

Monsieur le Sénateur Jean François LONGEOT Rapporteur



COMMISSION DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE ET DU DEVELOPPEMENT DURABLE

TABLE RONDE - TELEMEDECINE

La commission de l'aménagement du territoire et du développement durable devrait examiner le projet de loi n° 404 (2018-2019) relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé le 21 mai prochain. Le passage en séance devrait intervenir début juin.

de Ghislaine Alajouanine MC de l'Institut de France (née en Creuse !)

Présidente du Haut Conseil Français de la Télésanté et de l'Académie Francophone de Télémedecine et eSanté et Vice-Présidente de la SFTAG Société Française des Technologies pour l'Autonomie et de Gérontechnologie (Société savante de la Silver-Economie) et de Silver Valley (Premier Cluster européen :350 Entreprises en Silver Economie)
ghislaine.alajouanine@gmail.com (0675334463)

Propos d'introduction

Notre France des « Déserts Médicaux » est en PERIL ! (8 M de personnes ,11300 communes...192 Zones en Danger - source ONM) et nous ne sommes plus égaux dans l'accès aux soins (je viens de la Creuse !)

Je suis une pionnière de la Télémédecine, en colère ! et je réitère une nouvelle fois mon cri d'alarme qui n'a jamais été autant d'actualité : « la Maison brûle ».

La réponse n'est pas dans un énième rapport (on dénombre 38 rapports sur ce sujet !). La dernière feuille de route dévoilée ce 25 Avril du Ministère de la Santé, qui bien qu'une fois de plus refait la roue, va dans le bon sens (pour le malade bien portant) mais évalue mal la gravité et n'apporte donc pas d'actions concrètes, de solutions à niveau à nos territoires touchés dramatiquement pour certains (le malade suffoque !).

Bien qu'utile et médiatique, ce n'est pas en faisant un « tour de France de la présentation de la eSanté » que l'on répondra à très court terme de façon efficace à ce problème, parce que d'ailleurs ce n'est pas le Ministère de la Santé, seul, qui peut faire face à l'abandon de ces territoires.

Un désert médical, c'est souvent un désert de patients, un désert économique, un désert social, un désert en aménagement... c'est donc l'affaire d'un gouvernement dans pratiquement son entier.

Il est insupportable, honteux ! que dans un pays développé (6ème puissance mondiale) que des millions de personnes ne puissent avoir une réponse en moins de 20 minutes à cette question angoissante « Mais qu'est-ce-que j'ai ? » et avoir une prise en charge valable.

Technologiquement, il n'y a pas de barrière ! C'est un problème de Méthodes, de Mise en œuvre, de « Tempo, de Ressources humaines, de Volonté politique, de Vision... L'efficacité de la télémédecine n'est plus à démontrer : cela marche ! et elle est même banalisée dans certains pays et permet des économies substantielles .(je l'ai expérimenté et mis en pratique depuis près de 20 ans avec bien d'autres Pionniers de la première heure que nous retrouvons comme Membres Fondateurs de l'Académie Francophone de Télémédecine et eSanté !!!)

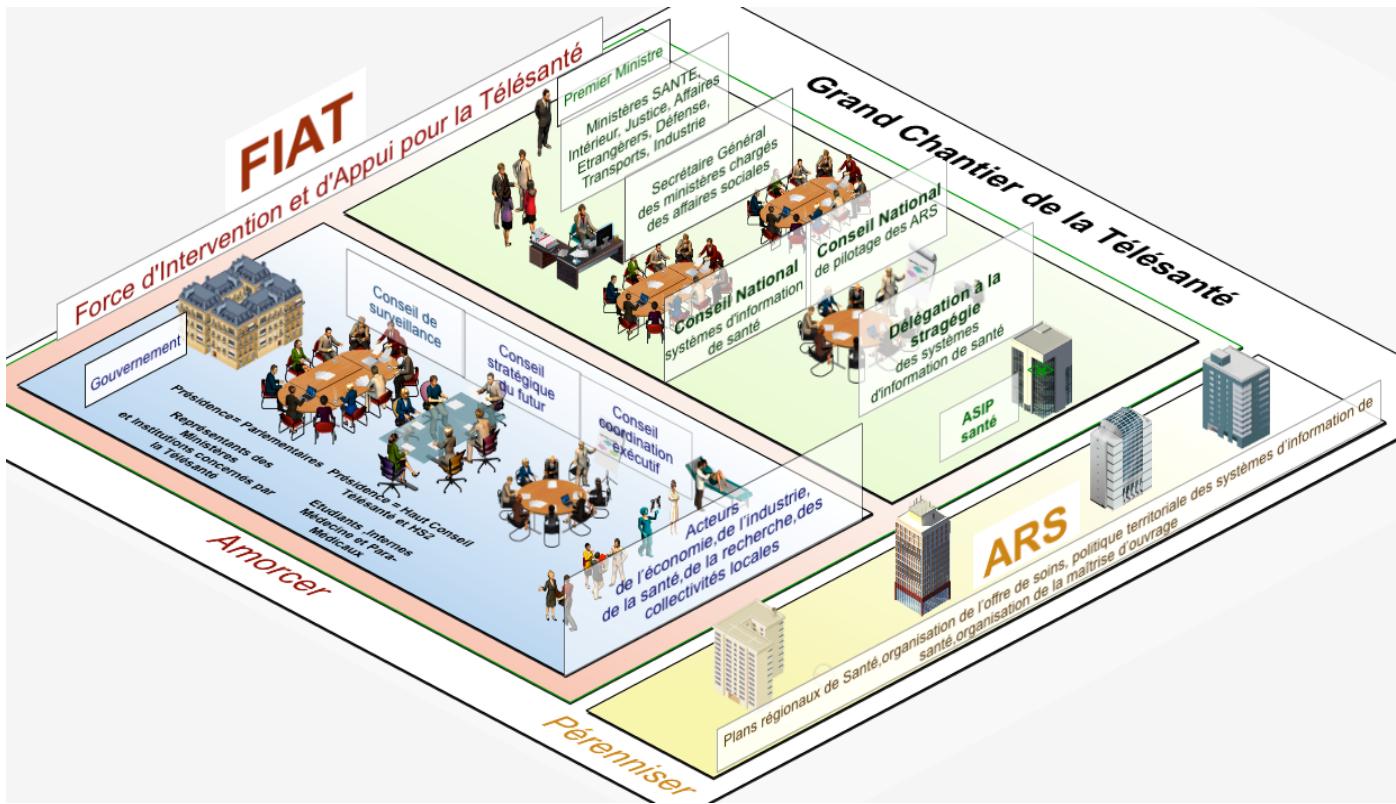
URGENT : notre devoir est de lancer un APPEL à une Mobilisation Générale (Un Plan « Marshall ») pour une grande cause en décrétant que « N'importe quel citoyen, même dans les endroits les plus isolés, aura sa réponse, en moins de 20 minutes, à sa question angoissante « Mais qu'est-ce-que j'ai ? » avec une prise en charge digne de ce nom.

