

Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 2)

La télésanté

À quoi ressemblera l'offre de santé en France dans vingt ans ? Les défis sanitaires sont nombreux : hausse des maladies chroniques, vieillissement de la population, évolution de la démographie médicale, etc. Pour y répondre, deux leviers d'action sont disponibles. D'une part, le développement des coopérations entre professionnels de santé, sujet traité dans le premier volet de ce mini-dossier consacré à la santé demain⁽¹⁾. D'autre part, la production de soins à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication (TIC) : on parle alors de télésanté. Aujourd'hui, son potentiel reste à exploiter. Elle demeure un secteur émergent, confronté à des freins juridiques, économiques et culturels. Lever ces obstacles permettra de passer d'expériences

éparses, nées sous l'impulsion de quelques acteurs, à un déploiement plus ambitieux. Dans un schéma idéal, l'apport de la télésanté ne se cantonnera pas à la dématérialisation des procédures existantes. Elle sera aussi à l'origine d'un saut qualitatif en engendrant de nouveaux services, des pratiques plus collégiales et une réorganisation des structures sanitaires selon leur degré de spécialisation. Ainsi, la télésanté donnera corps à un continuum de soins, contribuant à l'orientation optimale du patient dans un système intégré couvrant domicile, soins primaires et aigus, soins de suite et médico-sociaux. Enfin, les TIC contribueront à faire de l'utilisateur un coproducteur de santé. ■

PROPOSITIONS

- 1 Créer un dossier infirmier informatisé qui soit compatible avec le dossier médical personnel (DMP).
- 2 Favoriser l'appropriation de la télésanté par les soignants :
 - par des actions de sensibilisation à destination des professionnels de santé ;
 - par des modules de formation communs aux différents professionnels de santé.
- 3 Développer les formations qualifiantes en télésanté pour les ingénieurs et techniciens, offrant des recouvrements de programmes entre filières sanitaires et technologiques.
- 4 Établir un guide national de bonnes pratiques, rassemblant protocoles et contrats types nécessaires à la réalisation des actes de télé-médecine.
- 5 Dans le cadre d'une évolution de la rémunération des professionnels de santé, tester pendant deux ans une grille tarifaire pour les actes de télé-médecine combinant forfaitisation et paiement à l'acte.
- 6 Développer l'envoi de messages personnalisés à destination des patients par le biais du site web de l'assurance maladie.
- 7 Donner la possibilité aux usagers de transmettre à l'assurance maladie leurs remarques sur leur prise en charge par le biais du site sécurisé *Ameli-direct*.

[1] Anger E., Gimbert V. et al. [2011], "Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1) Les coopérations entre professionnels de santé", *La note d'analyse*, n° 254, Centre d'analyse stratégique.

LES ENJEUX La télésanté se définit comme l'ensemble des actes et services de santé assurés à distance grâce aux technologies de l'information et de la communication. Elle est souvent présentée comme une solution pertinente aux défis que doit relever le système de santé français : évolution de la démographie médicale, inégalités territoriales d'accès aux soins, hausse de la prévalence des maladies chroniques ou encore vieillissement de la population. En revanche, une incertitude demeure quant à sa capacité à réduire les coûts : si elle laisse espérer plus d'efficacité, elle pourrait aussi offrir de nouveaux services, entraînant des dépenses supplémentaires. L'enjeu du déploiement de la télésanté est donc moins économique que qualitatif.

L'outil technologique n'est certes pas la réponse unique aux difficultés de prise en charge du patient. Toutefois, correctement mise au service du décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, hospitalier et ambulatoire, médical et paramédical, la télésanté pourra servir de levier pour encourager prévention et soins primaires⁽²⁾, tout en garantissant un principe constitutif du système de santé français depuis 1945 : l'accès à des soins de qualité pour tous grâce à un maillage effectif du territoire. De plus, la télésanté permettra de replacer l'usager au cœur du dispositif et de répondre à sa volonté d'autonomie, désormais reconnue comme un droit des malades. C'est donc tant l'offre que la demande de production de soins qui sont appelées à évoluer.

➤ VERS UNE NOUVELLE OFFRE : LA TRANSFORMATION DU MODÈLE TRADITIONNEL DE LA PRODUCTION DE SANTÉ

Depuis plus de dix ans, l'utilisation des TIC dans le domaine de la santé est abordée dans nombre de travaux académiques et institutionnels. Les terminologies "télésanté", "e-santé", voire "TIC santé", y sont tour à tour employées, souvent de manière interchangeable. Sous-ensemble de

la télésanté, la "télémédecine" est pour sa part officiellement définie depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST)⁽³⁾ comme une pratique médicale à distance faisant intervenir au moins un médecin⁽⁴⁾.

Malgré l'intérêt suscité, la télésanté demeure sous-exploitée. Ce constat est vrai pour l'ensemble des pays de l'OCDE⁽⁵⁾, même si des pays nordiques disposent d'un système d'ordonnances électroniques, d'un portail national d'information sur la santé en ligne et d'un dossier patient numérisé.

En France, de nombreux programmes informatiques ont fait l'objet d'investissements dans les hôpitaux dans le cadre d'une modernisation du fonctionnement administratif, qui ne concourt pas directement à la qualité des soins⁽⁶⁾. Toutefois, les TIC pourraient à terme transformer en profondeur notre système de santé, notamment par le biais de la télémédecine.

