

# TÉLÉMÉDECINE : DES ÉCONOMIES EN TROIS ACTES

La téléconsultation, la télésurveillance et la télé-expertise - trois actes de la télémédecine - entrent progressivement dans le circuit de remboursement de la Sécurité sociale. Une nouvelle étude IQVIA pour l'Association des laboratoires japonais présents en France (LaJaPF) montre leur efficacité sur trois pathologies d'intérêt majeur pour le système de santé. Jusqu'à 356 millions d'euros d'économies sont attendues, sans impacter la qualité des soins.

# Edito

## La télé-médecine, pour agir sans attendre

La digitalisation du parcours de santé des patients, doublée de la révolution numérique et de l'essor de l'Intelligence Artificielle (IA) dans l'aide diagnostique et thérapeutique des professionnels de santé, constituent sans aucun doute les fondements de ce que l'on peut appeler la troisième révolution industrielle au service de notre système de soins.

Si l'on ajoute à cela les progrès liés à l'innovation thérapeutique dans des domaines tels que la cancérologie, l'immunologie, ou encore les maladies métaboliques, on peut admettre que nous sommes à la veille d'un bouleversement majeur de l'organisation de notre système de santé.

Le plan Santé 2022 présenté par la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, ouvre la perspective des fondations de cette réforme ambitieuse. Dans la longue liste de mesures incluses dans ce plan, certaines seront coûteuses et ne produiront probablement pas de rendement avant cinq, voire dix ans. Ainsi en est-il de la réforme de la tarification hospitalière, du remodelage structurel des hôpitaux publics, du délicat sujet de la gestion des urgences, du « reste à charge zéro » sur les soins dentaires et optiques, de l'ouverture à de nouveaux métiers pour améliorer la fluidité du parcours de soins, de la revalorisation de certains actes médicaux ou officinaux, ou encore de la mise en place de la télé-médecine pour laquelle nous accusons un retard considérable.

C'est précisément à ce sujet que l'Association des laboratoires Japonais en France (LaJaPF) et la société IQVIA se sont intéressées en réalisant une étude inédite sur l'impact de la télé-médecine sur trois parcours de soins : l'hypertension artérielle, le diabète et le cancer de la prostate. Cette étude réalisée en « vie réelle » sur la

base EGB en partenariat avec l'Université de Lyon, a pour objet d'examiner les actes susceptibles d'être pratiqués par la télé-médecine et d'en mesurer l'impact budgétaire, ou tout du moins, le coût maximum de nomenclature pour que l'efficacité soit au moins de 50% pour les comptes de l'Assurance-maladie.

Au-delà des chiffres, cette étude pose la question de la manière dont nous devons faire progresser notre système de soins. Il est en effet difficile d'imaginer une telle évolution dans le carcan d'une contrainte budgétaire dont le rythme d'évolution est deux fois inférieur au tendancier des dépenses de santé. Les grandes réformes structurelles ne survivent pas à l'austérité inscrite dans le temps court. Au contraire, l'innovation en santé suppose dans un premier temps d'investir et de faire confiance aux acteurs de santé pour opérer les inéluctables changements, qu'impose le progrès, dans leurs pratiques. Le rendement de ce modèle profondément « Schumpétérien » s'inscrit quant à lui dans le temps long.

C'est l'idée défendue également par le Leem lors de la tenue du dernier Csis sous l'égide du Président de la République et du Premier ministre, et qui justifie son soutien à la présentation des résultats de cette étude.

**Patrick Errard,**  
président de LaJaPF



# Introduction

Les promesses de la télé médecine sont nombreuses : lutte contre les déserts médicaux, amélioration du suivi et de la qualité de vie des patients... Elles rappellent autant l'aspect stratégique de son développement pour la modernisation du système de santé, que la nécessité d'évaluer au mieux ses bénéfices réels.

La télé médecine participe au développement de la médecine ambulatoire, l'un des bouleversements clés du système de santé français. On peut donc en attendre, en toute logique, des économies substantielles, grâce à une baisse du nombre de séjours hospitaliers, des frais de transport des patients et des arrêts de travail liés aux consultations de suivi.

Mais il faut reconnaître que les données fiables et précises manquent encore pour évaluer précisément son impact économique. La télé médecine se nourrit d'investissements financiers, et surtout humains. Seules les études et les expérimentations permettront de fédérer les autorités et les professionnels de santé autour de projets ambitieux.

La télé médecine va-t-elle permettre au système de santé de dégager des économies, tout en finançant ces nouveaux actes ? C'est la question à laquelle répond l'Association des laboratoires japonais présents en France (LaJaPF) dans une étude inédite réalisée par IQVIA, en partenariat avec le département de PharmacoEpidémiologie du CHU de Lyon. Ces travaux, menés à partir des données en vie réelle de l'Assurance-maladie, se focalisent sur trois modalités d'intervention de télé médecine (téléconsultation, télé-surveillance et télé-expertise) et sur trois pathologies d'intérêt : l'hypertension artérielle (HTA), le diabète de type 2 (DT2) et le cancer de la prostate.

