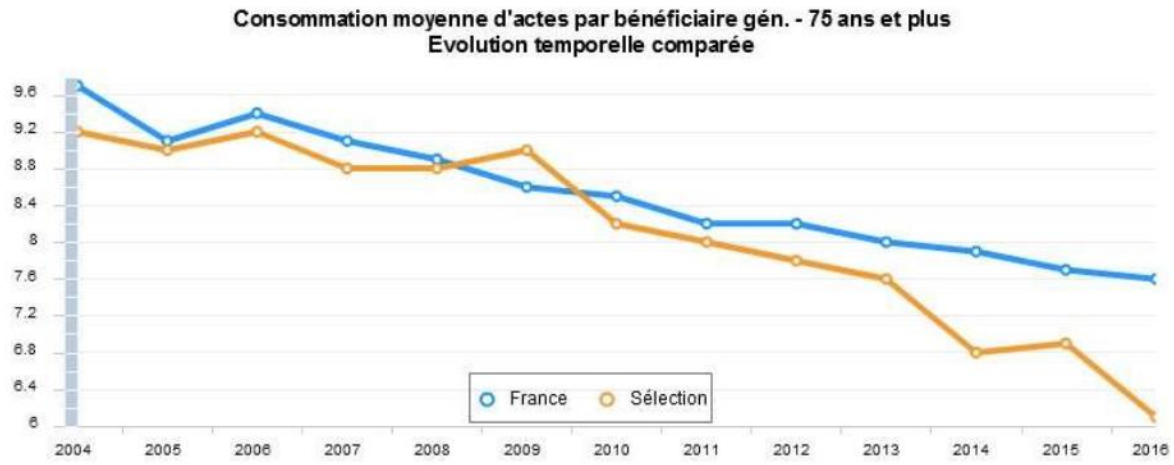


Figure n° 5 : Graphique représentant la consommation moyenne d'actes médicaux en médecine générale libérale sur le plan national et sur le territoire de Saint-Georges-de-Rouelley.

9) Nouvelle pratique médicale

a) Solution retenue

Celle d'une offre de soins complémentaire à celle existante au moyen de la télémédecine. Sur le plan technique, il a été décidé d'équiper une salle avec des outils médicaux de téléconsultation.

b) Les médecins généralistes

Plusieurs médecins généralistes se sont engagés dans ce projet, exerçant tous dans un PSLA dans un rayon proche de Villedieu-les-Poêles, Granville, et connaissant parfaitement le territoire normand.

Ces médecins sont pour la plupart des maîtres de stage (dont l'un d'entre eux est directeur du Département de médecine générale à la faculté de médecine de Caen). L'implication de médecins formateurs permettra de faire connaître cette pratique aux étudiants en médecine.

En 2020, la gestion sanitaire de Covid-19 a contraint certains médecins à réduire et/ou arrêter le projet. Le Dr Szwarc, directeur médical de cette expérimentation, a débuté la pratique de téléconsultation pour continuer à assurer une offre de soins aux patients.

c) Accord conventionnel

Un accord est signé le 25 août 2018 sur les conditions de déploiement de la télémédecine en France : l'avenant n° 6 à la Convention nationale entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie.

Le développement de la télémédecine est essentiel, car il apporte une réponse aux défis actuels et à venir de notre système de santé : les difficultés d'accès aux soins sur le territoire, notamment dans les zones sous denses, et le suivi régulier des patients rendu nécessaire par l'allongement de la durée de vie et l'accroissement des maladies chroniques.

En effet, cette pratique médicale, fondée sur le recours aux nouvelles technologies, permet de :

- simplifier la prise en charge et le suivi des patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques ;

- améliorer la qualité de vie des patients, en facilitant le maintien dans leur lieu de vie et l'autonomie des personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques ;

- faciliter l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire et mieux articuler les prises en charge individuelle ou pluridisciplinaire.

10) La téléconsultation

a) La facturation

La téléconsultation sera facturée par le médecin au tarif de 25 euros (TCG), comme une consultation en face-à-face.

Le médecin enverra la feuille de soins directement à l'Assurance maladie par télétransmission en mode dégradé, soit en feuille de soins papier, sans utiliser la carte Vitale.

La téléconsultation sera prise en charge comme une consultation classique : 70 % remboursés par l'Assurance maladie et 30 % par la complémentaire (prise en charge à 100 % pour les soins concernant des affections longue durée).

b) Tiers payant

Le tiers payant sera appliqué dans son intégralité pour tous les patients pour lesquels il constitue un droit (patients en ALD, femmes enceintes, bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS). Pour les autres patients, il pourra être réalisé par le médecin sur la part obligatoire. Pour rappel, au moment de la crise sanitaire, les téléconsultations ont été intégralement prises en charge.

c) La télétransmission des données

Toutes les données transmises sont chiffrées en https, donc sécurisées.

- Les flux « Visio » et biomédicaux synchrones (caméra main, stéthoscope tensiomètre, glucomètre, stéthoscope numérique…) transitent dans un réseau privé Norm@n du NeS dès lors que les acteurs y sont connectés, puis par le réseau HOPI (dû à un changement de dispositif).

- Les dispositifs biomédicaux sont directement connectés sur un concentreur dans une salle de télémédecine de l'établissement de santé.

- Dans le cadre d'un acte de télémédecine pour un patient, une application se connecte à distance au travers d'un flux sécurisé (https).

- La télétransmission a été dans un premier temps assurée par la plateforme NeS, puis dans un second temps par TéléMedica qui a l'avantage de prendre en compte le DMP (dossier médical partagé).

- Ces données ne sont pas conservées sur le concentrateur et aucune information à caractère personnel n'est disponible dans le concentrateur. Les médecins doivent enregistrer chaque acte de téléconsultation réalisé dans un dossier dédié sur l'ordinateur de téléconsultation, afin de conserver une trace de celle-ci.

11) Compétences infirmières

a) Aide au diagnostic

Le diagnostic infirmier est une étape centrale de la démarche clinique qui a pour objectif l'accompagnement de la personne à recouvrer un état de santé optimal. Elle permet, à partir d'une analyse auprès de la personne soignée, de cerner ses ressources et ses limites, puis d'en conclure un diagnostic de situation et de soins personnalisés.

b) Regard et techniques infirmiers

Ce sont des plus-values pour la télémédecine :
- qualité de la prise en charge et soins de la personne ;
- certification et amélioration des pratiques professionnelles ;
- connaissance et utilisation de l'outil par la formation ;
- gestion des coûts ;
- évaluation clinique ;
- traçabilité ;
- coordination.

12) Charte régionale télémédecine

L'URML Normandie, l'ARS Normandie, les collectivités territoriales (Région et Département), la préfecture de Région, la Fédération des URPS, les fédérations hospitalières, les ordres professionnels et la DCGDR ont décidé de mettre en œuvre une réflexion pluriprofessionnelle concentrée sur le déploiement de la télémédecine dans la région.

Cette démarche commune a pour but d'améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire normand, en s'inscrivant dans les objectifs du Projet régional de santé.

Les signataires notent l'émergence d'initiatives régionales et nationales non concertées, sans projet médical précis, qui plus est ne respectant pas toujours la réglementation et ne correspondant pas

prioritairement aux besoins de la population. Ce constat a conduit progressivement à l'élaboration de cette Charte régionale Télémédecine signée le 8 juillet 2019.