(La production de santé à distance

Avec la télémédecine, c'est une grande partie de la chaîne de production de soins qui peut être dématérialisée : de la consultation jusqu'à la surveillance à domicile.

L'interaction physique entre le médecin et le patient n'est plus obligatoire. En effet, le décret d'application relatif à la télémédecine de la loi HPST ouvre la voie à une nouvelle pratique : la téléconsultation. Dans ce cadre, le médecin peut poser un diagnostic et établir un traitement sans examen clinique. Un tel dispositif est particulièrement pertinent dans les zones peu denses en professionnels de santé ou difficiles d'accès. Deux types de téléconsultation sont à différencier :

- ▶ d'un côté, la téléconsultation en médecine spécialisée, en phase d'expérimentation dans plusieurs centres hospitaliers français. Le patient se situe alors le plus souvent dans un établissement médico-social ou sanitaire de proximité, accompagné d'un personnel de santé. Il peut ainsi bénéficier de l'avis d'un spécialiste par visioconférence, plus rapidement qu'à l'accoutumée et sans avoir à se déplacer. Citons à ce titre le dispositif Télégéria qui relie depuis 2006 des résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à des médecins de l'hôpital européen Georges-Pompidou ;
- ▶ de l'autre, la téléconsultation en médecine générale, qui n'a jamais été expérimentée en France. Elle suscite des interrogations quant à ses modalités d'application, plusieurs schémas étant envisageables.



[2] OCDE (2010), *Optimiser les dépenses de santé*.

[3] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elle définit la télémédecine comme "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 [...]".

[4] Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine reconnaît cinq types d'acte : la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance médicale, la téléconsultation et la réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale.

[5] OCDE (2009), *Obtenir un meilleur rapport qualité-prix dans les soins de santé*.

[6] OCDE (2010), *Améliorer l'efficacité du secteur de la santé : le rôle des technologies de l'information et de la communication*.

Au Danemark, la téléconsultation a été instituée dans un cadre précis : les **médecins généralistes** réservent leur première heure de travail aux consultations par téléphone et ont obligation de répondre par mail aux questions de leur patientèle⁽⁷⁾.

En revanche, en Suisse, la téléconsultation est principalement assurée par **des médecins salariés de sociétés spécialisées**, qui ne connaissent donc pas les personnes appelantes (*encadré 1*). Ces sociétés endossent alors le rôle “d’aiguilleur” dans le parcours de soins. On peut s’attendre à ce que les complémentaires proposent à terme un tel service en France, même si sa rentabilité financière est encore incertaine. Pour l’heure, seules existent **des offres de téléconseil se limitant à répondre aux questions médicales sans poser de diagnostic**. Par exemple, le groupe Crédit mutuel-MTRL vient de nouer un partenariat avec le site de téléconseil MedecinDirect, afin que ses sociétaires puissent en bénéficier.

Encadré 1

Medgate, première société de téléconsultations en Suisse

Depuis 2000, la plateforme *Medgate* permet de répondre aux questions médicales des adhérents de 26 assureurs-maladie affiliés. Pour ce faire, les patients entrent en contact avec un assistant qui trie les appels : les cas urgents sont directement dirigés vers un médecin, alors que les autres sont rappelés dans les 45 minutes. La centrale répond à 500 000 appels par an grâce à plus de soixante médecins, dont plusieurs spécialistes, qui ont tous reçu une formation sur la pratique de la téléconsultation [écoute de la respiration, précision des questions, interprétation de photos basse qualité]. Le médecin pose un diagnostic dans la moitié des cas et établit une prescription seulement pour 3 % des appels. Dans ce système, le patient ne paie rien directement puisque le service est inclus dans sa prime d’assurance. Et, s’il accepte de téléphoner systématiquement à la centrale, il se voit accorder une réduction sur sa prime pouvant atteindre 20 %.

Par ailleurs, toute téléconsultation nécessite la délivrance d’**ordonnances électroniques**, accessibles aux pharmaciens et aux biologistes. “L’e-prescription” a ainsi débuté en Suède dès 2000, avec la création d’une plateforme et d’une messagerie dédiées. Grâce à ce système, 25 millions d’ordonnances ont été émises en 2007 et plusieurs études ont démontré les bénéfices de cette dématérialisation, tant pour les professionnels que pour les patients et le régime assurantiel. Or, en France, la **possibilité de téléprescrire** a été énoncée dans la loi HPST⁽⁸⁾, sans que ses modalités ne soient explicitées dans son décret d’application. Le

dossier médical personnel, qui rassemble de nombreuses informations (signalement d’allergies, résultats d’analyses, etc.), pourrait offrir le support sécurisé adéquat. L’utilisation de la **nouvelle carte de professionnel de santé (CSP3)** permettrait par ailleurs de signer électroniquement les ordonnances, d’en garantir l’authenticité et la confidentialité.