(Cela va rendre obligatoire le fait d'utiliser les nouvelles technologies quand la réponse diagnostic traditionnelle sera absente ou inadaptée)

et ainsi on verra peu à peu dans nos territoires disparaître les déserts médicaux et la prospérité et le bien-être de nos concitoyens retrouvés. We can, we must !

(NB : Quand il y a Danger on ne change pas des institutions, on en monte des parallèles...)

Perspectives pour la mise en œuvre de ce Grand Chantier : Avec la Force d'Intervention et d'appui à la Télésanté: FIAT (=FAIRE) ***Organisation transversale interministérielle sous la houlette de la Présidence de la République et du Premier Ministre et un Conseil de surveillance Parlementaire*** (Voir Tableau illustratif Ghislaine Alajouanine©copyright 2012)



Créons la FIAT et lançons ce Grand Chantier avec un PLAN Quinquennal HS2*

*HS2 : Haute Sécurité Santé qui répond à la Troisième dimension du Développement Durable (Santé, Solidarité, Sécurité)

Quand : Hier ! Au vu de l'urgence, il serait souhaitable de prendre cette résolution en engageant cette démarche rapidement car elle répond aux préoccupations essentielles des Français qui veulent particulièrement

>> un égal accès aux soins, « une Démocratie Sanitaire de Proximité »

Comment : les territoires « déserts médicaux » étant des Zones de Solidarité Prioritaires ils doivent bénéficier de règles et règlements différents qui leurs seront propres La technique est au point. Bien qu'innovante, elle fonctionne...les acteurs, personnels soignants, de sécurité, de l'ingénierie...de la Télésanté sont prêts mais il faut maintenant une volonté politique et transformer l'action en réalisations pour le plus grand bien de tous

Aujourd'hui ! et pour les générations futures de **DEMAIN** !

de Ghislaine Alajouanine MC de l'Institut de France (née en Creuse !)

Présidente du Haut Conseil Français de la Télésanté et de l'Académie Francophone de Télémédecine et eSanté et Vice-

Présidente de la SFTAG Société Française des Technologies pour l'Autonomie et de Gérontechnologie (Société savante de la Silver-Economie) et de Silver Valley (Premier Cluster européen :350 Entreprises en Silver Economie)

Questions des sénateurs

1. Quel regard portez-vous sur l'organisation territoriale du système de soins français ?

Il faut une vision : *Médecine du futur* : Prédictive, Préventive, Participative, Personnalisée, Plurielle, de Proximité...

Un système trop cloisonné dans son organisation et peu visible pour les patients et qui rend particulièrement complexe le parcours de santé...

Déficit de coordination des professionnels de santé avec un trop grand fossé entre la ville et l'hôpital (et entre hôpital privé et hôpital public)

Il faut renforcer l'exercice coordonné autour du patient en l'impliquant (pourquoi ne pas donner une place à part entière aux représentants de patients dans les CPTS ?)

C'est une orientation claire qu'on retrouve dans la nouvelle loi santé. Il faut en finir avec l'exercice isolé de la médecine. C'est probablement une vraie révolution culturelle pour la médecine de ville (il faudra l'accompagner) mais il est indispensable de simplifier et améliorer les parcours de santé.

Des initiatives intéressantes en région mais qui demeurent isolés. Pas de déploiement sur la base de ces expérimentations parce que pas de stratégie claire portée par les autorités nationales jusqu'alors. Il manquait un signe, une volonté et une politique incarnée au national.

Trop de d'annonces de nouvelles structures qui complexifient l'écosystème (CPTS peu opérationnelles par manque d'accompagnement donc retard dans le déploiement de la télémédecine).

Moins de centralisation et plus de délégation régionale pour les problématiques de bassin de population

La formation des professionnels de santé au sens large au digital doit être obligatoire dans les études mais aussi en FMC. Inclus dans la DPC

Favoriser la décentralisation et la responsabilisation du terrain et la coopération inter-professionnelle.
C'est un des axes clés du projet de loi qui remet le curseur vers l'échelon local et régional avec le renforcement des communautés professionnelles territoriales de santé reposant sur les initiatives et la co-construction locales

Déficit d'opérabilité des infrastructures techniques qui cloisonne le patient dans différents univers qui ne communiquent pas entre eux et qui ne permet pas d'assurer la continuité et la coordination des parcours de soins. Le DMP est en marche mais il faut que les systèmes d'information suivent. C'est un socle technique indispensable.

Une **administration régionale** (ARS) à l'image de l'administration nationale empêtrée dans une organisation complexe et peu agile et pas assez réactive pour répondre aux besoins du terrain

Nécessité de simplifier l'organisation et la pesanteur administrativo-réglementaire pour libérer les initiatives et faire naître des projets co-construits innovants répondant aux spécificités du terrain.