Les signataires ont défini les critères d'une « labellisation » pour tous les projets régionaux de télémédecine. Les objectifs de cette charte sont les suivants, c'est un projet médical :

- Répondant aux réels besoins de la population normande.

- S'appuyant sur un diagnostic partagé des possibilités d'accès aux différentes spécialités médicales de la région.

- En lien avec les professionnels de santé exerçant en Normandie.

- Garantissant la confidentialité et la sécurisation des données à caractère personnel collectées.

- Dans le respect de la réglementation de l'activité de télémédecine ou dans le cadre d'expérimentations.

13) Prise de rendez-vous : le processus

La prise de rendez-vous débute par l'appel téléphonique auprès du secrétariat de la cellule de coordination en télémédecine, situé à Caen. Cette première étape permet aussi de vérifier l'identification de l'assuré social (numéro de Sécurité sociale), le motif de la consultation à partir de critères précis de sélection (Annexe n° 1). L'assistant de coordination recueille par ailleurs le consentement du patient.

Elle attribue par la suite un jour et un créneau de rendez-vous (durée par défaut de 30 minutes et inscription dans l'agenda partagé IDE et médecin).

Le processus s'achève par une médiation avec le patient, comprenant la description, le déroulement de la téléconsultation et les réponses aux éventuelles questions.

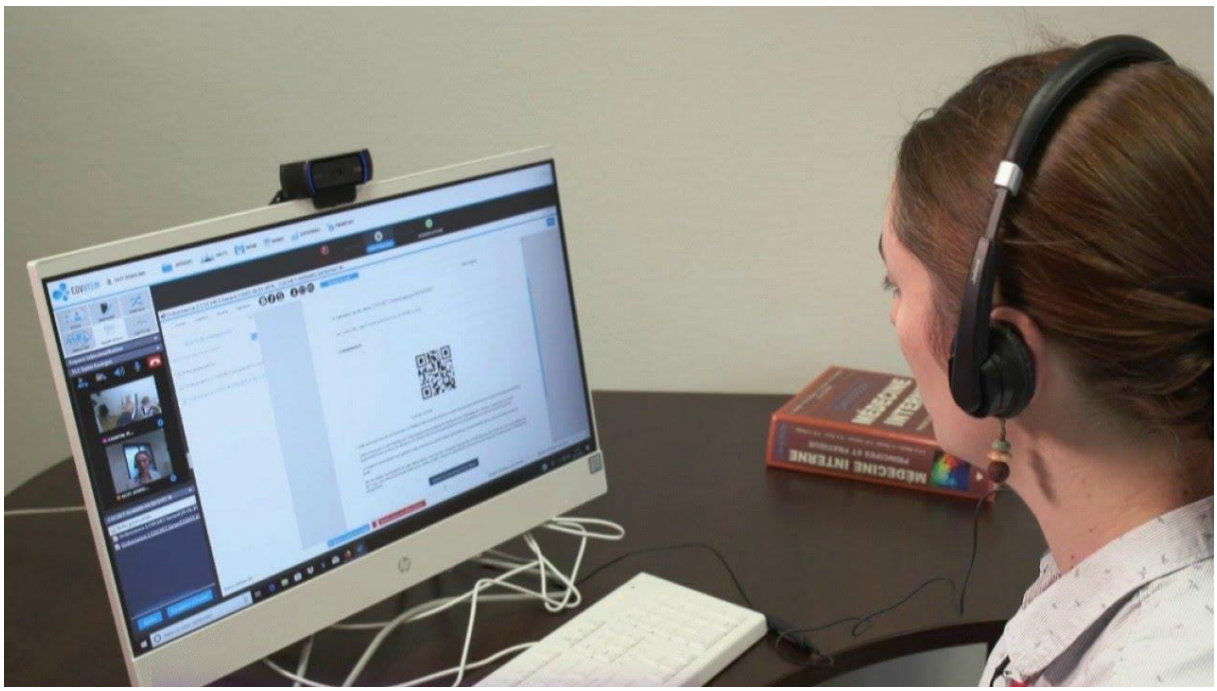


Figure n° 6 : Photo du Dr Suzy Josroland au cours d'une phase de la téléconsultation.

IV) L'ÉTUDE

1) Objectif de l'étude

Cette étude quantitative, rétrospective, a pour objectif de réaliser une description et une observation des pratiques médicales au cours de ce projet expérimental porté sur les années 2019 et 2020.

2) Matériels et méthodes

L'étude est issue de l'analyse des données et des dossiers médicaux récupérés auprès des médecins généralistes ayant participé au projet expérimental de télémédecine à Saint-Georges-de-Rouelley.

Les données ont été extraites à partir des deux logiciels de téléconsultation (Therap-e et TeleMedica) utilisés au cours du projet.

Ces dispositifs médicaux regroupent l'ensemble des outils nécessaires à l'exercice de la téléconsultation. Ils ont offert la faculté de réaliser à distance toutes les étapes d'une consultation médicale : accueillir, écouter, interroger, observer, inspecter et ausculter.

Le logiciel intègre un dossier médical permettant, sur la base d'une lecture locale ou à distance des cartes Vitale, la gestion complète du *workflow* : prescription d'ordonnances médicales, comptes rendus, transfert automatisé des documents aux patients, gestion des FSE (feuilles de soins électroniques), cotation, facturation et règlement.

Grâce à tous ces paramètres, le logiciel a permis, pour chaque téléconsultation réalisée, d'établir un compte rendu précis, de tracer l'issue de la consultation (ordonnances diverses, courrier adressé à un spécialiste, arrêt de travail, certificats médicaux…), mais aussi de déterminer la durée de l'entretien et d'indiquer la présence d'un éventuel incident technique.

Les médecins ayant participé à cette étude sont tous issus des départements de la Manche et du Calvados. Ils exercent en majorité au sein de pôles médicaux et paramédicaux pluridisciplinaires, en tant que médecins généralistes. Ils sont en grande partie maîtres de stage. Leur connaissance précise du territoire médical de la région a été d'une aide précieuse afin de mener à bien ce projet à Saint-Georges-de-Rouelley.

Voici les médecins, acteurs de ce projet, sur lesquels repose l'analyse de cette étude :

- Le Pr François Le Bas, médecin généraliste à Granville, directeur du Département de médecine générale de la faculté de Caen.
- Le Dr Suzy Josroland, médecin généraliste à Villedieu-les-Poêles, présidente de l'association de télémédecine à Saint-Georges-de-Rouelley.
- Le Dr Nicolas Boyer, médecin généraliste à Villedieu-les-Poêles.
- Le Dr Maud Morvan, médecin généraliste à Villedieu-les-Poêles.
- Le Dr Philippe Sabathier, médecin généraliste à Villedieu-les-Poêles.
- Le Dr Thomas Trenier, médecin généraliste à Villedieu-les-Poêles.
- Le Dr Grégory Szwarc, médecin généraliste à Caen.

3) Résultats

a) Nombre de téléconsultations effectuées

Le total des actes de téléconsultation pour 2019 et 2020 s'élève à 290. La répartition selon les praticiens est la suivante :

	Téléconsultations effectuées	
Praticien	2019	2020
Dr Boyer	7	7
Dr Josroland	49	29
Pr Le Bas	37	21
Dr Morvan	28	21
Dr Sabathier	4	Arrêt du projet
Dr Szwarc	0	61
Dr Trenier	23	3
Total	148	142

Tableau n° 1 : Nombre de téléconsultations effectuées par praticiens selon les années 2019 et 2020.