Enfin, à l’extrémité de la chaîne de soins, la technologie rend possible la surveillance de paramètres biologiques à distance afin d’assurer un suivi post-thérapeutique, mais aussi préventif ou curatif. La **télesurveillance** existe depuis longtemps pour le maintien sécurisé des personnes âgées chez elles (détection des chutes par exemple), mais son application médicale s’élargit, incluant l’hospitalisation à domicile (HAD) et la gestion des maladies chroniques. Le diabète peut ainsi être télésurveillé grâce à des lecteurs de glycémie qui envoient directement les données relevées à l’équipe soignante. Au-delà de l’aspect sanitaire, la télésurveillance contribue ainsi à **l’amélioration de la qualité de vie du patient et de ses proches**.

La production de santé en réseau

Cantonner la télésanté à la simple dématérialisation des procédures existantes serait réducteur : il s’agit aussi d’exploiter son potentiel pour **promouvoir des pratiques plus collégiales et une réorganisation des structures**.

Une circulation fluide de l’information, facilitée par l’utilisation à grande échelle de **dossiers patients électroniques**, de **plateformes collaboratives** ou encore de **messageries professionnelles** (une telle messagerie sera lancée en 2012 en France), permettrait de repenser les modes de travail, comme cela est déjà le cas au Danemark (*encadré 2*).

Encadré 2

Danemark : un tissu sanitaire interconnecté

Dès 1994, le Danemark a élaboré une stratégie nationale de télésanté visant à une meilleure intégration des soins.

Aujourd’hui, le pays dispose d’une infrastructure permettant la circulation et le traitement de données interopérables sur l’ensemble de son territoire⁽⁹⁾.

L’intégralité des acteurs de l’offre de santé sont désormais reliés : les professionnels de soins primaires échangent quotidiennement des données avec les officines, les centres de radiologie, les hôpitaux, les laboratoires, les services de soins à domicile, ainsi qu’avec l’administration et les organismes de remboursement. Après une période de volontariat, les médecins doivent inclure les TIC santé dans leur pratique depuis 2004. Désormais, 90 % des échanges entre secteurs de soins primaires et secondaires sont électroniques⁽¹⁰⁾.



[7] Protti D. et Johansen I. [2010], *Widespread Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in Denmark: A Case Study*, Commonwealth Fund.

[8] Notons que la loi du 13 août 2004 de réforme de l’assurance maladie avait déjà introduit la possibilité de prescrire des soins ou des médicaments par courriel.

[9] ASIP Santé, FIEEC [2011], *Étude sur la télésanté et télé-médecine en Europe*.

[10] Protti D. et Johansen I. [2010], *op. cit.*

Cette mise en réseau est prometteuse car :

- ▶ d'une part, elle pourrait mutualiser les moyens et l'information alors que les ressources humaines et financières sont limitées. Par exemple, dans un protocole de téléexpertise, le praticien peut requérir en cas de besoin l'avis d'un collègue situé n'importe où sur le territoire grâce aux progrès techniques (numérisation du dossier médical, transmission d'images, visioconférence). Le réseau "Télé-AVC Artois-Hainaut" permet ainsi aux urgentistes de trois centres hospitaliers de pouvoir solliciter en permanence un radiologue et un neurologue par téléimagerie, afin de décider rapidement du mode de prise en charge⁽¹¹⁾ ;
- ▶ d'autre part, elle pourrait pallier l'actuelle fragmentation du système de santé français, alors que le profil épidémiologique de la population est marqué par une progression des maladies chroniques nécessitant l'intervention de multiples acteurs. Une meilleure communication réduirait par exemple les examens médicaux redondants et la fréquence des interactions médicamenteuses, responsables de 13 000 décès par an⁽¹²⁾.

Par-delà son rôle de support aux flux d'informations, la télésanté doit être le catalyseur de la rationalisation de l'offre. En effet, parce qu'elle abolit les distances, elle permet d'aller chercher la compétence spécialisée au bon moment, où qu'elle se trouve, et de jouer sur les complémentarités professionnelles⁽¹³⁾.

La loi HPST a officialisé les notions de premier et second recours⁽¹⁴⁾ et ancré le système de santé au sein des territoires sous l'égide des Agences régionales de santé (ARS). Grâce à une offre organisée selon des degrés de spécialisation, la télésanté pourrait renforcer cette première gradation et enfin donner corps à un continuum de soins, contribuant à l'orientation optimale du patient dans un système intégré couvrant domicile, soins primaires et aigus, soins de suite et médico-sociaux.

Il est ainsi possible de concevoir un recours à la télémédecine structuré en échelons (*schéma final*). Les patients se tourneraient en premier recours vers des professionnels de proximité, idéalement regroupés dans des maisons de santé, en priorité focalisées sur la médecine générale et les soins primaires (échelon 1). Certains proposent aussi d'installer, dans les zones sous-dotées en praticiens, des cabines de téléconsultation dans les officines, reliées à la maison de santé la plus proche.

Selon les besoins, ces professionnels de proximité échangeraient ensuite avec des centres, hospitaliers ou

libéraux, plus spécialisés (échelon 2, soins secondaires) ou des CHU (échelon 3, soins tertiaires), pour les maladies rares ou les cas complexes. D'ailleurs, il pourrait être intéressant, à terme, de concevoir cette réorganisation de l'offre au-delà des frontières nationales : le *Baltic Health Network* permet aujourd'hui la pratique de la télémédecine entre le Danemark, la Suède, la Norvège, l'Estonie et la Lituanie.