Ces modèles révèlent un réel impact économique de la télé médecine, avec une économie qui atteint jusqu'à 322 millions d'euros par an dans le cas du suivi de l'hypertension artérielle, via un dispositif de télémonitoring, soit 14 % de la dépense de soins liée à cette pathologie. De plus, ces modélisations offrent des outils pertinents à l'évaluation économique d'un programme de télé médecine. En prenant comme hypothèse d'obtenir une économie de 50 % des dépenses de santé, le modèle mathématique utilisé propose pour une téléconsultation avec un urologue pour les hommes ayant eu une prostatectomie un prix maximum de consultation de 160 euros, afin d'assurer son intérêt économique réel.

## Les enseignements clés de l'étude :

### Des économies substantielles :

322 M€

grâce à la télésurveillance dans la prise en charge de l'hypertension artérielle

26,3 M€

grâce à la téléconsultation dans la prise en charge du cancer de la prostate

8 M€

grâce à la télé-expertise dans la prise en charge de la rétinopathie diabétique

- La télémedecine permet de réduire de 6 % à 21 % le coût de la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques.
- Les économies se concentrent sur une diminution du coût des consultations, des frais de transport et des arrêts de travail liés aux consultations de suivi.
- Dans les trois cas étudiés, les dispositifs restent nettement efficaces même avec l'hypothèse de consacrer 50 % des économies dégagées au financement des outils de la télémedecine.
- Ces modélisations peuvent servir d'aide à la décision, en complément des opinions d'experts sur l'intérêt clinique, afin de définir la juste valorisation des interventions de télémedecine.
- Les interventions étudiées s'intègrent facilement aux pratiques de prise en charge actuelles sans bouleverser le parcours patient / soignant
- Au-delà de l'optimisation des coûts, la télémedecine facilite l'accès et renforce la qualité des soins, améliore la santé et la qualité de vie et permet l'implication et la satisfaction des patients et des soignants

# Sommaire

<b>I - La télé médecine, une autre manière de soigner</b> .....	<b>p. 6</b>
• Les cinq composantes de la télé médecine	
• Téléconsultation, télé-expertise et télésurveillance dans le circuit de remboursement	
• L'efficacité de trois types de modalités d'intervention évaluée	
<b>II - Présentation de l'étude</b> .....	<b>p. 7</b>
• Des scénarios issus de la littérature scientifique	
• Une situation de référence pour chaque patient	
• L'efficacité de la télé médecine comparée à celle du parcours de soins classique	
<b>III - De 6 % à 21 % d'économies selon les maladies.</b> .....	<b>p. 9</b>
• L'hypertension artérielle (HTA)	
• Le cancer de la prostate	
• Le diabète de type 2 avec suspicion de rétinopathie diabétique	
<b>IV - Des promesses tenues</b> .....	<b>p. 10</b>
• La télé médecine, un investissement limité	
• Des actes qui s'autofinancent	
• Une réponse aux défis du système de santé	
<b>V - Interviews</b> .....	<b>p. 12</b>
• <b>Thomas Mesnier</b> , député de Charente, coauteur du rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins	
• <b>Lydie Canipel</b> , secrétaire générale de la Société française de télé médecine, présidente de FORMATICSanté	
• <b>Dr Jean-Paul Ortiz</b> , président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)	
• <b>Gérard Raymond</b> , président de l'Association française des diabétiques	

# La télé médecine, une autre manière de soigner

« Les actes de télé médecine sont des actes médicaux à part entière et répondent aux mêmes objectifs de soins des patients »,  
Thomas Mesnier, député de Charente

## Les cinq composantes de la télé médecine

Composante de la télésanté, la télé médecine est définie par le Code de la santé publique (art. L.6316-1), comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication ». Elle repose sur cinq types d'actes : la téléconsultation, qui permet à un professionnel de santé de donner une consultation à distance à un patient ; la télé-expertise, où un médecin sollicite l'avis de spécialistes sur des éléments du dossier médical du patient ; la télésurveillance médicale, qui permet au professionnel d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge ; et enfin la téléassistance médicale, lorsqu'un professionnel médical assiste à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte et enfin la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale (Samu).

## Téléconsultation, télé-expertise et télésurveillance dans le circuit de remboursement

Depuis le 15 septembre 2018, la téléconsultation est prise en charge par l'Assurance-maladie sous certaines conditions, dont le respect du parcours de soins coordonné et du médecin traitant comme téléconsultant, malgré quelques exceptions, notamment en situation d'urgence. Par ailleurs, la téléconsultation doit être proposée par le médecin à son patient, qui donne son accord.

À partir de février 2019, les actes de télé-expertise seront à leur tour remboursés. Elle sera d'abord réservée à certaines catégories de patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité, notamment les personnes en affection longue durée (ALD).

Pour la télésurveillance enfin, plusieurs dispositifs sont aujourd'hui remboursés par la Sécurité sociale, comme la solution eNephro de Pharmagest, qui améliore le suivi des patients dialysés et transplantés. Certains outils sont également prêtés par l'Assurance-maladie aux patients, par l'intermédiaire des médecins, comme les tensiomètres d'automesure.