Absence quasi généralisée d'une **organisation des accueils non programmés** qui déverse sur les urgences un flot de patients qui n'ont plus que ce seul recours.

C'est un projet qui vise à augmenter le nombre de médecins d'ici 10 à 15 ans et qui apporte des simplifications administratives ou techniques mais qui n'adresse pas ou que très partiellement les sujets de fonds :

- Passer d'un modèle curatif à un modèle préventif
- Passer d'un système médico centré à un système coordonné piloté par un médecin qui s'appuie sur une équipe pluri professionnelle
- Il faut, réviser le code de déontologie médicale et le code de santé publique pour permettre de s'adapter pleinement aux besoins des régions notamment il faut préciser l'exercice illégal de la médecine qui est mal défini à ce jour, la notion de compérage en relation avec une prise en charge coordonnées des soins ou la médecine foraine, d'un autre temps.

Il faut remettre aussi le patient au centre de l'organisation territoriale de notre système de soin : l'apport des Nouvelles technologies va y contribuer...

4 mots clés pour moi : simplifier, décloisonner, alléger et coordonner...

2. Quel regard portez-vous sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé et à sa capacité à répondre à la problématique des déserts médicaux ?

Bien sûr je retiens la fin du numérus clausus à la rentrée 2020 avec l'objectif de former 20% de médecins en plus mais notre problème de démographie médicale est tel que nous allons avoir devant nous 10 ans particulièrement compliqués. Depuis 2010, les médecins retraités enregistrent une hausse de 43.6% tandis que le nombre d'actifs stagne (+0.3%) -*atlas de la démographie médicale – CNOM*. Et ce n'est pas dit pour autant que dans 10 ans nos territoires ruraux et urbains deviennent plus attractifs aux yeux des jeunes médecins formés.

Avec cette nouvelle loi, nous faisons un grand pas supplémentaire. Le premier a été fait avec l'entrée dans le droit commun de la téléconsultation dans le cadre de la loi de finance de la sécurité sociale 2018 et de son remboursement à partir du 15 septembre 2018. Plus de 10 ans que j'attendais cela.

La loi permet d'aller plus loin en encourageant "toutes les prises en charge à distance, grâce à l'inscription du télésoin dans le projet de loi sur l'organisation et la transformation du système de santé, qui concernera les auxiliaires médicaux et les pharmaciens ».

Il faut mieux associer les élus, acteurs de l'attractivité de leur territoire. Les questions sanitaires et sociales sont absolument déterminantes dans la stratégie des collectivités. Et c'est vrai que ce point n'est pas bien précisé dans la loi. Si les collectivités sont bien associées à l'élaboration des projets de santé, aucune disposition ne permet de clarifier le rôle des intercommunalités et des départements dans leur mise en œuvre.

3. Quelles dispositions pourraient être ajoutées dans cette perspective ?

Depuis des années, la question du Homecare n'est pas ou trop peu traitée alors qu'elle constitue une réponse très adaptée à nos nouveaux enjeux de société.

C'est un sujet que je connais particulièrement bien et qui m'a amené à initier la démarche HS2 Haute Sécurité Santé qui répond à la troisième dimension du Développement Durable

Elle permet d'améliorer la prise en charge et le suivi médical, le confort de vie des patients et nous aidera à réaliser les économies importantes attendues.

La question du domicile doit devenir central dans nos réflexions autour de notre nouveau système de santé : pour les patients, pour les seniors et pour leurs aidants.

Il y a plusieurs façons de l'aborder. Aujourd'hui, je voudrais attirer votre attention sur **la télésurveillance** qui est certainement l'acte de télémédecine qui nous apportera la valeur ajoutée la plus importante.

La télésurveillance est un des 5 actes de télémédecine par la loi de 2009 HPST. Elle relève toujours du terrain expérimental et pour 4 ans encore.

Elle permet à un professionnel de santé d'interpréter à distance des données recueillies sur le lieu de vie du patient. Les constantes vitales sont captées par des dispositifs médicaux connectés et remontent de façon sécurisée vers le médecin qui les réceptionne sur une plateforme de suivi partagée avec toute l'équipe de soin. Les dispositifs de télésurveillance peuvent être plus ou moins sophistiqués (système de tri grâce à l'intelligence artificielle, alerting et visualisation dynamique des résultats, programmes personnalisés par patient, interopérabilité avec d'autres bases de données sur le patient ...). Pour encore plus d'efficacité, on peut y coupler de la téléconsultation pour des consultations à distance de contrôle qui évitent les déplacements inutiles des malades vers l'hôpital.

De nombreux cas d'usage sont possibles :

- Retour à domicile après une hospitalisation pour suivre le patient. Elle permet également de favoriser le virage ambulatoire dont **l'objectif est fixé** pour la chirurgie à 70% à horizon 2022. Elle permet le retour rapide du patient à domicile privilégiant son confort de vie.
- Suivi des malades chroniques (ALD) pour détecter les facteurs prédictifs précoces et les incidents annonciateurs de l'aggravation de la maladie, mieux prendre en charge rapidement les situations à risque et éviter ainsi les ré-hospitalisations mais aussi pour ajuster les traitements au fil du temps ...
- Suivi à domicile des seniors souvent polypathologiques. La télésurveillance favorise le maintien à domicile le plus longtemps possible leur permettant de continuer à vivre dans leur environnement en étant accompagné de façon personnalisée.