Encadré 3

Belgique : inclure les actes infirmiers à domicile dans la chaîne de soins

En 2007, tenant compte de la mobilité des professionnels exerçant en ambulatoire, le ministère belge de la Santé a lancé le projet VINCA, établissant un dossier infirmier électronique afin de réduire les démarches administratives et de mieux coordonner la prise en charge. Grâce à l'utilisation de terminaux mobiles de type tablette ou smartphone, les prestataires de soins à domicile peuvent, en sus de la gestion des plannings et alors même qu'ils sont au chevet du patient, inscrire dans son dossier le rapport du jour, des éléments de facturation, des données concernant la pathologie, les traitements ou encore d'éventuelles complications. Tout en étant utile aux indépendants, cet outil a surtout transformé l'organisation des cabinets de groupe en autonomisant et revalorisant le métier d'infirmier. Ce mode de travail garantit aujourd'hui une prise en charge plus efficace, car les informations ainsi relevées sont partagées électroniquement avec d'autres professionnels de santé⁽¹⁵⁾. Cette expérience sera généralisée en 2012.

Enfin, ces différents niveaux de recours aux soins devraient s'articuler avec la prise en charge à domicile, amenée à se développer avec le vieillissement de la population et l'augmentation des cas de maladies chroniques. Les infirmiers joueraient à ce titre un rôle croissant, en matière de *coaching*, de suivi et de coordination, grâce au concours d'outils technologiques adaptés, comme expérimenté en Belgique (*encadré 3*). Cependant, en France, il n'existe pas à ce jour d'outil de travail commun aux infirmiers. Alors que certains pensent que le DMP offre cette possibilité, d'autres affirment que les nombreux flux de données infirmiers n'ont pas vocation à intégrer ce dossier patient et plaident pour un dossier indépendant, mais compatible avec le DMP afin d'y transférer les informations essentielles.

PROPOSITION 1

Créer un dossier infirmier informatisé qui soit compatible avec le dossier médical personnel.



[11] En effet, si on détermine par neuro-imagerie que l'AVC est de nature ischémique (et non hémorragique), alors un acte de thrombolyse doit être effectué dans les quatre heures et demie. Au-delà, le bénéfice de cet acte s'estompe et la mortalité augmente.

[12] Audition au Sénat de MM. Claude Huriet et Dominique Martin, de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam), 6 décembre 2005.

[13] Savoldelli M. (2010), "Télémédecine et pratique médicale collaborative, enjeux et préalables", *Revue hospitalière de France*.

[14] Chanliau J. et Simon P. (2010), "Apports de la télémédecine dans la gradation des soins", *Revue hospitalière de France*.

[15] ASIP Santé, FIEEC (2011), *op. cit.*

Des évolutions professionnelles et culturelles à accompagner

Pour permettre une telle transformation du système de soins, les usagers devront s'habituer à être davantage pris en charge par des professionnels autres que les médecins et à rencontrer ces derniers moins fréquemment. Malgré les craintes liées à une dépersonnalisation de la relation médicale, les projets de télésanté menés jusqu'à présent sont encourageants. Une grande majorité des patients témoignent de leur satisfaction : certains au motif qu'ils se sentent plus autonomes, d'autres plus en contact avec leur équipe soignante.

Par ailleurs, si la télésanté offre les outils pour passer d'une pratique isolée à une pratique intégrée, les pouvoirs publics auront néanmoins à mener la **conduite du changement**, en partenariat avec les ordres professionnels, pour favoriser l'appropriation des technologies et des nouveaux modes d'exercice par les professionnels de santé, ainsi qu'une meilleure coopération entre libéraux et hospitaliers.

Enfin, le déploiement de la télésanté engendra un **besoin de nouvelles compétences, à la fois médicales et techniques**⁽¹⁶⁾. En effet, des métiers émergeront notamment de la **redéfinition des frontières des missions dévolues à chaque professionnel de santé**⁽¹⁷⁾. Dans le cadre d'une téléconsultation en médecine spécialisée par exemple, le praticien consulté aura besoin qu'un "médiateur"⁽¹⁸⁾ soit présent auprès du patient pour effectuer des gestes qu'il ne peut lui-même accomplir⁽¹⁹⁾. Ces "médiateurs", qui pourraient être aussi bien des aides-soignants, des infirmiers que des kinésithérapeutes, devront développer des compétences spécialisées par le biais de formations idoines.

PROPOSITION 2

Favoriser l'appropriation de la télésanté par les soignants :

- **par des actions de sensibilisation à destination des professionnels de santé (campagne nationale d'information déclinée en débats régionaux, visites des délégués de l'assurance maladie, etc.) ;**
- **par des modules de formation communs aux différents professionnels de santé afin de leur permettre de maîtriser les nouveaux outils et de favoriser les modes d'exercice collectifs.**

[16] Savoldelli M. [2010], *op. cit.*

[17] Cailliet-Beaudoin A., Grangier J.-P., Kuents F., Le Pogham M.-A. [2010], "Maladies chroniques cardiovasculaires et métaboliques, apports de la télémédecine", *Revue hospitalière de France* ; Anger E. et Gimbert V. [2011], *op. cit.*

[18] Espinoza P. [dir.] [2011], "Déploiement de la télémédecine en territoire de santé", *Techniques hospitalières*.