On notera que certains praticiens ont commencé ou arrêté le projet au cours de ces deux années. D'où l'absence de téléconsultations au cours de ces périodes

Il existe 86 dossiers qui n'ont pu être analysés (dossiers non disponibles ou non enregistrés). L'étude portera donc sur 204 dossiers.

b) Nombre de téléconsultations étudiées

La répartition des téléconsultations pour lesquelles on dispose d'un dossier par praticien est la suivante :

	Téléconsultations étudiées	
Praticien	2019	2020
Dr Boyer	1	Dossiers absents
Dr Josroland	43	26
Pr Le Bas	25	17
Dr Morvan	13	4
Dr Sabathier	Dossiers absents	Arrêt du projet
Dr Szwarc	0	56
Dr Trenier	16	3
Total	98	106

Tableau n° 2 : Nombre de téléconsultations étudiées par praticiens selon les années 2019 et 2020.

c) Répartition mensuelle des téléconsultations

Le relevé mensuel des consultations de télémédecine étudiées est exposé dans le tableau et le graphique ci-dessous :

	Téléconsultations étudiées	
Mois	2019	2020
Janvier	8	22
Février	8	13
Mars	5	6
Avril	14	4
Mai	14	6
Juin	7	12
Juillet	13	7
Août	2	8
Septembre	10	13
Octobre	7	13
Novembre	6	1
Décembre	6	1
Total	98	106

Tableau n° 3 : Relevé mensuel du nombre de téléconsultations étudiées selon les années 2019 et 2020.

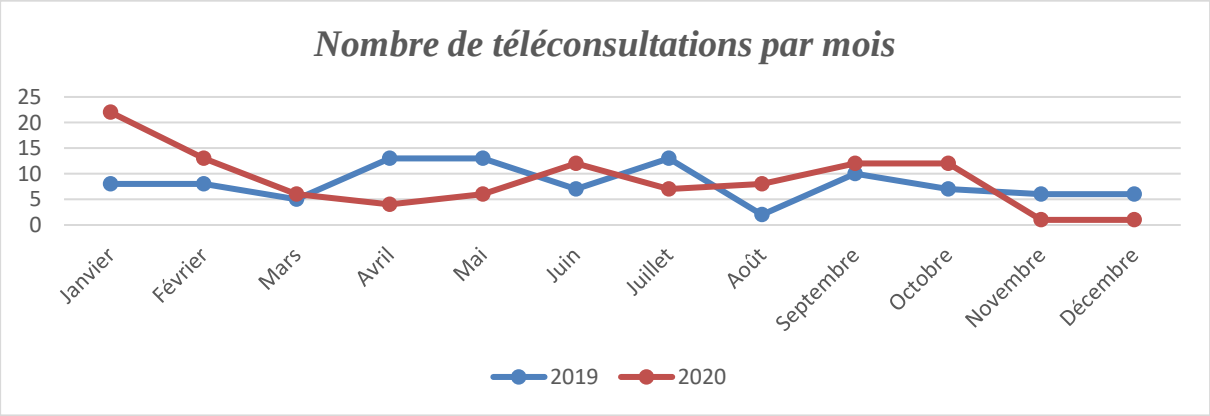


Figure n° 7 : Graphique représentant la variation mensuelle des téléconsultations étudiées selon les années 2019 et 2020.

Le graphique indique une forte période de téléconsultations en début d'année 2020. On notera une importante baisse du nombre de téléconsultations de février à mai 2020 par rapport à l'année précédente.

Les périodes de septembre et octobre des deux années correspondent à une forte activité de téléconsultations.

d) Parité

La part des consultations effectuées est en faveur des femmes à 55 %, contre 45 % pour les hommes.

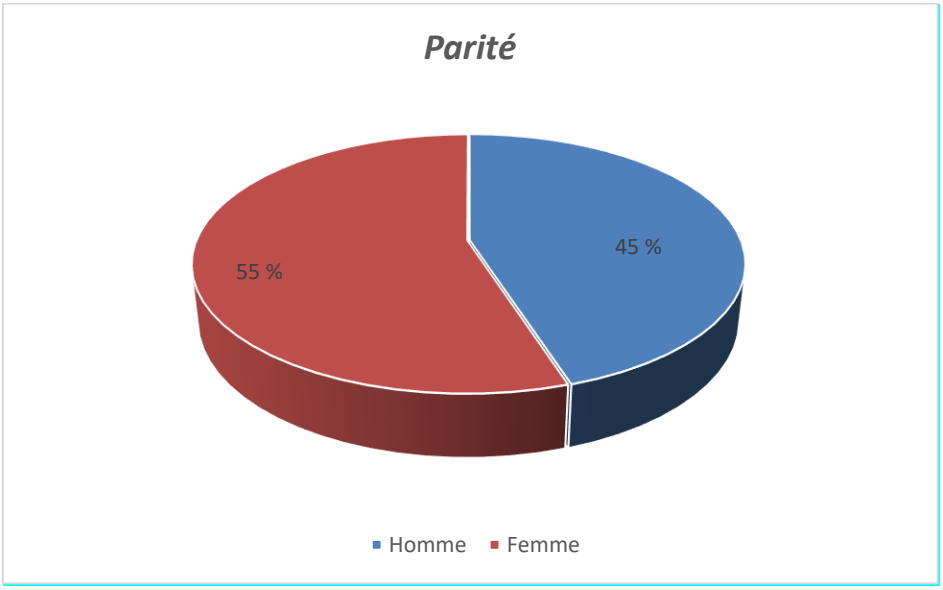


Figure n° 8 : Diagramme circulaire représentant la parité des dossiers étudiés.

e) Âge des patients

La patientèle étudiée de 204 personnes a 57 ans en moyenne, avec une prédominance chez les 60-80 ans et les 40-60 ans.

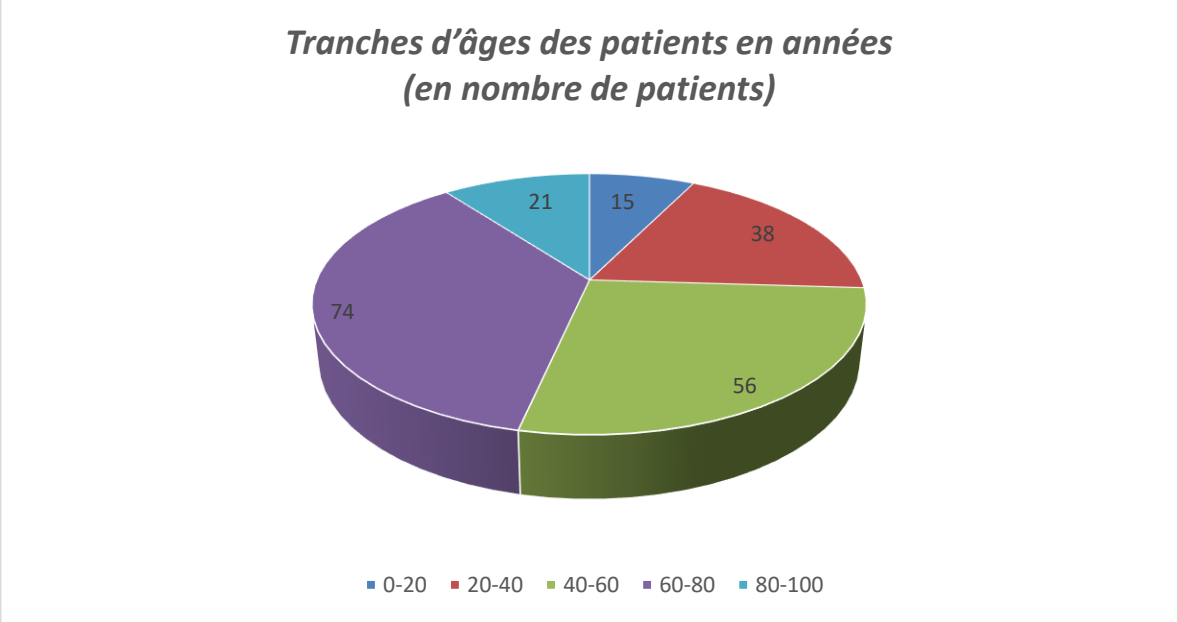


Figure n° 9 : Diagramme circulaire représentant les tranches d'âges des patients étudiés.