Ces dernières années, les nombreuses expérimentations ont permis de bâtir un terrain de preuves scientifiques solides démontrant toute la valeur ajoutée de la télésurveillance. Je ne vous parlerai que de l'exemple de Cardiauvergne mais il en existe bien d'autres

- **Sur le suivi de l'insuffisance cardiaque avec le projet Cardiauvergne** - projet coordonné par l'ARS de Clermont-Ferrand pour renforcer la coordination des soins, la surveillance et l'éducation de 2000 patients insuffisants cardiaques. Les patients sont équipés d'un pèse-personne connecté pour mesurer leur poids tous les jours. La prise de poids permet de renseigner sur la décompensation (une prise de poids importante en 48h est signe que l'eau entre dans les poumons) et d'anticiper les éventuelles complications. Les résultats sont automatiquement consignés dans le dossier patient et transmis vers une plateforme médicale qui réagit en fonction de la gravité de l'alerte et adapte le traitement à distance. Une expérimentation qui a permis de réduire le taux de réhospitalisation annuel de 13,8% à 21%, le passage aux urgences 3/10 à 6/10 et de diminuer de moitié la mortalité à 6 mois de 5,8% à 16,9% et les coûts par patient de 4500€/an.

Cette forme de médecine à distance ne remplace pas le médecin. Au contraire, elle rapproche le patient du médecin. Elle fournit au professionnel de santé des données riches et fiables l'aident

dans sa prise de décision et améliorant la prise en charge et le suivi des patients. Si elle ne se substitue pas aux consultations présentielles, elle permet d'en réduire le nombre pour se concentrer sur celles qui sont indispensables en évitant les déplacements longs et coûteux mais aussi privilégiant le confort de vie des patients tout en faisant des économies substantielles.

Si on regarde du côté des coûts, les analystes sont formels et la cour des comptes également dans son rapport de 2017 : la télésurveillance permettra de réduire massivement nos coûts de santé.

Une étude réalisée l'année dernière par la société IQVIA avec le soutien du LEEM démontrait que : la prise en charge par la télémédecine de trois pathologies chroniques : l'hypertension artérielle (HTA), le cancer de la prostate et le diabète de type 2 permettrait de réaliser pas moins de 356 M€ d'économies par an.

4-En quoi la télémédecine offre-t-elle une solution pour les déserts médicaux ?

Elle permet de répondre aux besoins de consultation urgents mais non graves sans renoncer à un diagnostic médical.

Elle permet d'isoler par un dépistage poussé sous contrôle médical (demain d'intelligence artificielle) les patients nécessitant une prise en charge physique, même à grande distance du lieu de vie.

Elle permet de maintenir des activités de vie dans des zones qui n'offrent pas suffisamment d'habitants pour qu'un médecin s'y installe.

Elle a un rôle pivot pour les pharmaciens qui ont un fort maillage territorial et sont des acteurs de proximité du patient

Elle répond en somme :

1. •**En général : au besoin d'offres en santé de Proximité** > offres de soins (consultation) , offres des préventions (de la primaire à la tertiaire), offres de services de formation au plus près des professionnels de santé isolés
2. •**En particulier** : notons que la Télémédecine/Télésanté, « ce n'est pas la panacée ! (rien ne remplacera l'examen clinique, l'empathie...) mais cela va devenir indispensable ! ». La situation de la Télémédecine/Télésanté en « IN » (d'Hôpitaux à Hôpitaux) est en voie de généralisation. En revanche, la Télémédecine/Télésanté en « OUT » (dans les foyers, le dernier kilomètre, le rural, les zones sensibles) est en stagnation et depuis des années...
3. •En Télésanté, les effets économiques comme sociaux sont positifs
4. •Prévention des transferts coûteux et traumatisants des malades vers les hôpitaux
5. •Amélioration de la répartition de l'offre de soins, évolution des métiers, passerelles interprofessionnelles (*CPS utilisation de la Carte ProSanté*)
6. •Prise en charge précoce des malades donc moins chère pour la collectivité
7. •Optimisation et suivi des traitements et meilleure maîtrise des coûts (**NB.11 millions de Patients en ALD*dépensent 60% des Assurances Maladies**)
8. •Solvabilité de la demande de soins en milieu isolé, en maritime et continuité **territoriale (Outre-Mer)**
9. •Tournée de « Mobilhomecare » connectés pour mailler le territoire même dans les endroits reculés
10. •Rationalisation de l'intervention d'urgence.Une sécurité citoyenne pré-hospitalière unique SCPU (Sécurité Civile, SAMU).
11. •Encouragement à l'installation de médecins en zone isolée et leur maintien avec avis de spécialistes à distance.
12. •Former, rassurer, prévenir et sécuriser à distance le personnel soignant, les patients, les aidants...
13. •Possibilité de laisser le malade auprès de sa famille (MAD, HAD*) et gain économique de proximité (pharmacien, épicier, boulanger...)

En **RESUME** elle permet d'apporter :

- 14. ● Aux malades : une réponse rapide, globale et adaptée, n'importe où ...
- 15. ● Aux professionnels de santé : une aide au diagnostic, un avis spécialisé, une rupture de l'isolement, une collaboration pluridisciplinaire avec, par exemple, les ergothérapeutes, une prise en charge médico-sociale, une coordination des intervenants pour un maintien à domicile.
- 16. ● A l'assurance maladie : une plus grande efficience du système de santé
- 17. ● Aux territoires une aide à la lutte contre les déserts médicaux et sociaux
- 18. ● Au pays : un développement économique et social en privilégiant le développement durable, une continuité territoriale (Outre-mer) en Santé et Education et ainsi œuvrer à la paix sociale et au bien-être.

(Avec cet apport des nouvelles technologies, ayons l'audace de « **cette révolution du soigner** » pour le meilleur. Cette adaptabilité au changement, cette rupture avec les habitudes impliquent de penser et d'**AGIR** autrement en sachant que « *Ce n'est pas en cherchant à améliorer la bougie qu'on a trouvé l'électricité ! Mais il y aura toujours des marchands de candélabres pour essayer de briser le Progrès... »*

La Télémédecine répond aussi aux besoins économiques en santé par l'ITINÉRANCE : solution innovante, peu couteuse, télémédecine -téléconsultation

- La caisse nationale d'assurance maladie a fourni des données plus fines **en distinguant le coût moyen global d'un passage aux urgences, estimé à 227 euros. (source Sénat.fr).**

21 millions de passages aux urgences, hausse quasi permanente depuis 20 ans. La DREES met en évidence la croissance inexorable de 3,5 % en moyenne du nombre de passages aux urgences, année après année, depuis 1996, à l'exception de 2010. En 20 ans, ce nombre a été multiplié par deux (10,1 millions de passages en 1996) en France métropolitaine – hors service de santé des armées.