[19] Cailliet-Beaudoin A., Grangier J.-P., Kuents F. et Le Pogham M.-A. [2010], *op. cit.*

Symétriquement, les acteurs technologiques auront à proposer plus de produits répondant aux besoins des acteurs de santé, tout en respectant certaines contraintes (sécurité des soins et des données, règles d'hygiène, etc.). Si quelques formations en TIC santé existent déjà pour les ingénieurs, elles sont plus axées sur les aspects techniques que sanitaires. De plus, il n'existe pas d'enseignements équivalents pour les informaticiens et les techniciens.

PROPOSITION 3

Développer les formations qualifiantes en télésanté pour les ingénieurs et techniciens, offrant des recoupements de programmes entre filières sanitaires et technologiques.

À l'avenir, acteurs technologiques et sanitaires devront donc être formés différemment afin de **mieux se comprendre et ainsi créer des solutions adaptées.**

Vers un déploiement de la télésanté : quel encadrement ?

Alors que certaines technologies sont disponibles depuis plusieurs années, le déploiement de la télésanté n'a toujours pas eu lieu, preuve de la complexité des défis à relever. Avant toute chose, renforcer la gouvernance s'impose. Si les ARS sont chargées d'inclure la télésanté dans leurs plans régionaux, il est indispensable qu'une vision stratégique à long terme continue à être impulsée au niveau ministériel, relayée par des administrations centrales coordonnées et appliquée par un opérateur national unique. De plus, les cadres juridique, normatif et économique doivent rapidement être précisés.

■ Définir un cadre juridique et normatif clair

Le rythme d'édiction de textes posant les premiers jalons du cadre juridique de la télémédecine s'est accéléré ces dernières années. Cependant, des **difficultés – protection des données, responsabilité et interopérabilité – restent à surmonter.**

Premièrement, l'utilisation induite des données de santé inquiète. Ces craintes concernent tant les données exploitées dans le champ de la dépendance et de l'accompagnement (qui est plutôt régulé par le marché et pourrait exposer les usagers à une collecte de données croissante) que dans celui de la télémédecine, pourtant très encadré. Les associations mettent ainsi régulièrement en garde contre les abus que pourrait entraîner l'existence

d'une grande base de données populationnelle⁽²⁰⁾. En effet, si **les informations relatives à la santé des citoyens** peuvent intéresser des assurances, des banques ou des employeurs⁽²¹⁾, certains redoutent aussi une volonté de **contrôle comportemental** : dans un système soumis à des tensions financières, la frontière pourrait se révéler ténue entre l'utilisation de données afin d'éduquer et d'informer, et son utilisation pour sanctionner la non-observance⁽²²⁾ et les comportements à risque.

Si ces arguments ont peut-être été exagérément alimentés, il demeure fondamental de garantir confidentialité et transparence. Laisées sans réponse, ces inquiétudes entraveront l'universalisation de la télésanté. Les pouvoirs publics doivent donc s'engager dans une **communication claire**, associant l'ensemble des acteurs.

Au-delà, il est nécessaire de répondre spécifiquement aux préoccupations concernant le **consentement**, l'**hébergement et la traçabilité** des données. Tout d'abord, l'acte de télémédecine est reconnu comme un acte médical à part entière : les professionnels de santé doivent donc respecter les **règles déontologiques** et recueillir le consentement du patient. Il convient, sur le modèle du DMP, de prévoir un **consentement exprès** pour la constitution de l'ensemble des dossiers santé ainsi que pour la pratique de la télémédecine, celle-ci impliquant un transfert de données. Ensuite, la **procédure d'agrément** des hébergeurs de données devra être clarifiée afin de garantir la transparence du processus et d'éviter tout conflit d'intérêt. Enfin, concernant la **traçabilité**, l'**identification de chaque acteur et de ses interventions** est impérative. Elle garantit aux patients une plus grande maîtrise de leurs données, mais protège aussi les praticiens en cas de contentieux.

Le deuxième type d'enjeu juridique porte sur la responsabilité. La réglementation mentionne que la **télémédecine sera largement organisée sur une base contractuelle** entre ARS, établissements et professionnels libéraux. Ces contrats devront faire état du **partage des responsabilités**, la télémédecine pouvant engager nombre d'acteurs (tiers technologiques, professionnels de santé salariés et libéraux, établissements publics et privés⁽²³⁾). Si la jurisprudence restreindra graduellement certaines zones d'incertitude, il est toutefois important d'établir dès à présent un environnement juridique clair afin de ne pas décourager la participation des professionnels. Par ailleurs, des **protocoles devront être établis**, avec le concours des sociétés savantes, afin de préciser le rôle de chaque intervenant. Un guide de bonnes pratiques,

rassemblant ces protocoles et les contrats types pour chaque acte de télémédecine, pourrait être adopté au niveau national afin de faciliter le travail des ARS et conforter les professionnels dans leur pratique.

PROPOSITION 4

Établir un guide national de bonnes pratiques, rassemblant protocoles et contrats types nécessaires à la réalisation des actes de télémédecine.

Enfin, il est impératif de résoudre l'épineux problème de l'**interopérabilité**, pour développer des systèmes d'information communicants et éviter les "îlots informatiques". À ce titre, l'interopérabilité n'étant pas garantie par le jeu du marché, le référentiel de normes établi par l'ASIP Santé⁽²⁴⁾ jouera un rôle crucial.