## L'efficacité de trois types de modalités d'intervention évaluée

Le champ d'action de la télé médecine est très vaste. Afin d'évaluer l'efficacité de ces trois modalités d'intervention de télé médecine, l'étude IQVIA, pour LaJaPF, s'est ainsi arrêtée sur trois pathologies d'intérêt important, mais avec des caractéristiques différentes :

- L'hypertension artérielle (HTA), qui a une forte prévalence et pour laquelle le potentiel d'économies globales est important.
- Le diabète de type 2, où la prévalence est en constante augmentation et pour laquelle de grands programmes (tel que le programme SOPHIA) soulignent l'intérêt de la prise en charge en termes de santé publique.
- Le cancer de la prostate, qui a une prévalence en augmentation, et qui est une pathologie complexe avec une prise en charge hospitalo-libérale et des coûts associés élevés.

### Les précurseurs de la télé médecine :

- **La Norvège** s'est dotée dès 1978 d'un centre national de recherche et d'expertise sur les soins intégrés et la télé médecine. Il a notamment permis de développer un programme en direction du Grand Nord norvégien, comprenant la surveillance à distance de la dialyse, l'analyse de résultats dermatologiques à distance et la transmission de résultats d'analyses biologiques.

- **Le Canada** propose depuis les années 1990 des programmes de télé médecine en direction des populations installées dans les territoires peu urbanisés.

- **Aux États-Unis**, la Veterans Health Administration (VHA), qui assure 8,8 millions d'anciens militaires et de membres de leurs familles, a mis en place trois plates-formes nationales : une de télésanté clinique, une seconde de télésanté à domicile et une plate-forme pour consultations « asynchrones » (télé-expertise)

# Présentation de l'étude

L'EGB présente les données au 97<sup>e</sup> de la population couverte par l'Assurance-maladie. Elle permet d'analyser le parcours de soins individuels des assurés en ville et à l'hôpital sur des périodes de temps significatives.

## Des scénarios issus de la littérature scientifique

Pour chacune de ces trois pathologies, un scénario a d'abord été mis en place afin de modéliser l'impact économique potentiel d'une intervention de télé-médecine sur ces trois pathologies chroniques :

- Scénario 1 : Une télésurveillance par le contrôle à distance de la pression artérielle chez les patients atteints d'hypertension artérielle (HTA).
- Scénario 2 et 2b : Une téléconsultation avec l'urologue, pour les patients atteints d'une tumeur maligne de la prostate, ayant subi une prostatectomie depuis au moins 3 mois et au plus 12 mois, et traités par hormonothérapie et/ou chimiothérapie en ville.
- Scénario 3 : Une télé-expertise avec l'ophtalmologue de patients atteints d'un diabète de type 2 avec suspicion de rétinopathie diabétique.

Ces scénarios ont été établis à partir de différentes études sur l'impact de la télé-médecine, issues de la littérature scientifique. Le scénario étudié dans l'hypertension artérielle (scénario 1) s'appuie par exemple sur deux études, publiées en 2011 et 2013, dans des revues de référence<sup>1</sup>. Elles montrent, grâce à la télésurveillance de la pression artérielle des patients, une diminution de 63% des consultations MG/infirmières, une diminution de 25% de coûts des traitements (médicaments), ainsi qu'un gain en qualité de vie constaté, une meilleure observance des patients, permettant de réduire d'environ 30% le risque d'AVC. Cette solution impose cependant un coût supplémentaire pour les équipements des patients.

Les principales dépenses de santé pour les patients ayant une HTA contrôlée depuis 6 mois

CATEGORIES DE SOINS	Scénario sans télé-médecine					
	Nombre de patients concernés	Pourcentage de patients concernés	Quantité de soins totale	Quantité de soins moyenne	Coût total	Coût moyen
Traitements médicamenteux	18 347	99,98%	244 417	13,32	2 510 643,10 €	136,84 €
Dispositifs médicaux	11 251	61,31%	236 797	21,05	3 681 533,25 €	327,22 €
Consultations médicales	18 103	98,65%	147 055	8,12	3 757 972,04 €	207,59 €
Médecin généraliste	17 892	97,50%	131 252	7,34	2 820 851,04 €	157,66 €
Cardiologue libéral	4 428	24,13%	8 968	2,03	747 819,37 €	168,88 €
Néphrologue libéral	92	0,50%	1 954	21,24	71 809,68 €	780,54 €
Endocrinologue libéral	688	3,75%	1 371	1,99	39 774,99 €	57,81 €
Praticiens hospitaliers	1 040	5,67%	3 510	3,38	77 716,96 €	74,73 €
Consultations et visites de personnels paramédicaux	10 199	55,58%	210 612	20,65	3 330 219,55 €	326,52 €
Infirmiers	8 183	44,59%	122 193	14,93	2 026 120,51 €	247,60 €
Kinésithérapeutes	3 664	19,97%	85 894	23,44	1 256 468,23 €	342,92 €
Pédicure-podologue	801	4,37%	1 343	1,68	30 154,65 €	37,65 €
Orthoptiste	373	2,03%	1 182	3,17	17 476,16 €	46,85 €
Actes techniques médicaux de ville (hors paramédicaux)	13 616	74,20%	85 968	6,31	3 817 547,79 €	280,37 €
Examens biologiques de ville	14 704	80,13%	406 626	27,65	1 444 803,07 €	98,26 €
Frais de transport	2 057	11,21%	36 331	17,66	1 854 673,95 €	901,64 €
Indemnités journalières (arrêt de travail)	2 589	14,11%	3 794	1,47	6 406 919,92 €	2 474,67 €
Séjours hospitaliers	66	0,36%	73	1,11	208 970,84 €	3 166,22 €
<b>TOTAL</b>	<b>18 348</b>	<b>99,99%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>27 013 283,51 €</b>	<b>1 472,27 €</b>

