

**Note sur la télémédecine en France**

 **Historique d’un démarrage complexe et modalités du déploiement national engagé**

*Actualisée au 6 décembre 2018*

**PRINCIPAUX TEXTES APPLICABLES**

* *Loi n***°***2009-879**du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (article L. 6316-1 du Code de la santé publique)*
* *Décret d’application n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine (articles R.6316-1 et suivants du Code de la santé publique)*
* *Circulaire n° DGOS/PF3/2011/451 du 1er décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l’élaboration du programme régional de télémédecine, disponible en cliquant* [**ICI**](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34199.pdf)*, avec fiches pratiques associées, dont « prise en charge des maladies chroniques »*
* *Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013**LFSS pour 2014 (article 36)*
* *Loi n°2016-* ***1827 du 23 décembre 2016*** *LFSS pour 2017 (article 91)*
* *Décret n°2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022*
* ***Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 LFSS pour 2018 (article 54)***
* ***Arrêté du 1er aout 2018 (JO 10 aout 2018) « portant approbation de l’avenant n° 6 à la convention nationale » relatif au déploiement de la télémédecine***
* ***Arrêté du 16 aout 2018 (JO 23 aout 2018) complétant l'avenant et définissant les différents tarifs applicables***

## ***Décision du 10 juillet 2018 de l'Union nationale des caisses* *d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie (JO 28 aout 2018)***

## ***Décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine (JO du 14 septembre 2018)***

## ***Arrêté du 11 octobre 2018 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018 (JO du 27 octobre 2018)***

* ***Circulaire CIR-21/2018 de la CNAMTS du 12 novembre 2018 relative à la présentation de l'avenant 6 à la convention médicale 2016 -Modalités de mise en œuvre des actes de télémédecine.***
* ***Circulaire CIR-22/2018 de la CNAMTS du 12 novembre 2018 relative à*** ***la présentation des mesures de l'avenant 6 à la convention médicale 2016 autres que la télémédecine.***

**DEFINITION**

L’article **L. 6316-1 du Code de la santé** **publique** définit la télémédecine de la manière suivante :

« *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 sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».*

**LES CINQ TYPES D’ACTES RELEVANT DE LA TELEMEDECINE**

Les articles R. 6316-1- et suivants du même Code ont distingué 5 types d’actes de télémédecine :

1° **La téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient.

2° La **télé-expertise,** qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières

3° La **télésurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.

4° La **téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

5° La réponse médicale apportée dans le cadre de la **régulation médicale** (SAMU)

En 2013, la HAS publie une **grille de pilotage et de sécurité d’un projet de télémédecine**, disponible en cliquant [**ICI**](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/guide_grille_de_pilotage_et_de_securite_d_un_projet_de_telemedecine_2013-07-18_13-34-47_545.pdf)**,** visant à aider les acteurs à se positionner dans ce type de prise en charge à distance.

Par ailleurs, un livre Blanc, associant industriels du numérique et du dispositif médical, intitulé « *Télémédecine 2020, Modèles économiques pour le télé-suivi des maladies chroniques* », disponible en cliquant [**ICI**](http://esante.gouv.fr/sites/default/files/livre_blanc_telemedecine_avril2013.pdf), propose des recommandations pour des modèles économiques viables.

**L’HISTORIQUE DE L’EXPERIMENTATION ETAPES[[1]](#footnote-1)**

**☞ L’article 36 LFSS 2014** expérimente la télémédecine, à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de 4 ans dans 9 régions test[[2]](#footnote-2), pour les patients pris en charge en ville, ou en structures médico-sociales.

**Les actes ETAPES, liquidés par les caisses d’affiliation des assurés sociaux et le forfait structure sont financés par les ARS via le FIR, avec des fonds exclusivement dédiés.**

**☞ L’article 91 de la LFSS 2017** prolonge ce programme d’un an et le généralise aux centres de santé, MSP, établissements médico-sociaux et établissements de santé, sur l’ensemble du territoire.

Il offre la possibilité aux établissements de santé de participer aux expérimentations dans le cadre des ACE et de pouvoir bénéficier d’un financement forfaitaire.