Cela représente respectivement 36 % des 60-80 ans et 28 % des 40-60 ans.

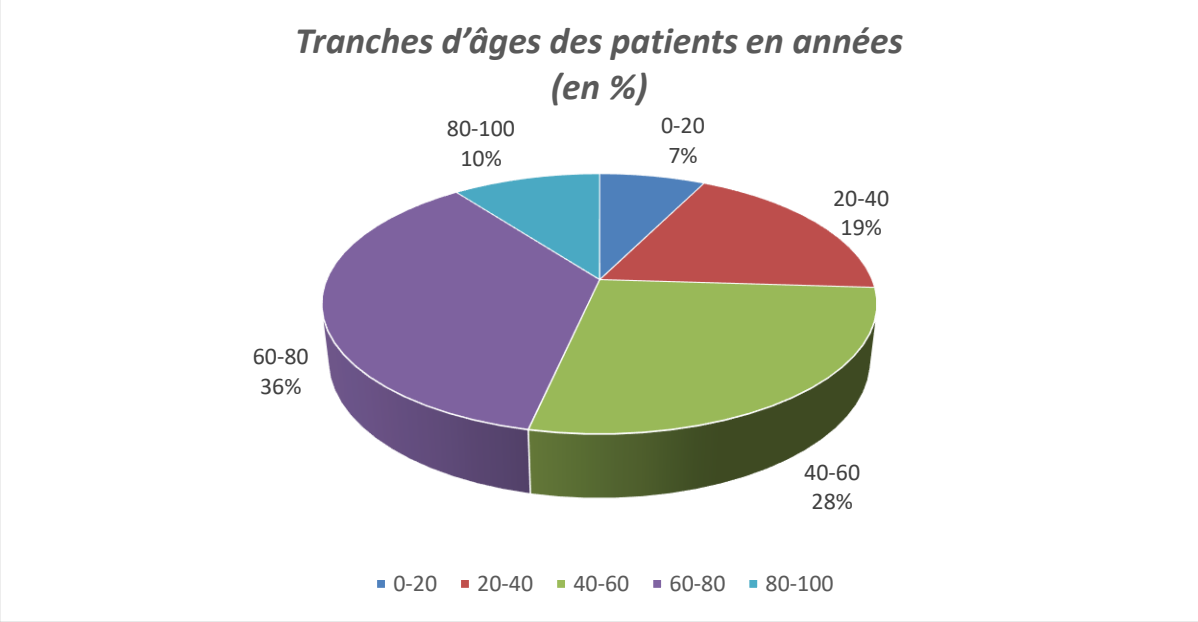


Figure n° 10 : Diagramme circulaire représentant en pourcentage les tranches d'âges des patients étudiés.

f) Récurrence des passages

Sur les 204 téléconsultations, 45 patients ont effectué des passages récurrents :

- 24 patients sont venus à deux reprises
- 11 patients à trois reprises
- 7 patients à quatre reprises
- 2 patients à cinq reprises
- 1 patient à sept reprises

g) Motifs de consultation

Le recensement des motifs de téléconsultation a permis d'établir les six premiers motifs de consultation :

- Renouvellement d'ordonnances : 82
- ORL : 30
- Rhumatologie : 22
- Dermatologique : 17
- Signes généraux (fièvre, asthénie) : 14
- Pneumologie : 13

h) Issue des consultations

Au cours de la lecture des dossiers médicaux, plusieurs documents et comptes rendus récurrents remis aux patients à l'issue de la téléconsultation ont pu être identifiés :

Documents	Nombre
Ordonnance de traitement	164
Ordonnance de biologie	76
Ordonnance d'imagerie	25
Courrier avis spécialisé	23
Arrêt de travail	11
Ordonnance de kiné	8
Soins IDE	8
Certificat	7
Ordonnance de vaccin	7
Soins pédicure	3
Bon de transport	2
Ordonnance pour test PCR Covid	2
Dossier APA	1
MAPA à domicile	1
Ordonnance de semelles	1
Ordonnance de thérapie comportementale	1
Total	340

Tableau n° 4 : Nombre et variété des documents remis aux patients.

Au total, 340 documents ont été remis aux patients.

On remarquera la forte proportion de patients qui ont bénéficié, en fin de consultation, de la remise d'une ordonnance de traitement (164 patients sur 204 patients vus en consultation, soit 80 %) ou d'une ordonnance de biologie (78 patients, biologie et test PCR Covid, soit 38 %).

Par ailleurs, le graphique circulaire suivant, qui exprime la proportion des documents remis à la fin de la téléconsultation, indique que la moitié des documents remis concerne une ordonnance de traitement et quasiment un quart une ordonnance de biologie.