■ Établir un modèle économique pérenne

Le flou entourant actuellement la **politique tarifaire des actes de télémédecine et le mode de financement des équipements** freine l'investissement des industriels en recherche et développement. De la même manière, la frilosité des professionnels vis-à-vis de la télésanté s'explique en partie par le manque de visibilité sur leur mode de rémunération.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2010 a levé certains freins en autorisant le partage d'honoraires et en mettant fin à l'obligation de la présence physique du médecin auprès du patient pour obtenir la prise en charge d'une consultation. De son côté, le décret de la loi HPST prévoit que les actes de télémédecine seront rémunérés et remboursés conformément au code de la sécurité sociale : ils devront donc être inscrits à la **classification commune des actes médicaux**.

Or, fin 2011, aucun mode de tarification n'est encore fixé. L'assurance maladie semble en effet craindre une croissance des coûts due au déploiement de la télésanté. Afin d'éviter tout risque inflationniste, il convient de distinguer deux types d'actes et d'ajuster le mode de rémunération associé. D'un côté, la téléconsultation en médecine spécialisée et la téléexpertise, puisque ponctuelles, pourraient relever d'une **tarification à l'acte**, impérativement alliée à une importante "protocollisation" et à un **traçage des pratiques**. De l'autre, la télésurveillance et la téléconsultation en médecine générale, qui nécessitent une implication régulière du praticien,



[20] Pierru F. [2010], "L'e-Santé sauvera-t-elle le système de santé ?", *Regards sur l'actualité*.

[21] OCDE [2010], *op. cit.*

[22] Brun N., Hirsch E. et Kivitz J. [2011], *Nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé*, rapport de mission.

[23] Desmarais P. [2011], "La télémédecine, source de nouveaux cas de responsabilité", *Communication commerce électronique*, n° 9

[24] L'Agence des systèmes informatiques partagés de santé a été créée en 2009 dans le but d'apporter une cohérence au déploiement des TIC dans la santé.

bénéficieraient d'une **tarification au forfait**, modulée en fonction de la pathologie. Il serait nécessaire de tester pendant une durée suffisante (deux ans) ce modèle de rémunération et de s'assurer de sa cohérence avec les modes actuels de rémunération des professionnels de santé.

PROPOSITION 5

Dans le cadre d'une évolution de la rémunération des professionnels de santé, tester pendant deux ans une grille tarifaire pour les actes de télémedecine combinant forfaitisation et paiement à l'acte.

Le deuxième enjeu est celui du **financement des équipements et des services associés**. Le coût du déploiement de la télésanté en France est difficile à évaluer, même si certains ont avancé des chiffres (le rapport du député Pierre Lasbordes l'estime par exemple à 6,5 milliards d'euros sur quatre ans⁽²⁵⁾). Les investissements porteront sur de multiples postes (achat du matériel, entretien, formation) et incomberont pour partie aux professionnels et établissements de santé. Néanmoins, il est évident que ceux-ci ne pourront en assumer l'intégralité, d'autant plus que la télésanté ne sera pas nécessairement source de revenus supplémentaires pour tous.

Conscients de ces enjeux, les pouvoirs publics engagent des financements, comme par exemple l'enveloppe de 26 millions d'euros déléguée en 2011 aux ARS dans le cadre du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Cependant, ces financements publics n'offrent pas une visibilité suffisante à long terme et pourraient faire l'objet d'une rationalisation entre fonds de l'État, de l'assurance maladie, des collectivités territoriales et de l'Union européenne.

La situation budgétaire contrainte, associée à la difficulté d'évaluer le retour sur investissement de la télésanté, n'incite pas les autorités à endosser les coûts de sa mise en œuvre. En effet, si de nombreuses études démontrent les bénéfices en matière de qualité de soins, aucune pour l'heure ne conclut à une réduction des dépenses. Certains considèrent alors que les partenariats avec les complémentaires⁽²⁶⁾ et les acteurs industriels sont à développer. Une fois un premier marché solvabilisé, des évaluations

médico-économiques pourront être entreprises à une échelle pertinente⁽²⁷⁾.

VERS UNE NOUVELLE DEMANDE : L'IMPLICATION CROISSANTE DE L'USAGER DANS LA PRODUCTION DE SANTÉ

La télésanté n'est pas seulement une opportunité pour les professionnels, elle offre de nouveaux services répondant à la **volonté croissante des usagers de s'impliquer** dans la gestion de leur santé⁽²⁸⁾.

(L'«usager expert»

Chacun peut désormais **rechercher et échanger de l'information** – qui n'est plus l'apanage des professionnels –, participant par ce biais à la construction du savoir collectif. Aussi, le traditionnel patient passif se mue en **«usager sachant»**, en partie **coproducteur de sa propre santé**.

La diffusion du numérique et en particulier d'Internet a contribué à la création d'un environnement informationnel, comme en témoignent les quelque 3 000 sites français en santé et l'engouement suscité par *Doctissimo* (vingt-deuxième site le plus consulté en France⁽²⁹⁾). Ainsi, confronté à un problème de santé, plus d'un Français sur deux a déjà surfé sur le web en quête de précisions sur sa pathologie ou sur les traitements existants⁽³⁰⁾, Internet étant désormais la deuxième source d'information en santé⁽³¹⁾.