**Fin 2017, la** **DGOS remet un rapport au Parlement**, disponible en cliquant [**ICI**](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_telemedecine_etapes_rapport_parlement.pdf)**,** sur l’avancement de la télémédecine via ETAPES et les progrès rendus possibles par ce dispositif.

**En outre, dans le cadre du règlement européen sur la protection des données (RGPD), la CNIL a supprimé les obligations d’autorisation préalable de traitement des données personnelles pour les dispositifs de télémédecine, au profit d’u**ne simple déclaration**.**

**☞ L’article 54 de la LFSS 2018**  poursuit l’expérimentation pour les **actes de télésurveillance** en médecine de ville, établissements de santé ou structures médico-sociales, à compter du 1er janvier 2018, pour une durée de 4 ans, sur l’ensemble du territoire. Le financement continue à relever du FIR. Cette activité suppose la coordination de plusieurs types d’acteurs autour du patient : effectuer la télésurveillance médicale, fournir la solution technique, assurer l’accompagnement thérapeutique.

L’arrêté du 11 octobre 2018 « portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018 », disponible en cliquant [**ICI**](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037533105),comprend les cinq cahiers des charges concernant les patients : porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique ; diabétiques ; insuffisants cardiaques chroniques ; insuffisants rénaux chroniques ; insuffisants respiratoires chroniques.

Trois modifications ont été apportées par rapport aux cahiers des charges existants de l’expérimentation ETAPES, lesquels sont abrogés :

* La première concerne l'insuffisance respiratoire où la fréquence de demande de questionnaire va diminuer pour n'être plus qu'à une fois par mois ;
* La deuxième concerne l'insuffisance rénale où le critère d'exclusion des patients greffés a été supprimé ;
* La dernière concerne la prise en charge du diabète, où les adolescents ont été ajoutés au dispositif et la clause des six mois minimum après la première insuline retirée.

⇨ Une évaluation d’étape HAS fera l’objet d’un rapport au Parlement par le Ministre de la santé avant le 30 septembre 2019.

⇨ Une évaluation médico-économique, sociale, qualitative et quantitative HAS en vue d’une généralisation, fera l’objet d’un rapport au Parlement par le Gouvernement avant le 30 juin 2021.

**DEPLOIEMENT NATIONAL ET MODALITES DE REMUNERATION**

**☞ En septembre 2017, la** **Cour des comptes[[3]](#footnote-3)** a intégré un chapitre VII intitulé*« La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre*»disponible en cliquant [**ICI**](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017-telemedecine.pdf).

⇨ Contribution potentiellement majeure à la modernisation du système de santé, à repenser dans le cadre plus large de l’«e-santé», en levant les freins juridiques et techniques à son essor.

⇨ Forte disparité régionale et retard pris au national : actes pris en charge par le FIR passés de 10 703 en 2011 à 257814 en 2015. 114 M€ dépensés par les ARS pour soutenir les projets correspondants entre 2011 et 2015, dont 69M€ en FIR, toutes missions confondues. En 2015, les dépenses ont légèrement dépassé 18 M€.

⇨ Economie évaluée à 2,6 milliards d’euros pour la télésurveillance des maladies chroniques dans la prise en charge du diabète traité par insuline, de l’insuffisance cardiaque et rénale.

**☞ Le décret du 29 décembre 2017 « *stratégie nationale de santé 2018-2022* » a prévu la nécessité de généraliser dans la pratique quotidienne l’usage de la télémédecine, en premier lieu des téléconsultations et les télé-expertises et construire un cadre éthique de l’utilisation de la télémédecine afin qu’elle bénéficie à l’ensemble de la population.**

**☞ L’article 54 de la LFSS 2018 précité**, a confié aux partenaires conventionnels le soin de négocier et fixer les tarifs de remboursement et les modalités de mise en œuvre des actes de télémédecine.

Cette négociation s’est concrétisée par la signature de l’avenant 6 de la convention **nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 25 août 2016.**

**Son approbation, officialisée par arrêté du 1er aout, publié au JO du 10 aout 2018, disponible en cliquant** [**ICI**](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037306389)**, cible uniquement la téléconsultation et la télé-expertise avec :**

**⮱ La généralisation de la téléconsultation au 15 septembre 2018**

⇨ **Vise** l'ensemble des médecins libéraux conventionnés, quels que soient leur secteur d'exercice et leur spécialité, via une revalorisation du forfait structure.