En se fondant sur la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), renseignée en France par l'urgentiste après la prise en charge du patient, il est permis d'estimer, de manière sommaire, que **30% des passages aux urgences aurait pu être évités**. Les 10 à 20 % des patients n'ayant besoin d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale (CCMU 1) auraient pu donner lieu à une prise en charge en ville en médecine générale.

Il est aussi permis de considérer qu'environ 20 % des patients actuels des urgences hospitalières (pourcentage intermédiaire entre les bornes basse et haute de l'estimation actuelle + 5 % de patients en CCMU 2) ne devraient pas fréquenter ces structures, et qu'une médecine de ville mieux organisée et dotée des outils appropriés devrait pouvoir accueillir une proportion plus importante de ces patients.

Exemple d'impact financier du transfert des passages vers la médecine de ville pour un établissement de santé : économie de 2,3M€ pour un hôpital en orientant 20 000 passages d'urgences « évitables » annuels vers la médecine de ville (calcul réalisé par l'hôpital Robert Debré à Paris).

(source : Rapport public annuel 2019 – février 2019 - Cour des comptes - www.ccomptes.fr - @Cour des comptes).

Économie réalisable sur 21 millions de passages aux urgences :

21 millions x 30% = 7 millions de cas évitables

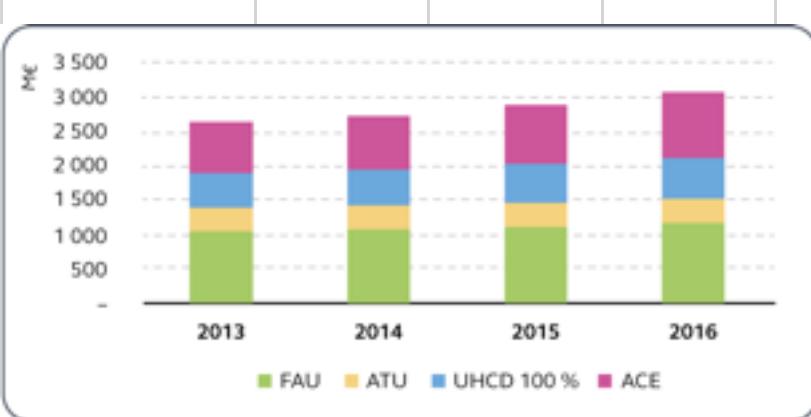
20 000 passages évités aux urgences réduisent de 2,3M€ les dépenses d'urgences d'un hôpital donc 7 millions de consultations évitées permettent une économie de 805M€ sur un an et un désenclavement des urgences.

Cout moyen pour Assurance maladie cs simples service urgence et cs ville

	urgence	cs ville	
cout journée	115	25	
cout cs nuit	150	71	
cout cs we	134	54	
visite à dom jour	0	84	
visite à dom nuit	0	104	

Cout moyen de passage aux urgences sans hospitalisations 148€ (total ATU+FAU+ACE+AC divisé par nombre total de passages aux urgences).

Cout moyen des teleconsultations : 23 à 70 €



Graphique : évolution des financements assurance maladie en faveur des services d'urgence

Modularité en exemple : prestations Unité MOBILE DE TELECONSULTATION / Unité MOBILE DE FORMATION PROXISANTÉ pour répondre aux besoins et problèmes locaux :

Investissement pour 200 unités mobiles de télémédecines (2 par départements + 10 unités de remplacements) et 3 unités mobiles de formation par département (300 + 10 de remplacements) pour couvrir le territoire français

Cout : 1 véhicule : 150000€ X 200= 30M€ + 1 Dôme = 50000€ X 310= 15,5M€

Cout Investissement pour flotte France : véhicule + dôme total = 45M€

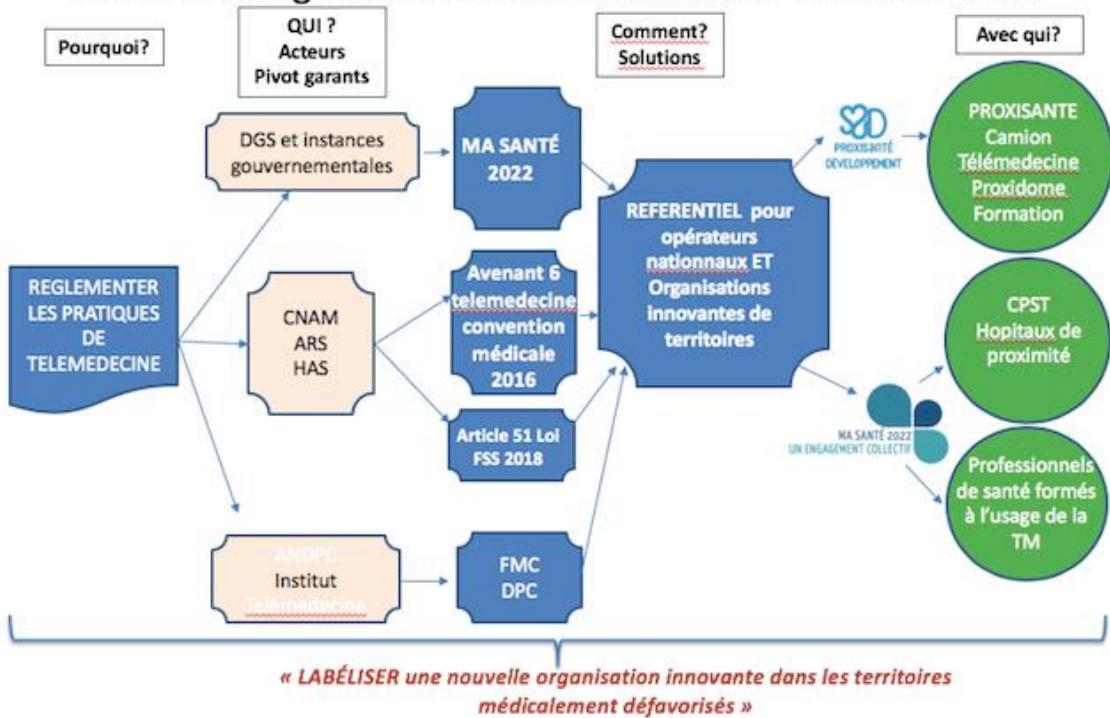
Cout Fonctionnement pour flotte France : 96M€