Au-delà de la simple recherche d'information, les usagers souhaitent partager leur expérience (notamment entre personnes atteintes d'une même pathologie) : c'est l'**émergence de la «santé 2.0», interactive et participative**. Cette aspiration est particulièrement visible à travers l'essor de communautés en ligne, sous forme de forums, sites participatifs et réseaux sociaux en santé (citons par exemple aux États-Unis *Patientslikeme*, ou encore sa déclinaison française *Carenyty*, lancée en 2011).

Cependant, si la télésanté peut diminuer l'asymétrie d'information entre patients et personnel soignant⁽³²⁾, des **doutes subsistent quant à la qualité de l'information circulant sur la toile**. Face à ce problème, des sites de veille ont été spontanément créés par la société civile, à l'instar du site américain *Quackwatch* qui dénonce les messages jugés trompeurs et dirige les internautes vers des publications considérées comme fiables.



[25] Lasbordes P. (2009), *La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être*.

[26] Un projet pilote innovant, Vigisanté, vient ainsi d'être lancé dans le Nord-Pas-de-Calais par trois groupes de protection sociale, avec l'appui de l'ARS concernée et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce programme consiste à dépister en entreprise des salariés hypertendus puis à leur offrir un suivi à domicile personnalisé, alliant automesure, *coaching* et télésuivi.

[27] Syntec numérique (2011), "Télémedecine 2020. Faire de la France un leader du secteur en plus forte croissance de la e-santé".

[28] OCDE (2010), *op. cit.*, p. 225.

[29] Étude Médiamétrie (2010), "L'audience de l'Internet en France", mai.

[30] Sondage CSA (2011), "La santé à l'heure d'Internet", sondage réalisé en ligne sur un échantillon représentatif de 995 personnes de 18 ans et plus, février.

[31] Sondage IPSOS (2010) pour le Conseil national de l'ordre des médecins mené auprès d'un échantillon représentatif de 1 014 personnes de 15 ans et plus, avril.

[32] Council for Public Health and Health Care (2010), *Health 2.0 It's up to you*.

En France, depuis novembre 2007, une **labellisation des sites portant sur la santé**⁽³³⁾ a été confiée à la fondation *Health on the Net* (HON) par la Haute Autorité de santé. Cette certification des sites en tant que tels (et non pas de leur contenu) repose sur huit critères, comme la qualification des rédacteurs ou la transparence des sources de financement. Elle concerne actuellement 900 sites environ. Toutefois, la labellisation HON repose sur le volontariat, reste peu connue du grand public et est inapplicable à de nombreux sites incluant par exemple des forums de discussion. Ce “balisage” du parcours de l’internaute devra sans doute être repensé. Mais c’est certainement la nature intrinsèquement collaborative du web⁽³⁴⁾ et le **recoupement des sources** effectué par les usagers qui permettront d’éviter les écueils en termes de qualité de l’information.

Par ailleurs, la “**fracture sanitaire**” qui existait sur le web il y a dix ans **semble se résorber**. En effet, les retraités et les ouvriers représentaient 44 % des internautes s’intéressant à la santé en 2010 (soit leur part dans la structure de la population française) contre seulement 6 % en 2000⁽³⁵⁾. Malgré tout, l’**instruction sanitaire demeure un véritable enjeu**. Le degré d’appropriation de l’information compulsée varie indéniablement selon le niveau d’**“alphabétisation en santé”** de l’usager (*health literacy*⁽³⁶⁾). Les associations pourraient aider à la bonne lecture de l’information, afin d’éviter notamment une hausse de comportements “cybercondriaques”. Un **effort de vulgarisation des sites institutionnels et des sociétés savantes** est également à entreprendre. D’ailleurs, dans certains pays, comme l’Angleterre (*encadré 4*), le Portugal, ou encore Malte, cette démarche a mené à la **création de portails publics nationaux de santé en ligne**, donnant accès à une information fiable combinée à une pluralité de services.

Encadré 4

Le NHS Direct : l’information derrière l’écran

Portail national de santé en Angleterre depuis 1999, le NHS Direct délivre conseils et informations sur le web. L’usager a accès à des infirmières joignables par téléphone 24h/24 et 7j/7 ainsi que la possibilité de décrire ses symptômes en ligne afin d’être orienté vers les services correspondant à ses besoins. Depuis 2011, une section “*Patients’ decision aids*” est dédiée à l’internaute confronté à un choix difficile entre différents traitements, lorsqu’il n’existe pas de preuve clinique que l’un est meilleur que l’autre. Cette application

permet à chacun de formuler ses appréhensions et ses désirs afin de décider du meilleur choix pour soi. Le résultat du questionnaire peut être imprimé et amené par le patient à une consultation avec un professionnel de santé, afin de discuter le plus sereinement possible du choix du traitement ou du test médical à effectuer.