⇨ **Acte l’inscription des actes de téléconsultation et de télé-expertise dans le droit commun.**

Ainsi, sauf exceptions, tout patient pourra en bénéficier dès lors qu’il sera :

* **Inscrit dans le cadre du parcours de soins coordonné, c’està dire orienté initialement par son médecin traitant si elle est réalisée par un spécialiste ;**
* **Connu du médecin télé-consultant (au moins une consultation en présentiel dans les douze mois précédents, afin de disposer des informations nécessaires à un suivi médical de qualité).**

**⮱ Ces deux obligations conditionnent le droit au remboursement de la téléconsultation.**

**L’acte de téléconsultation, comme celui de la télé-expertise, fera l’objet d’un compte rendu par le médecin télé-consultant, archivé dans son propre dossier patient, puis le cas échéant dans le DMP.**

**En terme de rémunération, il sera valorisé dans les mêmes conditions que la consultation “en présentiel”. Il sera possible de refacturer des dépassements d’honoraires.**

**Si un médecin assiste le patient lors de la téléconsultation, il pourra facturer une consultation dans les conditions habituelles, parallèlement à la facturation de la téléconsultation par le médecin télé-consultant.**

**⮱ Le calendrier de déploiement de la télé-expertise à l’ensemble des patients défini avant fin 2020**

D’ici là, une **expérimentation** débutera en février 2019 :

⇨ Ciblant les patients ALD, souffrant de maladies rares, vivant en territoires sous-médicalisés, en Ehpad et personnes incarcérées.

⇨ Rémunérée selon un niveau de complexité : 5 ou 10€ pour le médecin appelant (plafond de 500 €/an pour l’ensemble des télé-expertises quel que soit le niveau) et 12 ou 20€ pour le médecin expert appelé (limite de 4 actes par an pour le niveau 1 et deux actes par an pour le niveau 2, pour un même patient). Il ne pourra y avoir aucune facturation de dépassement d’honoraires.

**Deux niveaux de télé-expertise** : niveau 1 consistant en *« un avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d’une situation médicale* », niveau 2 consistant en un « *avis circonstancié donné en réponse à l’exposition d’une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence* ».

Au terme d’un an, les partenaires conventionnels ont convenu d’identifier, en lien avec recommandations et référentiels HAS/CNP, les actes de télé-expertise susceptibles de justifier un **troisième niveau de tarification** correspondant à des actes particulièrement complexes.

En fonction des résultats observés, ils se réservent la **possibilité de redéfinir, en 2020, le périmètre, les modalités de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation et de télé-expertise**

**CONCLUSION**

Le développement de la télémédecine s’inscrit donc dans un **objectif de facilitation de l’accès au système de soins et d’enrichissement des possibilités de prise en charge offertes au patient**.

Les modifications organisationnelles qu’elle nécessite, démontrent une volonté politique renforcée, qui place la télémédecine au cœur de la **réponse aux enjeux de santé publique actuels**.

Un comité national, participant à la définition des orientations de la télémédecine a été mis en place, composé notamment des 4 fédérations hospitalières, et complété d’un comité national des ARS, afin de restituer les questions se posant sur les territoires.

Les pouvoirs publics ont annoncé avoir pour objectif **d’atteindre 1,3 million d’actes en télémédecine en 2021, et 500 000 dès 2019 (pour** moins de 260 000 actes de télémédecine – de toutes sortes – réalisés en 2015 d’après la Cour des Comptes)**, afin de lutter contre les déserts médicaux, éviter des hospitalisations et transports de patients, renforcer le lien ville-hôpital et s’articuler avec la généralisation du DMP.**

Il reste maintenant à la rendre opérationnelle afin d’assurer ce déploiement ambitieux, notamment par **l’adhésion et la formation ad hoc des professionnels médicaux**, déjà fortement sollicités et en en élargissant le champ d’application, avec l’intégration des patients hospitalisés dans la téléconsultation par exemple.

1. **E**xpérimentation de **T**élémédecine pour l’**A**mélioration des **P**arcours de **S**anté [↑](#footnote-ref-1)
2. Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire et Picardie [↑](#footnote-ref-2)
3. Rapport annuel sur l’application des lois de financement dela Sécurité sociale [↑](#footnote-ref-3)