[1] Telemonitoring and self-management in the control of hypertension (TASMINH2) : a cost-effectiveness analysis - Eur Journal of Preventive Cardiology (ESC), 2013  
Economic evaluation of home blood pressure telemonitoring : A randomized controlled trial Blood Pressure Journal, 2011

---

« Si l'on veut protéger la télémedecine d'une dérive consumériste, il faut la centrer sur le parcours de soins », Dr Jean-Paul Ortiz, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

---

### **Une situation de référence pour chaque patient**

Parallèlement, les chercheurs ont établi une situation de référence pour chaque maladie, à partir des données de l'échantillon général des bénéficiaires (EGB, voir encadré). Ces données, issues de la « vie réelle », ont d'abord permis de définir précisément la population de patients concernée pour chaque pathologie, soit 1.633.264 de patients dans le cas de l'hypertension artérielle (scénario 1) ; 14.955 patients diabétiques, avec suspicion de rétinopathie ; 6.765 patients pour le cancer de la prostate avec prostatectomie récente et 41.570 patients dans le cas de patients atteints d'un cancer de la prostate traités par hormonothérapie et/ou chimiothérapie en ville.

Puis les coûts des soins en fonction de différentes catégories : traitements médicamenteux, dispositifs médicaux, consultations médicales, consultations de paramédicaux, actes techniques médicaux de ville, examens biologiques de ville, frais de transport, indemnités journalières (AT) et séjours hospitaliers.

Selon ces données, le coût moyen des soins par patient dans le scénario HTA atteint donc 1.472 euros par an, soit 2.363.793.817 euros au total. Celui des patients atteints d'un cancer de la prostate avec prostatectomie récente est de 3.119 euros en moyenne (20.743.654 euros). Celui des patients atteints d'un cancer de la prostate traités par hormonothérapie et/ou chimiothérapie en ville : 8.499 euros (347.327.188 euros). Enfin, le coût moyen de la prise en charge des patients avec diabétiques, avec suspicion de rétinopathie, est évalué à 6.380 euros, soit 93.783.910 euros au total.

### **L'efficacité de la télémedecine comparée à celle du parcours de soins classique**

Les chercheurs ont ensuite confronté ces situations de référence à l'impact constaté des solutions de télémedecine pour chaque scénario. Chaque solution évaluée permet des économies. Cette modélisation permet ainsi de mesurer un gain / coût du scénario de télémedecine par rapport à la situation de référence, s'il était appliqué à toute la population éligible, au total et en moyenne par patient, sur une année complète. Le gain ou coût est considéré uniquement sur les postes de dépenses actuelles et sans surcoût de dispositif lié à la technologie.



# De 6 % à 21 % d'économies selon les pathologies

« On peut trouver des économies sur une réduction des arrêts de travail, des transferts à l'hôpital et des hospitalisations. Ce ne sont pas les actes médicaux qui changent, mais leur organisation », Lydie Canipel, secrétaire générale de la Société française de télémedecine

## LES PRINCIPAUX POSTES D'ÉCONOMIE PAR PATHOLOGIE

### L'hypertension artérielle

#### Traitements médicamenteux

ST\* = 220 millions d'€  
AT\* = 165 millions d'€

#### Consultations médicales

ST = 329 millions d'€  
AT = 173 millions d'€

#### Consultations paramédicaux

ST = 291 millions d'€  
AT = 180 millions d'€

### Le cancer de la prostate traité en ville

#### Frais de transport

ST = 17 millions d'€  
AT = 0,3 millions d'€

#### Indemnités journalières

ST = 6 millions d'€  
AT = 0 million d'€

### Le diabète de type 2

#### Consultations médicales

ST = 5 millions d'€  
AT = 4,5 millions d'€

#### Frais de transport

ST = 10,6 millions d'€  
AT = 3 millions d'€

## L'hypertension artérielle (HTA)

Dans ce premier scénario, la télésurveillance par le contrôle à distance de la pression artérielle chez les patients dont l'hypertension artérielle (HTA) est contrôlée depuis au moins 6 mois, permet **une économie de 197 euros par patient et par an, donc de 322 millions d'euros au total, soit 14 % de la dépense actuelle**. Ces économies se concentrent sur une baisse du coût des traitements médicamenteux (55 millions d'euros économisés), des consultations médicales (156 millions d'euros) et des consultations de paramédicaux (112 millions d'euros).