Cout Investissement + Fonctionnement / Département : 1,5M€



LE MEDECIN GENERALISTE doit rester au cœur du système de SANTE. Dans la mesure du possible (surcharge, insuffisance, désintéressement...), il devrait être aidé par un Coordinateur Territorial de Santé CTS FIAT de la Force d'Intervention et d'Appui Télésanté (certification de compétences HS2 Haute Sécurité Santé)

Garantir la réglementation en France de la TELEMEDECINE



5- Quels blocages principaux limitent son développement ?

Notre système médico centré et le système réglementaire qui en découle

La gestion « assurantielle » de la santé publique qui craint de ne pouvoir solvabiliser un plus fort recours à la télémédecine.

Modèle économique à revoir (T2A/parcours de soins)

CNAM et négociations avec les syndicats avec flou réglementaire freinant un développement plus rapide. Attention à trop empiler de textes (éthique...). On risque de prendre un retard industriel et de ne pas permettre au patient/usager/ citoyen de bénéficier des innovations (risque de perte de chance...)

Article 74 (article R.4127-74 du code de la santé publique)

(à réécrire et même supprimer !...)

Cet article est obsolète et empêche tout déploiement de la Médecine à Distance (pas de possibilité de Prescription, un Médecin obligatoire dans l'unité mobile Mobilhomecare !). Par exemple, il faut 9 mois dans certaines zones isolées pour avoir un rendez-vous de Dermatologue alors qu'une photo augmentée peut aider à un diagnostic à distance ou un Ophtalmologue à distance peut établir un diagnostic diabète avec l'aide d'un rétinographe embarquée dans une unité mobile (Fond de l'œil) et ce n'est pas de la Médecine Foraine comme au XVIIIème siècle ! De plus, à noter la contradiction dans l'Article 8 de la 404 (Loi Santé) en 9 il est écrit « les Hôpitaux de Proximité ...peuvent apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d'équipes mobiles !

Article 74 (article R.4127-74 du code de la santé publique)

L'exercice de la médecine foraine est interdit ; toutefois des dérogations peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre dans l'intérêt de la santé publique.

Toutefois, quand les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile selon un programme établi à l'avance.

La demande d'autorisation est adressée au conseil départemental dans le ressort duquel se situe l'activité envisagée. Celui-ci vérifie que le médecin a pris toutes dispositions pour répondre aux urgences, garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins aux patients qu'il prend en charge.

L'autorisation est personnelle et inaccessible. Il peut y être mis fin si les conditions fixées aux deux alinéas précédents ne sont plus réunies.

Le conseil départemental au tableau duquel le médecin est inscrit est informé de la demande lorsque celle-ci concerne une localité située dans un autre département.

6-Le développement actuel de la télémédecine et son régime juridique prennent-ils suffisamment en compte les problématiques des déserts médicaux ?

Non ! la vision juridique est déconnectée des usages réels. Elle ne doit pas être un frein à l'innovation et faire exploser les coûts des modèles économiques.

Les régions (ARS) qui vivent les problématiques de déserts médicaux ont la mission d'ajuster l'organisation des soins mais avec la contrainte de respecter les codes cités précédemment ce qui, au final, les enferme dans un petit périmètre d'action.

7-Concrètement, selon vous, comment peuvent s'effectuer les activités de téléconsultation pour les patients qui n'ont pas accès à la technologie et/ou accès à internet ? La situation de ces personnes est-elle suffisamment prise en compte par le régime juridique actuel ?

Dans un premier temps, si l'on accepte le principe de la télémédecine asynchrone, on supprime la contrainte du flux vidéo, très consommateur de bande passante.

Ensuite, en s'appuyant sur les professionnels de santé ancrés en grand nombre dans les territoires, pharmaciens, opticiens,... permettre que l'accès à la télémédecine soit possible à partir de ces professionnels.

S'appuyer sur une téléconsultation sécurisée pour le patient et le médecin : rôle pivot du pharmacien ou d'un autre professionnel de santé. Rôle de l'IOT médical pour la prise des mesures par rapport au déclaratif patient permet de rassurer le professionnel de santé qui téléconsulte

Flou juridique sur la notion de parcours de soins ou de hors parcours.

(Plateforme de professionnels de santé)

La télémédecine satellitaire est possible partout ! (je l'ai même expérimenté en Afrique dans les ZSP)

Valoriser le rôle des infirmières et des soignants et des aidants pour les patients. (transfert de compétences et délégations....)

8-Selon vous, la reconnaissance du télésoin par l'article 13 du projet de loi, qui vise à étendre aux pharmaciens et auxiliaires médicaux les actes effectués par le biais des technologies de l'information et des communications, est-elle satisfaisante ?

Toujours pareil > le modèle économique ?

Processus administratif trop lourd

Définir la vidéotransmission dans le cadre de la télésanté au sens large (téléconseil, télésoins) pour que les normes soient fixées et éviter les dérives de sécurité (ex Skype, Facetime...)

ATTENTION même si le pharmacien est un véritable pilier de la ville, et un tiers de confiance, les tous petits villages ne sont pas forcément pourvus d'officines, et les auxiliaires médicaux manquent cruellement de formation (seulement 8,3% d'entre eux se forment, par manque de temps ou de proposition locale).