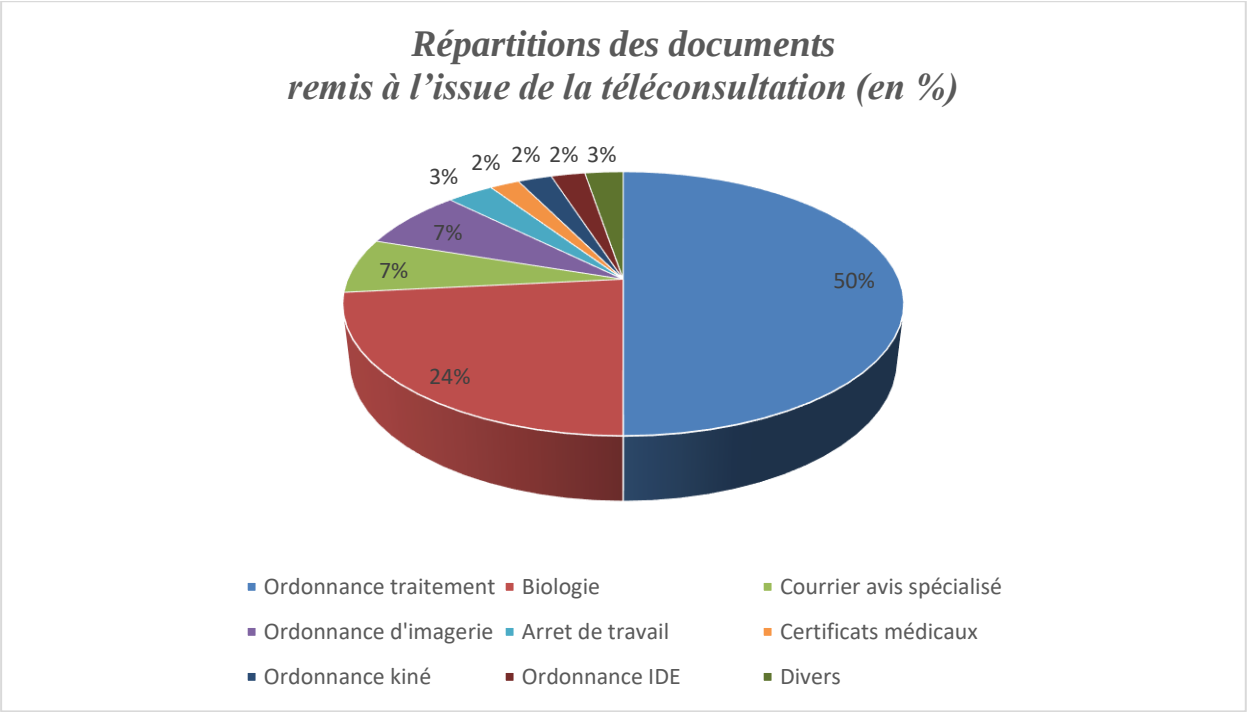


Figure n° 11 : Diagramme circulaire représentant la répartition en pourcentage des documents remis à l'issue de la téléconsultation.

i) <u>Durée des téléconsultations</u>

Le temps de chaque consultation a également pu être déterminé grâce au logiciel utilisé. En voici les proportions en pourcentage par tranche de 5 minutes :

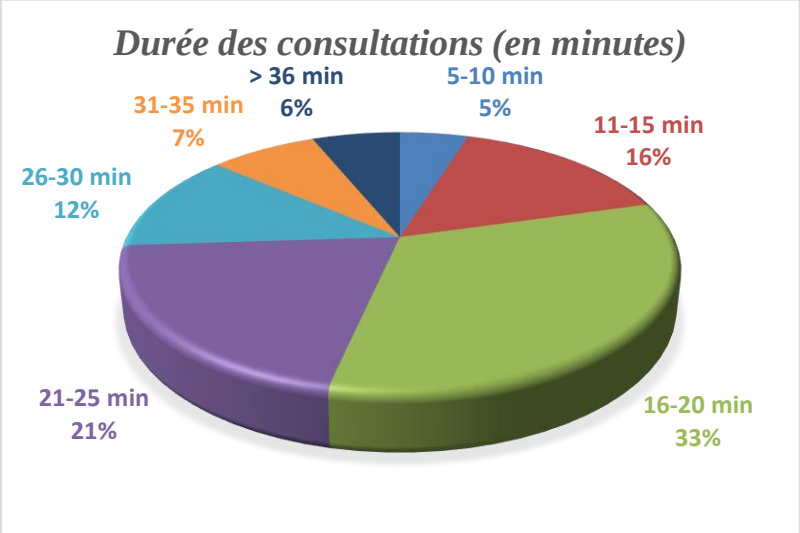


Figure n° 12 : Diagramme circulaire représentant les proportions en pourcentage des durées de consultation en minutes.

À noter que 43 dossiers n'ont pu être intégrés à cette représentation graphique, les données temporelles sur la durée de la consultation n'ayant pas été mentionnées.

On remarquera que la grande majorité des téléconsultations prennent entre 16 et 25 minutes (soit 55 %). Les consultations de moins 10 minutes et de plus de 36 minutes restent peu fréquentes.

j) Incidents techniques

Les fins de téléconsultation notent parfois la présence ou non d'incidents techniques au cours de l'entretien, afin de rendre compte de la fiabilité des moyens techniques déployés, et notamment de la fiabilité du flux vidéo.

Au cours des 204 téléconsultations étudiées, 94 n'ont pas fait l'objet d'incident technique, 29 ont subi un incident technique n'entravant pas le bon déroulement de la téléconsultation. Et aucun incident ayant pour effet l'annulation de la téléconsultation n'a été à déplorer.

On notera que 66 dossiers ne renseignaient pas sur cette présence ou non d'incidents techniques.

Au cours de cette étude, aucune consultation n'a été annulée pour une raison technique.
La répartition des incidents techniques n'ayant pas eu de répercussion sur la téléconsultation au cours des différentes périodes a été résumée dans le tableau ci-dessous :

	Nombre d'incidents techniques	
Mois	2019	2020
Janvier	0	1
Février	0	0
Mars	0	2
Avril	1	1
Mai	1	3
Juin	1	3
Juillet	3	2
Août	2	3
Septembre	1	3
Octobre	1	5
Novembre	0	0
Décembre	0	0
Total	10	23

Tableau n° 5 : Nombre d'incidents techniques mensuels selon les années 2019 et 2020.

V) DISCUSSION

1) Perte de données

Au cours de cette étude, portée sur deux ans d'exercice (2019 et 2020), 204 dossiers de téléconsultation ont été analysés sur 290 actes effectués sur cette période. Il existe donc 86 dossiers qui n'ont pu être interprétés, soit 30 % du total des actes.

Cette perte de dossiers s'explique de différentes manières.

La première est le changement du support informatique survenu au mois de juin 2019, à savoir le remplacement de Therap-e par TeleMedica. Ce changement de logiciel a entraîné une perte de données et de dossiers au cours de la transition de l'un à l'autre.

La deuxième est le mauvais enregistrement ou la mauvaise gestion du logiciel :
- Dossier non enregistré en fin de téléconsultation.
- Dossier créé, mais non utilisé ou non rempli.
- Dossier inexistant dans la base de données du logiciel.

La pluralité des utilisateurs a pu conduire par mégarde à des erreurs informatiques et des pertes de données lors d'intervention sur des patients en commun. En effet, comme on le verra par la suite, un certain nombre de patients ont bénéficié de plusieurs téléconsultations avec des médecins différents.

Enfin, on regrettera l'absence d'une formation suffisante de la part des prestataires de logiciels afin de faciliter la sauvegarde des dossiers patients.

2) Caractéristiques de l'échantillon

Sur l'échantillon que représente cette étude, 204 dossiers ont été pris en compte.

La part des consultations effectuées est en faveur des femmes à 55 %, contre 45 % pour les hommes. En comparaison, la répartition des femmes et des hommes dans le département de la Manche, selon une étude de l'Insee (38), était aussi en faveur des femmes, dans un ratio un peu moins prononcé : 51 % (soit un ratio de 1,04).

Le test de Chi2 réalisé (Chi2=31,35 et $p < 0,00001$) permet de dire qu'il existe une association significative entre ces deux variables. Le projet, en tant qu'échantillon de la population générale, est un bon reflet de la parité.

La patientèle étudiée a pour moyenne d'âge 57 ans, avec une prédominance chez les 60-80 ans et les 40-60 ans. 36 % des patients font partie de la tranche d'âge des 60-80 ans et 28 % de celle des 40-60 ans, ce qui correspond bien souvent aux catégories de patients présentant un traitement chronique et un suivi au long cours.

3) Période d'activité

Selon les années et leurs événements propres (crise sanitaire liée au COVID-19), le nombre des téléconsultations n'a pas été stable.

Ceci peut s'expliquer de différentes manières : la disponibilité différente des médecins selon les périodes, leurs obligations envers leurs propres activités de consultation en présentiel, leurs périodes d'enseignements (maîtres de stage), leurs congés…

Par exemple, selon le secrétariat de la cellule de coordination, seuls deux créneaux de télémédecine étaient disponibles pour tout le mois d'août 2019.