## Le cancer de la prostate

Ce deuxième scénario conduit auprès de patients atteints d'un cancer de la prostate avec prostatectomie récente (plus de 3 mois et moins de 12 mois), suppose l'intégration de téléconsultation avec l'urologue, sur RDV, et après réalisation d'une mesure de PSA et remplissage d'un questionnaire en ligne. En cas de besoin, un rendez-vous présentiel est toujours possible. Cette intervention de télémedecine permet donc de réduire de 98% le coût de transport des patients et de 100% celui lié aux IJ. **Il ressort ainsi une économie par patient de 641 euros par an, 4,3 millions d'euros au total, soit 21 % de la dépense actuelle de soins pour ces patients**. L'économie sur les frais de transport est évaluée à 1 million d'euros. Celle sur les indemnités journalières à 3 millions.

Dans le cas des patients atteints d'un cancer de la prostate traités par hormonothérapie et/ou chimiothérapie en ville, l'économie est évaluée à 529 euros par patient en moyenne, 22 millions d'euros au total, soit 6 % de la dépense actuelle. Elle repose là aussi essentiellement sur une baisse des coûts de transport (17 millions d'euros) et des indemnités journalières (6 millions d'euros).

## Le diabète de type 2 avec suspicion de rétinopathie diabétique

Dans ce troisième scénario sur la prise en charge de la suspicion de rétinopathie diabétique, l'acte de télémedecine évalué est une télé-expertise avec un ophtalmologue. Ce dispositif repose sur une consultation de télé-diagnostic de la rétinopathie, via l'utilisation d'outils adaptés en envoi de données aux équipes médicales. Son impact est notable sur le coût de consultation (ophtalmologue) : - 73%, en prenant en compte la valorisation du temps médical dédié à la télé-expertise. Sur le coût de l'examen complémentaire suite à la consultation (-24%) et sur celui du transport (-71%). Au final, **ce scénario permet donc de dégager une économie de 539 euros par patient, 8 millions d'euros au total, soit 9 % de la dépense totale actuelle pour cette population de patients**.

\*ST : Sans télémedecine - AT : Avec télémedecine

# Des promesses tenues

## 70 %

des médecins considèrent que la télé-médecine leur permettrait de mieux gérer le nombre de demandes de consultations

## 59 %

des médecins voient dans la télé-médecine, un levier pour améliorer la prise en charge des patients chroniques

## 50 %

des Français sont prêts à utiliser la téléconsultation en complément du suivi physique

(données baromètre Ipsos « Accès aux soins et télé-médecine : usages et perspectives », pour QuareHealth, mai 2018)

### La télé-médecine, un investissement limité

Le coût des équipements pour une téléconsultation est très limité. Les cabinets médicaux sont pour la plupart déjà équipés d'ordinateurs permettant d'effectuer des consultations à distance, grâce à une webcam. La téléconsultation peut ainsi s'effectuer par des canaux professionnels du côté des médecins, vers des canaux grand public, Whatsapp ou Facetime, pour les patients. Ainsi, un outil comme Telemedica permet aux médecins d'envoyer un lien directement sur le smartphone de son patient. Afin de simplifier le paiement et le remboursement de la téléconsultation, les logiciels métiers intègrent de nouvelles fonctionnalités, prévues par l'avenant 18 « télé-médecine », afin de transmettre une feuille de soins électronique en mode SESAM sans Vitale, en l'absence de carte Vitale du patient. L'accès à une messagerie sécurisée est ensuite indispensable pour transmettre des ordonnances et le compte-rendu de la consultation. Si la téléconsultation est effectuée avec la médiation d'un tiers (infirmier ou pharmacien), certains outils d'examen sont également à prévoir : stéthoscope, otoscope, dermatoscope... Dans ce cas, une rémunération du professionnel de santé qui assiste la téléconsultation est également à intégrer.

La télé-expertise repose essentiellement sur l'échange de documents entre professionnels de santé. Là aussi, ces documents doivent obligatoirement transiter par une messagerie sécurisée. La rémunération du médecin interrogé est fixée à 12 euros pour un acte de télé-expertise simple (niveau 1) et à 20 euros pour un acte plus complexe (niveau 2). Le médecin requérant la télé-expertise bénéficie de son côté d'un forfait de 50 euros par an jusqu'à la 10e télé-expertise. Puis de 5 à 10 euros pour les suivantes.

La télésurveillance enfin impose l'utilisation d'outils connectés. Ils peuvent être directement acquis par le patient ou prêté par l'intermédiaire d'un professionnel de santé. Le coût d'un abonnement pour la transmission des données sécurisées est également possible. Ce coût global est à amortir selon la durée du traitement. Dans le cas de l'hypertension artérielle, l'étude de LaJaPF table ainsi sur un dispositif de télémonitoring qui ne devrait pas dépasser 8 euros par patient et par mois en moyenne.