Aujourd'hui sur le site de l'agence Nationale du DPC (Développement Professionnel Continu), il n'y a que 16 formations en rentrant le mot clé « Télémédecine» sur 3161 formations proposées en 2019 ! (ne sont pas incluses les formations à cursus long des universités).

9-Selon vous, le cadre fixé par l'avenant 6 de la Convention médicale, signé le 14 juin 2018, pour la prise en charge par l'assurance maladie des téléconsultations, est-il satisfaisant pour accompagner le développement de la télémédecine en France, en particulier dans les déserts médicaux ?

Non ! insuffisant car trop de flous sur les parcours de soins et le hors parcours de soins

Chiffres annoncés par les plateaux médicaux (Qare, Livy...) divergent des chiffres officiels de la CNAM (8000 annoncé dans un communiqué officiel)

Loin des 50 000 actes prévus en 2019 malgré une accélération prévisible.

Pour que la télémédecine soit efficiente, il faudrait inclure dans cette convention la notion de télésoin asynchrone.

Pour certaines spécialités dont l'ophtalmologie par exemple, l'obligation d'avoir consulté dans l'année précédente l'ophtalmologue rend les systèmes de prise en charge dérogatoire, donc soumis à interprétation.

10-L'avenant 6 de la convention prévoit que pour les patients sans médecin traitant, les téléconsultations peuvent être prises en charge si le médecin appartient à une organisation territoriale locale, comme les centres de santé. La condition posée n'est-elle pas trop restrictive ? Le cas échéant, ne faut-il pas envisager, pour les patients vivant en désert médical, un cadre permettant les téléconsultations sans condition de proximité entre le professionnel de santé et le patient ?

Oui ! trop restrictive.

mais oui il faut laisser la possibilité de consulter un médecin sans condition de proximité en mode débordement si pas de médecin localement appartenant à une CPTS

Attention délai organisationnel et aux contraintes administratives

Mais comment le vérifier sans créer des conflits déontologiques.

Attention au partage des données du patient entre professionnel de santé via le DMP ou l'espace numérique de santé...

Il faudrait reconnaître la téléconsultation comme une consultation « normale » notamment dans les zones sous-denses

Désertification médicale = absence de médecin. Comment un médecin « overbooké » ou une infirmière surchargée peuvent-il appartenir à une organisation territoriale locale en plus ?

MA santé 2022 propose une organisation territoriale : « *Dans la période transitoire, l'ensemble des établissements publics de santé et médico-sociaux, à l'exception de l'AP-HP et quelques établissements implantés dans des territoires très spécifiques (ex : outre-mer), rejoignent les GHT. Sont notamment concernés les centres hospitaliers spécialisés en santé mentale, les EHPAD et établissements publics de prise en charge des personnes en situation de handicap.* »

→ oui mais ce sont des établissements FIXES , on fait comment dans les petites ruralités éloignées de ces établissements si on n'a pas une offre itinérante pour les « derniers kilomètres, les gens isolés » ?

Près de 2,5 millions de Français vivent dans un désert médical extrême. L'ordre des médecins recense 192 zones en danger, notamment dans le Centre, le Poitou-Charentes et la Haute-Normandie.

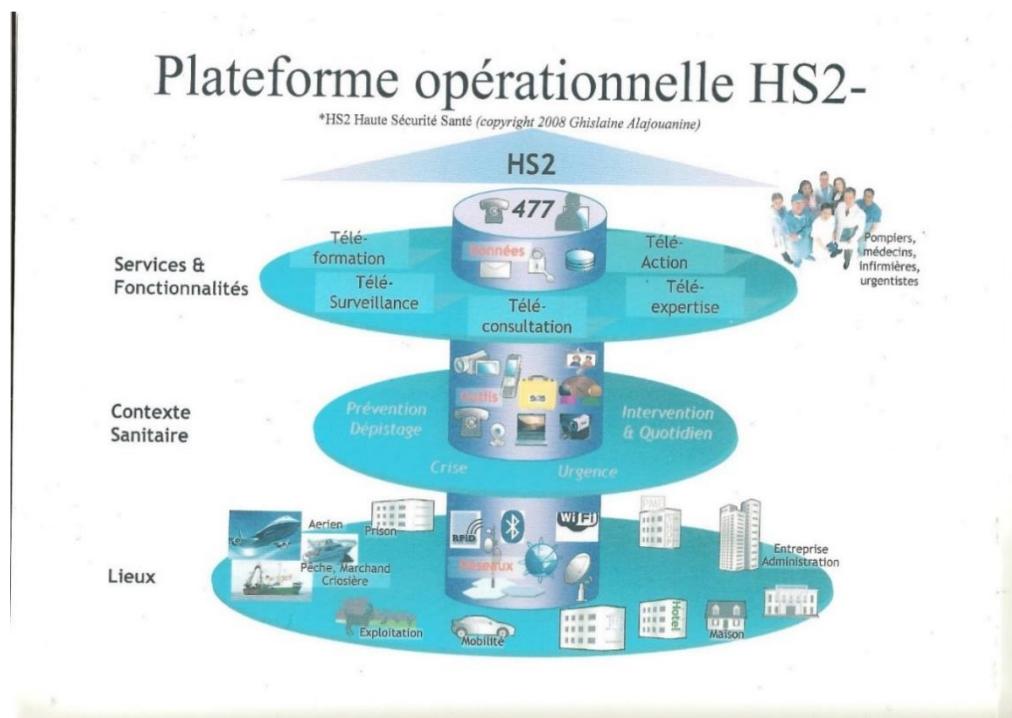
Les régions Centre (avec 43 zones repérées), Poitou-Charentes en Nouvelle Aquitaine (22) et Normandie (18) comptent le plus grand nombre de bassins de vie « très défavorisés » en termes d'accès aux soins. Soit un total de 83 !