Cependant, l'activité de téléconsultation a connu un doublement des demandes sur les premiers mois de 2020 par rapport à 2019.

Mais comme cela a été le cas pour les consultations dans les cabinets de médecine générale, la pandémie de COVID-19 a brutalement freiné les demandes de soins à Saint-Georges-de-Rouelley. Les consignes gouvernementales étant de rester chez soi et d'éviter de se rendre dans des lieux publics, en particulier ceux où il était possible de côtoyer des personnes malades et contagieuses tels que les cabinets médicaux. La situation a perduré jusqu'en fin d'année avec l'arrivée rapide de la seconde vague, comme en témoigne le faible nombre de téléconsultations sur les mois de novembre et décembre 2020. Malgré cela, le nombre total de téléconsultations s'est maintenu entre 2019 et 2020.

D'autre part, cette période a également entraîné un fort recours à d'autres plateformes de téléconsultations par visio simple, c'est-à-dire sans recours à un chariot de téléconsultation. Cette concurrence d'accès a été importante pour le projet de Saint-Georges-De-Rouelley, ce type de logiciels n'imposant pas aux patients un déplacement hors de leur domicile. Ce qui a donc

pénalisé le nombre de téléconsultations réalisées à Saint-Georges-De-Rouelley, au profit de réalisation d'actes à distance moins qualitatifs.

4) Récurrence des passages

Au total, 45 patients ont effectué au moins deux passages en téléconsultation, soit 22 % du total. Une majorité de patients a consulté deux fois, 24 patients sur 45, soit 53 % des patients ayant consulté à plusieurs reprises.

Il s'agit bien souvent, d'une part, d'une consultation de suivi (contrôle de paramètres médicaux, contrôle de l'évolution d'une pathologie aiguë, résultats de biologie) et, d'autre part, de suivi trimestriel de patients chroniques.

Rappelons que le projet initial de Saint-Georges-de-Rouelley avait pour but de pallier un déficit en médecins libéraux, afin de préserver la qualité et le suivi des patients de ce territoire dans l'attente de renfort de personnels médicaux en présentiel, de manière pérenne.

Hélas, pour le moment, aucun médecin n'est venu s'installer ou se greffer aux effectifs déjà présents. Certains patients ont donc modifié leur habitude de consultation et ont adopté par défaut cette nouvelle forme de prise en charge à distance pour assurer le suivi de leur maladie chronique.

5) Motifs de consultation

Les motifs sont aussi variés que ceux des consultations réalisées dans un cabinet traditionnel, en face-à-face. On retrouve une forte proportion de recours à la téléconsultation pour des renouvellements, synonyme de patients chroniques : 82 patients sur les 204 dossiers étudiés, soit 40 %. On soulignera donc tout l'intérêt de ce projet, pour la continuité et le suivi des soins des patients chroniques au sein d'un territoire en pleine désertification médicale.

Les autres motifs sont assez classiques, mélange de pathologies chroniques et aiguës (ORL, rhumatologie, dermatologie). Le projet semble une nouvelle fois être le témoin de l'activité que l'on peut observer en consultation en présentiel.

Le format de prise en charge spécifique à la télémédecine (médecin à distance, webcam, outils techniques divers) ne semble pas être pour les patients un frein à un entretien, quel que soit le motif de consultation, en prenant en compte les critères d'exclusion (voir annexe).

Au cours de ces téléconsultations, les patients ont trouvé des interlocuteurs et des professionnels de santé disponibles et à leur écoute, afin de répondre au mieux à leurs interrogations, leurs inquiétudes, au cours d'une période où l'actualité sanitaire a été riche. Avec un avantage qu'il faut saluer, par rapport aux autres modes de téléconsultation, celui de l'accueil en présentiel et personnalisé d'une infirmière ou d'un infirmier.

6) Issue des consultations

La diversité des documents remis est semblable à celle observée lors d'une consultation classique en présentiel. À savoir des ordonnances de traitements et de biologie, des ordonnances pour réaliser des imageries et des courriers adressés à des médecins spécialistes.

Les ordonnances de traitements, au nombre de 164, correspondent à 48 % du total des documents remis aux différents patients, qui s'élèvent même à 50 % si on y ajoute les ordonnances de vaccins, preuve de la part importante de la prise en charge des patients ayant besoin de soins et de traitements aigus ou chroniques au sein de ce projet et de la nécessité pour ces derniers qu'une solution pérenne au déficit médical qui s'installe à Saint-Georges-de-Rouelley et ses alentours soit trouvée.

L'étude plus précise des dossiers a révélé que, pour leur première consultation, les patients chroniques se voyaient quasi systématiquement remettre une ordonnance de biologie complète. On peut supposer que c'est une manière pour le praticien de mieux faire connaissance avec son patient et ainsi d'avoir un bilan biologique de référence pour des patients bien souvent en errance médicale.

7) Durée des téléconsultations

Selon une étude menée par la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) du ministère des Solidarités et de la Santé, entre octobre 2018 et février 2019 (39), la durée moyenne d'une consultation en médecine générale était de 18 minutes.

Au cours de l'étude du projet de Saint-Georges-de-Rouelley, 33 % des patients ont bénéficié de 16 à 20 minutes de consultation et le pourcentage monte à 49 % pour une durée allant de 11 à 20 minutes.

De ce fait, et malgré les défis technologiques et logistiques qu'impose une téléconsultation, celle-ci ne prend en moyenne pas plus de temps qu'en entretien en présentiel. Par conséquent, la téléconsultation n'est donc pas chronophage.

8) Incidents techniques

On ne déplore pas non plus d'incidents techniques en début de projet comme on aurait pu l'imaginer (apprentissage et familiarisation avec le logiciel, défaut de connexion ou de flux à Internet…). Au final, les incidents semblent survenir de manière assez aléatoire, mais se révèlent être sans aucune conséquence pour la qualité de l'entretien vidéo.

Une fois le caractère singulier d'une conversation par vidéo démystifié, l'entretien ne semble donc pas souffrir du challenge informatique qu'impose la téléconsultation.

9) Aparté d'actualité : la téléconsultation, une pratique nationale plébiscitée pendant l'épidémie de Covid-19

Le rapport publié par la CNAM en juillet 2020 (40) recense, pour février 2020, environ 40 000 téléconsultations remboursées et plus de 3 000 médecins téléconsultants. Mais dès l'instauration du confinement, le 15 mars 2020, la téléconsultation par « visio » simple a connu un essor spectaculaire.

Dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire instauré par la loi du 23 mars 2020 :

- Les règles de réalisation des actes de télémédecine ont été assouplies, afin de protéger patients et médecins des risques de contamination. Les patients ont pu bénéficier d'une consultation à distance avec un médecin qu'ils ne connaissaient pas et sans être orientés par leur médecin traitant. En vue de pallier les disparités d'accès numérique, la consultation par téléphone a été autorisée pour les femmes enceintes et certains patients (résidant en « zone blanche », ne disposant pas d'outil vidéo, en ALD ou âgés de 70 ans et plus).

- Toutes les téléconsultations ont été prises en charges à 100 % par l'Assurance maladie, de même que les actes de télésuivi accomplis par les infirmiers.