### Une télé-médecine qui s'autofinance

Afin de bien prendre en compte l'impact des coûts de la télé-médecine, chacun des scénarios étudiés propose de consacrer 50% des économies dégagées au financement des outils. Ainsi, dans le scénario 1 de l'hypertension artérielle, une enveloppe de 99 euros par an et par patient est consacrée au financement du dispositif de télésurveillance, soit 8 euros par mois et par patient. Dans cette hypothèse, les économies réellement dégagées pour l'Assurance-maladie sont donc de 161 millions d'euros. Dans son guide de prise en charge du cancer de la prostate (HAS 2012), la HAS recommande une consultation de suivi tous les 6 mois avec un urologue, après prostatectomie, soit deux par an. Dans le scénario n°2, une enveloppe de 320 euros est consacrée à ces actes, soit 160 euros chacun. Le scénario suivant prévoit également deux téléconsultations par an avec un urologue. L'enveloppe pour ces deux rendez-vous est de 265 euros. Enfin, le scénario n°3 suppose une télé-expertise menée par un ophtal-

« Les plates-formes de suivi, d'échanges à distance grâce à la télé-expertise et finalement tout le télé-accompagnement dont peuvent bénéficier les patients sont des outils particulièrement intéressants pour des pathologies bien ciblées », Gérard Raymond, président de l'Association française des diabétiques.

mologue. Un rendez-vous par est recommandé par la HAS pour les patients traités par insuline, et un tous les deux ans chez autres. L'enveloppe proposée pour ces actes est de 270 euros par an et par patient. Au total, une fois ces enveloppes pour le financement de la télé-médecine déduites, le potentiel d'économie total pour la Sécurité sociale atteint donc 178 millions d'euros pour la Sécurité sociale.

### Une réponse aux défis du système de santé

Les économies dégagées sont d'autant plus intéressantes qu'elles répondent à certains objectifs du ministère de la Santé, comme la baisse du nombre d'arrêts-maladie, du coût des transports médicaux ou encore du nombre d'hospitalisations évitable, grâce à un suivi plus efficace.

Bien entendu, l'impact de la télé-médecine ne se résume pas à son seul aspect économique. Il s'agit d'abord d'une véritable réponse au manque de médecins en France. Selon le rapport sur l'accès aux soins de Thomas Mesnier, député de Charente et Sophie Augros, médecin généraliste, 8,6 % des patients de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant en France. L'un des objectifs de la télé-médecine est ainsi de lutter contre ces « déserts médicaux » en simplifiant l'accès aux médecins.

Par ailleurs, la télé-médecine tend à améliorer le suivi et la qualité de vie des patients. La télésurveillance des patients l'hypertension artérielle (HTA) permet par exemple une meilleure observance thérapeutique des patients, réduisant ainsi d'environ 30 % le risque d'AVC. Elle encourage en outre l'autonomie des patients, un facteur important, face à la hausse des maladies chroniques.

## NOTES

---



---



---



---



---



---



---



Trois questions à **Thomas Mesnier**, député de Charente, auteur du rapport « Assurer le premier accès aux soins »

**« Il est nécessaire d'ouvrir la télé médecine à un plus grand nombre de professions, autres que les médecins »**

### Quels sont les moyens mis en place par l'Assurance-maladie pour évaluer l'efficacité de télé médecine ?

>> Une nouvelle technologie nécessite toujours d'intégrer le principe de précaution pour en appréhender les répercussions sur notre modèle de soins. C'est pourquoi nombre d'expérimentations sont déjà venues confirmer la nécessité de généraliser la télé médecine. Ce temps a permis de confirmer que les actes de télé médecine sont des actes médicaux à part entière et répondent aux mêmes objectifs de soins des patients. Ils permettent d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, d'avoir l'avis d'un spécialiste, de prescrire un traitement ou encore d'effectuer une surveillance de l'état de santé des patients. À distance, ils ont l'avantage de répondre aux problématiques des territoires et permettent, notamment, un virage ambulatoire plus rapide grâce à la présence du médecin « hors les murs » de son cabinet sans temps de déplacement. Cette technique abolit les distances, permet d'optimiser les prises en charge, constitue une forme de formation continue permanente des médecins et renforce les liens ville/hôpital et premier/second recours.

### De nombreuses expérimentations de télé médecine ont été lancées à travers la France. Certains projets ont-ils attiré plus particulièrement votre attention ?

>> Plus qu'un projet, c'est la diversité et l'adaptation des initiatives dans les territoires concernés qui ont permis d'améliorer significativement l'accès aux soins. Je peux citer le projet de télé-expertise « ONCO-DERMATO » sur les départements du 77, 93 et 94, qui a vocation à faciliter le parcours de soin du patient après dépistage d'une lésion cutanée suspecte par le médecin généraliste. Ce dernier a la possibilité de transmettre l'information rapidement par le biais d'une application smartphone. Des dermatologues experts peuvent alors donner leur avis sur la nécessité ou non d'une consultation spécialisée rapide. Le projet de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Laventie dans le

Nord-Pas-de-Calais propose depuis 2011 des téléconsultations en radiologie, ciblées sur les patients à hauts risques cardio-vasculaires.

### Quels sont les principaux leviers à activer selon vous pour vraiment faire de la télé médecine un outil efficace du système de santé ?

>> Il y a à la fois un accompagnement à mener et des verrous à lever. Il est nécessaire d'accompagner la conception des projets de télé médecine dans les territoires. Tout en laissant une totale marge de manœuvre aux acteurs du territoire, les acteurs publics doivent jouer un rôle de facilitateurs, notamment en garantissant une interopérabilité réelle entre les multiples logiciels et solutions métiers existantes. Ceci passe également par un accompagnement dans l'appropriation des nouvelles technologies par les professionnels de santé. Une autre clé de réussite est l'intégration de la télé médecine dans les projets territoriaux d'exercice coordonné, en particulier dans les zones fragiles.