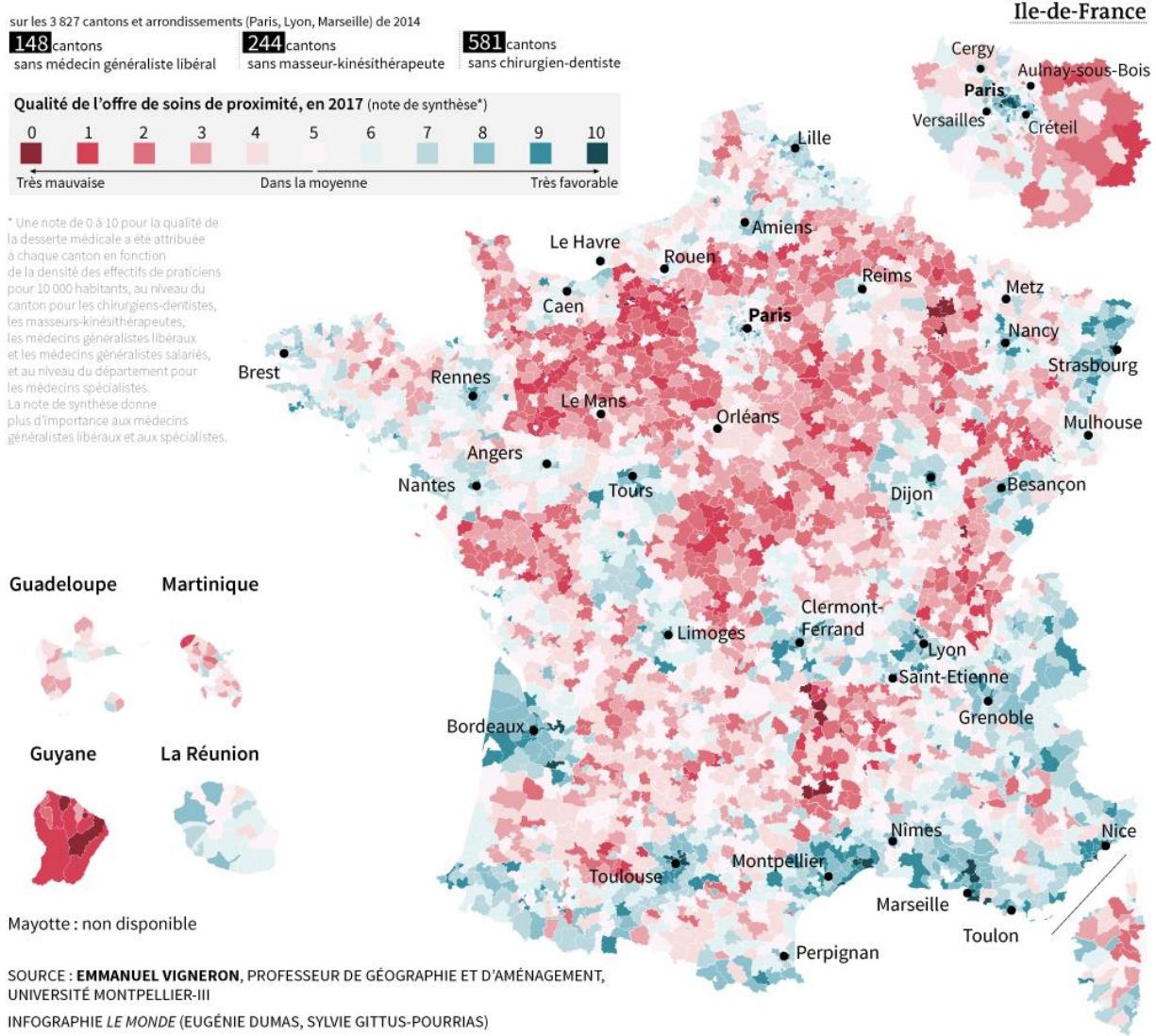
Comme « Proxisanté » (pris en exemple), les modèles existent et ils ont fait leur preuve !

Unité mobile opérationnelle de télémédecine = « Proxisanté » + unité de formation télémédecine et Prévention (de l'Institut de Télémédecine) itinérante complété par « Proxidome» avec formation courte et adaptée aux activités professionnelles chronophages d'un professionnel isolé. Sécurité : Les équipements technologiques de la télémédecine et le transfert de données de santé sont sécurisés à l'aide de boîtier en système cryptage.

Ce modèle répond à la démarche HS2 et rentre dans la certification par un tiers de confiance officialisé, certificateur indépendant comme l'APAVE (142 centres à travers la France, 11000 personnes).

Pour éviter les dérives , appuyons nous sur La [circulaire du 13 avril 2018](#) relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018 qui précise les modalités de mise en œuvre du dispositif de l'article 51 par les Agences Régionales de Santé. En son article 51, un dispositif permettant d'expérimenter de nouvelles organisations en santé reposant sur des modes de financement inédits. Et ce, dès lors que ces nouvelles organisations contribuent à améliorer le parcours des patients, l'efficience du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de la prescription des produits de santé...





11-Que répondez-vous aux critiques des médecins qui estiment que les dérogations au parcours de soin permises par l'avenant sont susceptibles d'être utilisées par les plateformes commerciales ?

Elles ne sont pas justifiées en réalité. Mais à ce stade, on est dans les craintes et inquiétudes, le temps que le dispositif se stabilise.

Conduite du changement qui doit être accompagnée : modification de la pratique médicale/ plus de temps pour les patients chroniques dans le suivi à distance.

Rémunération au forfait à renforcer en étant inventive. Plus de problématique d'accès à la ressource médicale (par le plateau) dans le cadre d'un remplacement

L'organisation des soins et l'utilisation de la télémédecine ne sont plus une option mais un besoin car aujourd'hui, le système qui vise à raréfier l'offre de soins, conduit à une baisse de l'état de santé de la population. Il faut donc que les médecins acceptent ce changement qui vise à transformer et enrichir profondément leur métier d'expert technique à piloter d'une équipe de soins.