La télémédecine est ainsi devenue, en quelques semaines, un outil essentiel pour l'accompagnement et le suivi médical des patients. De 486 369 entre le 23 et le 29 mars 2020, le nombre de téléconsultations remboursées par semaine a atteint 1 million au plus fort de la crise, en avril, avant de revenir aux alentours de 650 000 à la fin mai 2020.

Ces actes ont été effectués très majoritairement par des médecins libéraux, surtout des généralistes (pour environ 80 %), mais aussi des psychiatres, des pédiatres, des gynécologues, des dermatologues et des endocrinologues.

La période de confinement a modifié le profil des patients bénéficiant de la téléconsultation : les moins de 30 ans y ont eu moins souvent recours (19 %, contre 32 % avant le premier confinement), contrairement aux plus de 70 ans (20 %, contre 8 % auparavant). Les patients en ALD l'ont proportionnellement moins utilisée. Toujours surreprésentée dans les zones densément peuplées (principalement l'Île-de-France), la téléconsultation n'a cessé de progresser dans les autres.

À Saint-Georges-de-Rouelley, les deux manières de téléconsulter n'ont pas connu le même sort. Les téléconsultations en « visio » ont été très populaires, alors que les téléconsultations sous la forme du projet de la commune ont subi un coup d'arrêt du fait de leur déroulement dans un lieu recevant du public (pour mémoire, en début de pandémie, les autorités gouvernementales déconseillaient la fréquentation de ces lieux).

10) Et après ?

Dans son rapport de juillet 2020, la CNAM affirme que la téléconsultation doit *« devenir une modalité d'accès aux soins choisie et non subie »*, adaptée à la situation et à l'état de santé du malade. Elle formule trois propositions pour accélérer le déploiement de la télémédecine en maintenant la qualité de la prise en charge :

- prolonger pour une durée limitée (au moins une année) la prise en charge à 100 % des téléconsultations ;

- assouplir le principe selon lequel le téléconsultant doit connaître préalablement le patient ;

- maintenir de façon transitoire les actes dérogatoires de télésoin créés lors de la crise épidémique pour les pharmaciens et certains auxiliaires de santé, afin d'assurer une continuité de ces soins.

Ces trois points font partie des préconisations du « Ségur de la santé » (41) pour accompagner et renforcer l'essor de la télémédecine.

Du côté des projets de téléconsultation dans la Manche, celui de la ville de Remilly-les-Marais a été officialisé en début d'année 2021. Il reprendra les principes et le modèle de celui de Saint-Georges-de-Rouelley, l'expérience ayant été positive, à la fois côté patient et côté professionnels de santé.

VI) CONCLUSION

Dans une société où les outils de communication évoluent à grande vitesse et où, en parallèle, la désertification de certains territoires s'intensifie, la médecine générale libérale connaît des modifications importantes dans l'organisation de sa pratique.

Le médecin et le patient doivent s'adapter au changement de paradigme en cours.

La télémédecine, telle qu'elle est utilisée dans le projet de Saint-Georges-de-Rouelley, semble être un outil complémentaire aux enjeux démographiques actuels, en privilégiant le qualitatif au quantitatif.

Par ailleurs, l'exercice en groupe et pluriprofessionnel au sein des PSLA est apparu aux médecins comme intimement lié à la télémédecine, en opposition à une pratique de la médecine générale relativement solitaire, en associant à cette pratique les paramédicaux du secteur.

Concernant les patients ayant téléconsulté à Saint-Georges-de-Rouelley, ceux-ci ont pu bénéficier de la présence d'interlocuteurs et de professionnels de santé disponibles et à leur écoute, afin de répondre au mieux à leurs interrogations, leurs inquiétudes au cours d'une période où l'actualité sanitaire a été riche.

Les motifs de consultations au cours de ce projet sont aussi variés que ceux rencontrés dans un cabinet traditionnel. Le suivi et sa qualité semblent être assurés d'une manière similaire, la récurrence des passages de certains patients pouvant en être le témoin.

Rappelons néanmoins, une nouvelle fois, que le but initial du projet de Saint-Georges-de-Rouelley n'était pas de se substituer à une prise en charge médicale en présentiel, mais bien d'assurer un intérim et la continuité des soins en attendant un ou des renforts de médecins dans ce territoire.

Le projet de Saint-Georges-de-Rouelley est une expérimentation devenant un modèle pour des projets futurs (Remilly-les-Marais), espérons transitoire, afin de lutter contre les déserts médicaux, en proposant une offre de soins privilégiant la qualité.

VII) BIBLIOGRAPHIE

(1) Article R6316-1 du Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934375

(2) Ministère de la Santé et des Sports. « La place de la télémédecine dans l'organisation des soins ». Novembre 2008.https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ Rapport_final_Telemedecine.pdf

(3) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000625158/

(4) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. https://www.legifrance.gouv.fr/ jorf/id/JORFTEXT000020879475

(5) Article L6311-2 du Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006691297/2000-06-22

(6) Article L6314-1 du Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036516239/

(7) Déclaration du Conseil européen des Ordres des médecins sur la télémédecine. 13 juin 2014. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/19dp3bm/declaration_finale_ceom_sur_la_telemedecine.pdf

(8) LNA Santé. « La télémédecine : à la rencontre de deux pionniers ». 26 décembre 2018. https://www.lna-sante.com/actualite/la-telemedecine-a-la-rencontre-de-deux-pionniers

(9) Rashid L. Bashshur, Gary W. Shannon, *History of Telemedicine: Evolution, Contexte, and Transformation. Healthc Inform Res*. 2010 Mar; 16(1): 65–66. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3089841/

(10) Malachane L., Leah.care. « L'histoire de la télémédecine ». 2019. https://www.leah.care/blog/histoire-de-la-telemedecine/

(11) OMS, *De l'innovation à la mise en œuvre : la cybersanté dans la Région européenne de l'OMS* (2016). https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/from-innovation-to-implementation-ehealth-in-the-who-european-region-2016

(12) Agence régionale de santé. « Le schéma régional de santé ». 20 février 2018. http://www.ars.sante.fr/le-schema-regional-de-sante

(13) Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022932449/

(14) Ministère des Solidarités et de la Santé. « 2012 : Pacte territoire santé 2012-2015 ». 13 décembre 2012. https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/ 2012-pacte-territoire-sante-2012-2015

(15) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la Sécurité sociale pour 2014 (1). https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000028372809/

(16) Ministère des Solidarités et de la Santé. « La télésurveillance : ETAPES ». 3 juin 2021. https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesurveillance-etapes

(17) Haute Autorité de santé. « Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine ». Décembre 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2670322/fr/experimentations-relatives-a-la-prise-en-charge-par-telemedecine

(18) Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037306389/

(19) Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037399738/

(20) Assurance maladie. « Généralisation de la téléconsultation le 15 septembre 2018 ». 12 septembre 2018. https://www.ameli.fr/sites/default/files/2018-09-12-dp-generalisation-teleconsultation-france-15-septembre-2018.pdf

(21) Ministère des Solidarités et de la Santé. « Renforcer l'accès territorial aux soins ». 13 octobre 2017. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf

(22) Ministère des Solidarités et de la Santé. « Guide DGOS : Facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement de santé ». Décembre 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_facturation_tlm_en_etablissement_de_sante.pdf

(23) Agence régionale de santé. « Ma santé 2022 : Décloisonnement et réorganisation des soins ». 11 mars 2021. https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-decloisonnement-et-reorganisation-des-soins