Des verrous sont enfin à lever en décroissant notre système de santé et en profitant des nouvelles technologies. L'arrivée de la couverture de la 4G et le développement de la 5G seront des atouts non négligeables dans la réussite du déploiement de la télé médecine. De plus, la télé médecine ne doit pas être vue comme une technique uniquement médicale ; il est nécessaire de l'ouvrir à un plus grand nombre de professions, autres que les médecins, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.

Trois questions à **Lydie Canipel**, secrétaire générale de la Société française de télé-médecine, présidente de FORMATICSanté

## « Nous avons fait un réel bond en avant ces dernières années »



### Plusieurs projets de télé-médecine sont menés aujourd'hui. Quel bilan peut-on dresser de leur efficacité ?

C'est un sujet qui n'est pas encore vraiment abordé. Le programme ÉTAPES (Expérimentations de télé-médecine pour l'amélioration des parcours en santé) devrait apporter quelques réponses en collectant des données fiables, qui seront ensuite comparées à celle du SNIIRAM, qui rassemble les données de remboursement de l'Assurance-maladie. Mais il faut rappeler que la télé-médecine est de la médecine. La recherche de l'efficacité n'a pas à se faire sur les pratiques médicales des médecins. Là où effectivement on peut trouver certaines économies, c'est sur une réduction des arrêts de travail, des transferts à l'hôpital et des hospitalisations. Ce ne sont pas les actes médicaux qui changent, mais leur organisation. Il faut veiller à ce que le service médical rendu au patient ne change pas. Il peut même s'améliorer en simplifiant les consultations. La satisfaction des professionnels de santé est également essentielle.

### Le système de santé français est-il suffisamment ouvert aujourd'hui à la télé-médecine ?

Oui, nous avons fait un réel bond en avant ces dernières années. Je fais de la télé-médecine depuis 2004, et il est vrai que cela a été un parcours semé d'embûches. Mais le passage en droit commun de la téléconsultation et de la téléexpertise a donné un vrai coup d'accélérateur aux projets. Il faut désormais que les acteurs suivent, que les organisations territoriales se mettent en place. Mais il y a une vraie volonté du ministère et des Agences régionales de santé (ARS) d'avancer. Notamment pour répondre aux problèmes des déserts médicaux. De plus, nous pouvons nous féliciter en France d'avoir une télé-médecine clinique. Contrairement à d'autres pays, son développement a été défini non pas par rapport à l'outil numérique, mais selon les actes médicaux.

### Les investissements sont-ils à la hauteur des enjeux ?

Ils sont très limités. Nous n'avons pas besoin de télécabines pour faire de la téléconsultation. Il faut simplement un ordinateur équipé de caméra et un logiciel sécurisé pour transférer des documents. Il faut rappeler ensuite que le décret sur la téléconsultation donne la possibilité au patient de se faire accompagner par un professionnel de santé. Imaginons une personne de 80 ans, atteinte d'insuffisance cardiaque, installée à la campagne. Une infirmière à domicile vient régulièrement la voir. Il suffit alors d'organiser lors de sa visite un rendez-vous avec son médecin pour la téléconsultation. L'infirmière va l'organiser et assister le médecin dans ses différents actes. Mais il faut désormais définir une rémunération pour l'infirmière dans ce cadre. Des négociations sont en cours avec la profession. C'est la même chose avec les pharmaciens, qui pourront, dans leur officine, disposer d'une pièce confidentielle pour accompagner le patient pendant la téléconsultation.



Entretien avec le **Dr Jean-Paul Ortiz**, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

**« Si l'on veut protéger la télémédecine d'une dérive consumériste, il faut la centrer sur le parcours de soins »**

### **La télémédecine est entrée dans le circuit de remboursement de l'Assurance-maladie. Qu'est-ce que cela change concrètement pour les médecins ?**

Ce remboursement ouvre la voie aux nouveaux modes d'exercices médicaux. Évidemment, il n'y a pas eu de basculement d'ampleur dans la prise en charge des patients. C'est normal, nous sommes au début de cette évolution - pour ne pas dire révolution - dans l'organisation du système de santé. Cet attentisme témoigne également de l'attention particulière des médecins et des autorités à bien intégrer ces outils, selon des critères de qualité.

### **Mesurer l'efficacité de la télémédecine est essentiel aujourd'hui pour s'assurer de ses résultats ?**

Si l'on veut protéger la télémédecine d'une dérive consumériste, il faut la centrer sur le parcours de soins. La téléconsultation ne remplace pas une consultation au cabinet dans toutes ses dimensions. Le médecin n'examine pas directement son patient. Certains outils, comme des stéthoscopes électroniques, permettent d'assurer un bilan médical, mais la palpation est impossible. Sans oublier l'absence de rapport humain direct et convivial, difficile à maintenir à travers un écran. C'est pour cela que ces consultations de télémédecine, lorsqu'elles sont remboursées, se font par des médecins qui connaissent leurs patients.

