

Chapitre VII

La télémédecine : une stratégie cohérente à mettre en œuvre

Un plan de déploiement concernant 27 des 32 CHRU, et 600 des centres hospitaliers les plus importants est en cours.

Une mise à niveau progressive des infrastructures de communication pour permettre un développement de la télémédecine généralisé à l'ensemble du territoire

Dans un rapport public thématique récent³⁰⁹, la Cour a dressé un premier bilan du déploiement des réseaux de haut et de très haut débit en France dans lequel elle observe que la quasi-totalité de la France est certes couverte, mais avec un niveau de service encore inégal puisqu'un internaute sur cinq ne disposait encore en juin 2015 que d'un débit inférieur à 2 Mbps. Une quinzaine de départements disposaient d'un débit moyen de 5 à 7 Mbps, avec néanmoins d'importantes différences en leur sein entre les zones urbaines et rurales. Le raccordement progressif à la fibre d'ici à 2030 des établissements sanitaires, des établissements médico-sociaux et des professionnels libéraux de santé accroîtra cette capacité, en prévision de la montée en charge de l'« e-santé », et des applications à venir.

À côté du déploiement des infrastructures fixes, l'arrivée de la téléphonie mobile selon la norme 3G a permis l'essor des objets connectés qui constitueront le principal vecteur de la télémédecine et de l'« e-santé », pour les échanges directs entre le patient à son domicile et les professionnels ou les établissements de santé. Le développement rapide des applications mobiles en 4G, standard qui n'est pas encore disponible sur la totalité du territoire, et prochainement en 5G (dont la diffusion est prévue à partir de 2020–2022), est annoncé comme une étape décisive du déploiement de la télémédecine, notamment de la télésurveillance à domicile.

C - Définir un modèle tarifaire non inflationniste

L'organisation sanitaire et le mode de rémunération des acteurs du système de santé ont une incidence forte sur les conditions de développement de la télémédecine. À cet égard, les exemples du Royaume-Uni, du Danemark et de l'Espagne fournissent un éclairage intéressant : « Le mode d'organisation des soins et le type de rémunération initialement présents dans ces pays facilitent de fait le déploiement de la télémédecine

³⁰⁹ Cour des comptes, *Rapport public thématique*, les réseaux fixes de haut et très haut débit : un premier bilan, janvier 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

requis au titre des actes de télémédecine en question est de nature à engendrer une hausse des coûts³¹².

Ensuite, la télémédecine s'accompagne de coûts d'équipement et de maintenance de matériels et de logiciels en appui de la liaison entre les professionnels de santé ou avec les patients qui, par construction, n'interviennent pas dans le cadre d'un acte en présence du patient. En novembre 2014³¹³, une étude commandée par la direction générale de l'offre de soins a estimé les surcoûts correspondants entre 40 % et 95 % de ceux d'une prise en charge traditionnelle, l'amplitude de cette fourchette reflétant la diversité des actes de télémédecine et des solutions techniques mises en œuvre.

Par ailleurs, en créant un précédent, les niveaux élevés de rémunération des actes de télémédecine propres à certaines expérimentations pourraient faire obstacle à l'éclosion de modèles de rémunération moins onéreux dans le cadre de droit commun constitué par l'inscription à la nomenclature de nouveaux actes remboursables par l'assurance maladie.

2 - Définir un cadre de tarification de droit commun à même d'assurer l'essor de la télémédecine sans dérive des dépenses

Deux orientations paraissent devoir être privilégiées afin de favoriser le développement de la télémédecine tout en maîtrisant l'évolution des coûts : renforcer la portée des principes retenus dans le cadre des expérimentations nationales « ÉTAPES »³¹⁴ et par la convention médicale nationale du 25 août 2016 et mettre en place un partage de rémunérations entre les acteurs concernés dans un cadre généralisé et de droit commun, par priorité dans les domaines de la téléconsultation et de la télé-expertise.

³¹² S'agissant des établissements publics de santé, le risque d'inflation des coûts est amplifié par la possibilité qui leur a récemment été reconnue de facturer à l'assurance maladie des séjours hospitaliers distincts au titre d'un même patient, lorsqu'ils sont effectués sur plusieurs sites géographiques en leur sein, faculté dont disposaient déjà les établissements privés (Conseil d'état 30 juin 2015, Assistance publique-Hôpitaux de Paris/CPAM de Paris).

³¹³ COPIL Télémédecine du 14 novembre 2014 DGOS p. 13 diaporama.

³¹⁴ Expérimentations dites de l'article 36 de la loi de financement pour 2014.