(24) Ministère des Solidarités et de la Santé. « Ma santé 2022 : un engagement collectif ». 3 mai 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/

(25) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (1). https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000038821260

(26) Syntec Numérique. « Rapport d'activité 2012 ». https://syntec-numerique.fr/sites/default/files/Documents/rapport_activite_syntec_numerique_2012_0.pdf

(27) Ministère des Solidarités et de la Santé. « Organisation de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ». 18 décembre 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/organisation-des-directions-et-services/article/organisation-de-la-direction-generale-de-l-offre-de-soins-dgos

(28) Ministère des Solidarités et de la Santé. « DGOS : Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine ». 1er décembre 2011. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methhodologique_elaboration_programme_regional_telemedecine.pdf

(29) Ordre national des médecins. « Télémédecine et autres prestations médicales électroniques ». Février 2016. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/mqu8ga/cnom_telemedecine-uberisation.pdf

(30) Conseil national de l'Ordre des médecins. « Déontologie médicale sur le Web ». Décembre 2011. https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/livre_blanc/f5xqk8/livre_blancdeontoweb2012.pdf

(31) Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886460/

(32) Haute Autorité de santé. « Fiche mémo : Téléconsultation et téléexpertise : mise en œuvre ». Mai 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf

(33) MG France. « Fiche pratique : la téléconsultation ». https://www.mgfrance.org/images/actualites/COVID/Teleconsultation-v2.pdf

(34) Assurance maladie. « Covid-19 : le point sur les mesures dérogatoires pour les médecins ». 17 juin 2021. https://www.ameli.fr/medecin/actualites/covid-19-le-point-sur-les-mesures-derogatoires-pour-les-medecins

(35) Commune de Saint-Georges-de-Rouelley. « La télémédecine dans le Sud Manche ». Novembre 2018. https://www.maia-manche.fr/media-files/15934/doss-press-telemedecine.pdf

(36) Commune de Saint-Georges-de-Rouelley. « La télémédecine dans le Sud Manche ». Décembre 2018. https://saint-georges-de-rouelley.a3w.fr/Donnees/Structures/80318/Upload/609433.pdf

(37) URML Normandie. « Télémédecine à Saint-Georges-de-Rouelley : un projet qui rapproche ». 24 mai 2019. https://www.urml-normandie.org/16948-telemedecine-a-saint-georges-de-rouelley-un-projet-qui-rapproche/

(38) Insee. « Dossier complet : Département de la Manche (50) ». 26 août 2021. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-50

(39) Drees. « Études & Résultats : Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine ». Mai 2019. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf

(40) Assurance maladie. « Téléconsultation, une pratique qui s'installe dans la durée ». 16 septembre 2020. https://www.ameli.fr/sites/default/files/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire.pdf

(41) Ministère des Solidarités et de la Santé. « Ségur de la santé : un an de transformation pour le système de santé ». Juillet 2021. https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/

ANNEXES

Les critères d'exclusion

Lors de la prise de rendez-vous téléphonique, ces critères permettent à la cellule de coordination de réaliser une première orientation téléphonique et de déterminer l'éligibilité du patient à une téléconsultation. Dans le cas contraire et selon les cas, le patient pourra être orienté vers un service d'urgence, vers un médecin en présentiel ou encore vers une pharmacie (renouvellement de traitement exceptionnel lors de la crise sanitaire du Covid-19).

- Présence d'une douleur dans la poitrine.

- Difficulté à respirer/dyspnée. Si le patient répond par l'affirmative, déterminer si cela est plus que d'ordinaire.

- Présence d'une perte de connaissance (vérifier aussi la présence de douleur thoracique ou de gêne respiratoire).

- Présence d'une agitation inhabituelle : « bizarre et non raisonnable ».

- Plaies suturables : « rapprocher les berges de la plaie, PUIS relâcher », si cela saigne encore, besoin de suture et donc de l'intervention d'un médecin en présentiel.

- Traumatologie (impotence fonctionnelle ; douleur d'un membre ou d'un segment de membre avec déformation).

- Douleurs abdominales IMPORTANTES (depuis plus de 4 heures, permanente, localisée).

- Céphalées : douleurs extrêmes, brutale, « en coup de fusil ».

- Les enfants de moins de 16 ans et tout mineur non accompagné d'un représentant légal majeur.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. »

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : ALVADO Paul

TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Étude descriptive du projet expérimental de télémédecine à Saint-Georges-de-Rouelley, portée sur deux ans d'exercice

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :

Contexte :

La télémédecine est un sujet au cœur de l'actualité de la santé depuis plusieurs années notamment du fait des progrès dans le domaine de la télécommunication. La question du vieillissement de la population et des déserts médicaux nécessite de trouver des modes d'exercice complémentaires.

De cette réflexion est né le projet de télémédecine à Saint-Georges-De-Rouelley, situé dans le département de la Manche. Il s'appuie sur une consultation avec un médecin à distance, un patient avec un infirmier à ses côtés, équipés d'outils médicaux téléconnectés.

Objectif :

L'objectif de cette étude quantitative et rétrospective est d'analyser les pratiques médicales au cours de ce projet expérimental entre 2019 et 2020.

Résultats :

Les données ont été extraites à partir de logiciels de téléconsultation (Therap-e et TeleMedica) utilisés pour le projet.

204 dossiers de téléconsultations ont été analysés, provenant de 7 médecins généralistes Bas-Normands ayant participé au projet.

L'étude des dossiers révèle que les motifs et prises en charge sont semblables à ceux effectués au cours d'un entretien en présentiel. Le renouvellement d'ordonnance est le motif de téléconsultation prédominant.

340 documents ont été remis aux patients à l'issue de l'entretien. Les ordonnances de traitement et de biologie sont les plus représentées. Pour près de la moitié cas, la téléconsultation dure entre 11 et 20 minutes.

Conclusion :

L'expérimentation à Saint-Georges-De-Rouelley apparaît comme un modèle de prises en charge se rapprochant de celles réalisées en présentiel et permettant d'être utilisé comme un outil complémentaire aux enjeux de santé actuels.

MOTS-CLÉS : Télémédecine, Saint-Georges-De-Rouelley, Projet expérimental, Médecine générale, téléconsultation.

TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Descriptive study of the experimental telemedicine project in Saint-Georges-de-Rouelley, covering two years of practice.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :

Context :

Telemedecine has been a subject at the heart of health news for several years, particularly due to progress in the field of telecommunications. The issue of an aging population and medical deserts is a theme that requires finding complementary modes of exercise. From this reflection was born the telemedicine, with a remote doctor, a patient with a nurse by his side, equipped with remote medical tools.

Objective :

The objective of this quantitative and retrospective study is to analyze medical practices during this experimental project covering the years 2019 and 2020.

Results :

The data was extracted from teleconsultation software (Therap-e and TeleMedica) used for the project.

204 teleconsultation files were analyzed, coming from seven Bas-Normans general practitioners who participated in the project.The study of the files reveals that reasons and support are similar to those carried out during a face-to-face interview. The prescriptions of treatment and biology are the most represented. For almost half of the cases, the duration of a teleconsultation is between 11 and 20 minutes.

Conclusion :

The teleconsultation project as it was carried out The experiment in Saint-Georges-De-Rouelley seems to be similar to face-to-face care, allowing it be used as a complementary tool of current health games.

KEY WORDS : Telemedecin, Saint-Georges-De-Rouelley, Experimental Project, General medicine, Teleconsultation.