### **Est-ce qu'il faut donc définir dans le parcours de soins d'un patient atteint d'une maladie chronique les actes qui pourront être, ou non, réalisés en téléconsultation ?**

La pathologie chronique est un très bon exemple. Elle nécessite des consultations régulières de suivi et de surveillance du patient. Un patient diabétique de type 2, par exemple, va avoir un certain nombre d'exams complémentaires à faire tout au long de l'année, avec différents spécialistes, selon un parcours défini par la Haute Autorité de santé. On pourrait tout à fait envisager d'alterner entre téléconsultation et consultation

physique au cabinet. Surtout si le patient habite une zone sous dense, ou qu'il est difficile pour lui de se déplacer. De ce point de vue, la téléconsultation offre de vrais services, tout en maintenant la qualité de la prise en charge.

### **La télémédecine pourrait donc trouver sa place dans chaque parcours de soins ?**

En effet, les Conseil nationaux professionnels et le Collège de la médecine générale travaillent sur les situations qui permettent une prise en charge en téléconsultation, en fonction de tel ou tel critère. Et en même temps, sur celles qui imposent une consultation physique.

### **Quelles sont vos propositions pour encourager les médecins participer au développement de la télémédecine ?**

J'espère que les différents éditeurs de logiciels médicaux et les sociétés spécialisées vont mettre rapidement sur le marché les outils nécessaires au développement de la télémédecine. La télé-expertise devrait ensuite se mettre en place à partir de mi-février. Mais je crains que les tarifs proposés par l'Assurance-maladie soient tellement bas, qu'elle ne se développe pas. C'est un peu dommage.

Trois questions à **Gérard Raymond**, président de l'Association française des diabétiques

## « Nous avons un rôle central à jouer dans le développement de la télémédecine »



### La télémédecine est-elle bien comprise aujourd'hui par les patients ?

Je n'en suis pas sûr, il y a encore beaucoup d'interrogations. Évidemment les patients forment un groupe de personnes très hétérogène, la plupart sont encore aujourd'hui dans l'expectative. Il n'y a pas pour autant d'inquiétude particulière. Entre la télémédecine, la téléconsultation, la téléexpertise... leur vision n'est pas très claire.

Les informations et surtout la communication sur ces dispositifs manquent aujourd'hui. Je ne suis d'ailleurs pas sûr non plus que tous les professionnels de santé maîtrisent bien la question. Il faut plus d'échanges entre les acteurs, de simplification des outils et expliquer qu'avec ces nouveaux outils ils vont mieux écouter, mieux accompagner et donc mieux soigner..

### La télémédecine représente-t-elle un vrai progrès pour les patients, et notamment les diabétiques ?

Oui, incontestablement. Les plates-formes de suivi, d'échanges à distance grâce à la télé-expertise et finalement tout le télé-accompagnement dont peuvent bénéficier les patients sont des outils particulièrement intéressants pour des pathologies bien ciblées, en particulier le diabète de type 1. Pour vraiment répondre aux attentes des patients, il faut d'abord les écouter. Il est parfois regrettable de voir se créer certaines applications, où l'on a considéré savoir ce qu'il fallait pour les patients. Puis une fois sur le marché, on s'aperçoit qu'elle tombe à côté de la cible : les patients ne se sentent pas concernés ou son utilisation n'est pas celle attendue. C'est aussi notre mission, en tant qu'acteurs du système de santé, de participer à leur développement. Aujourd'hui, nous ne sommes pas assez consultés par les pouvoirs publics ou les sociétés.

### Quelle place peuvent occuper les associations de patients dans le développement de la télémédecine ?

Une première réponse serait de faire collaborer les associations de patients au développement de ces nouveaux modes de prise en charge, dans l'intérêt du système de santé. Nous avons beaucoup à apporter sur les attentes et les anticipations des patients. En participant par exemple à la mise en place d'études pluriprofessionnelles sur un territoire donné, afin d'évaluer l'efficacité d'une téléconsultation ou d'une télé-expertise pour améliorer et simplifier le parcours du patient. Cette réflexion ne doit pas être seulement celle des professionnels de santé. À quel moment un spécialiste peut-il intervenir via la télémédecine ? C'est une question qui nous intéresse aussi et à laquelle nous pouvons apporter des réponses et des contributions. Notre mission est d'être au contact des patients, de recueillir leurs attentes, leur besoin et de communiquer avec eux. Donc nous avons un rôle central à jouer dans le développement de la télémédecine.



Association à but non lucratif, l'Association des Laboratoires Japonais Présents en France (LaJaPF) assure la représentation des laboratoires japonais. Elle regroupe les laboratoires Astellas, Chugai, Daiichi Sankyo, Eisai, Otsuka, Santen et Takeda.

LaJaPF exerce en outre un travail de réflexion globale sur les sujets économiques et communique régulièrement auprès des acteurs de santé.

Responsable du projet : Patrick ERRARD



IQVIA est un leader dans la fourniture d'informations, de technologies innovantes et de services d'étude de recherche sous contrat utilisant la donnée et la science pour aider les acteurs de santé à trouver de meilleures solutions pour les patients. Issue de la fusion entre IMS Health et Quintiles, IQVIA propose un large ensemble de solutions pour une meilleure prise en charge des patients. Ces solutions s'appuient sur les dernières innovations en matière d'informations de santé, de technologies, de solutions analytiques couplées à l'ingéniosité humaine.