L’expertise profane, qui favorise l’adhésion aux traitements et aux messages de prévention, bénéficiera au système de santé français. Cependant, une telle évolution est parfois ressentie par les professionnels de santé comme une remise en cause de leur savoir et de leur autorité⁽³⁷⁾. **Ces craintes sont à relativiser** car plusieurs études montrent que les usagers considèrent l’information trouvée sur Internet comme **complémentaire, et non pas substitutive**, à celle délivrée par leur praticien. Ils se renseignent en amont, pour se faire une idée du diagnostic⁽³⁸⁾, mais aussi en aval, notamment après l’annonce d’une pathologie grave. Cette tendance n’altère pas la confiance envers les médecins : ils demeurent pour les Français leur première source d’information sur la santé⁽³⁹⁾. Aujourd’hui, quelques praticiens (1 %) créent leur propre page web pour centraliser et expliciter les principales informations relatives à leur spécialité⁽⁴⁰⁾. Sans aller jusque-là, tous les professionnels pourraient **conseiller à leurs patients des sources fiables, adaptées à leurs besoins**, comme le réclament 60 % des Français⁽⁴¹⁾.

Loin d’entraîner une défiance vis-à-vis du corps médical, la **télésanté pourrait même renforcer la relation patient-médecin** grâce à une communication plus souple et régulière entre les consultations⁽⁴²⁾. Néanmoins, du chemin reste à parcourir : en 2010, en Europe, seuls 5 % des médecins ont échangé des courriels avec des patients⁽⁴³⁾.

L’usager soignant

Mieux informé, l’usager s’autonomise dans la prise en charge de sa santé, tant au niveau préventif (*disease management*, automesure) que curatif (automédication).

■ Le *disease management* : l’usager au cœur du système de prévention

Ce dispositif, né dans les pays anglo-saxons, a pour ambition de délivrer aux patients les **connaissances nécessaires** à la bonne observance de leurs traitements et au respect des règles d’hygiène de vie. Il prend aussi la forme d’un

[33] Labellisation prévue par la loi du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie.

[34] Meadel C. et Akrich M. (2010), “Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin”, *Les tribunes de la santé*.

[35] Enquête Opinionway (2010), “L’automédication et l’Internet santé, dix ans après”, septembre.

[36] Capacité des individus à obtenir, traiter et comprendre des informations de base afin de pouvoir prendre les décisions appropriées concernant leur santé.

[37] Hubert E. (2010), *Médecine de proximité, mission de concertation*, rapport pour la Présidence de la République.

[38] Sondage CSA (2011), *op. cit.*

[39] Sondage IPSOS (2010), *op. cit.*

[40] Meadel C. et Akrich M. (2010), *op. cit.*

[41] *Baromètre international sur la santé de 2011*, commandité par Europe Assistance-Cercle Santé.

[42] American College of Physicians (2008), *E-health and its Impact on Medical Practice*.

[43] Meadel C. et Akrich M. (2010), *op. cit.*

coaching personnalisé qui peut s'appuyer sur les TIC. Ainsi, l'assurance maladie a lancé en 2008 un programme pilote d'accompagnement des patients diabétiques de type 2, *Sophia*, associant plusieurs systèmes de communication et d'information (entretiens téléphoniques avec des infirmiers, prise de rendez-vous par email, etc.). Ce principe de l'administration qui va vers l'utilisateur pourrait à l'avenir se généraliser par le biais de nouveaux services offerts par le site de l'assurance maladie, *Ameli-direct* (notamment en matière de rappels personnalisés de vaccination ou de dépistage).

PROPOSITION 6

Développer l'envoi de messages personnalisés à destination des patients (conseils préventifs et d'accompagnement, rappels de rendez-vous, etc.) par le biais du site web de l'assurance maladie.

■ L'automesure : l'utilisateur sentinelle de ses indicateurs biologiques

Grâce à des instruments d'automesure communicants, les patients peuvent contrôler à tout moment leur état de santé et échanger avec leur équipe médicale. Un suivi clinique à domicile (SCAD) d'insuffisants cardiaques est ainsi expérimenté en Basse-Normandie par le biais d'un terminal à écran tactile : d'un côté, le patient mesure certains paramètres (poids, tension artérielle, etc.) et notifie l'apparition de symptômes (œdème, toux, etc.) ; de l'autre, en fonction des indications transmises, le personnel soignant lui envoie des informations relatives à son traitement et à son mode de vie.

L'automesure est amenée à se banaliser sous l'effet de l'intégration de ces outils aux objets du quotidien. Des recherches portent par exemple sur la mise au point de lentilles de contact capables de mesurer en permanence de multiples paramètres biologiques (glycémie, cholestérol, potassium). On constate en outre l'essor de la "*mobile health*", comme le démontre le lancement d'un électrocardiogramme relié à un smartphone. Cependant, face à ce marché très lucratif, il faut veiller à différencier les réelles avancées technologiques des simples gadgets. De surcroît, il convient de distinguer l'automesure de l'autodiagnostic : "une mesure de marqueurs biologiques effectuée par le patient ne signifie pas qu'il soit appelé à interpréter lui-même les résultats"⁽⁴⁴⁾ et à ajuster son traitement.



[44] Office de prospective en santé [2011], *Les nouveaux patients. Rôles et responsabilités des usagers du système de santé en 2025*, Éditions de santé.

[45] Pouillard J. [2001], *L'automédication*, rapport adopté par le Conseil national de l'ordre des médecins.

[46] Étude *Cracking Counterfeit Europe* réalisée sur 140 000 personnes par Nunwood pour Pfizer.

[47] Par exemple, la molécule de Méthylphénidate est une amphétamine prescrite en cas de syndrome d'hyperactivité. Cependant, certains l'utilisent afin d'améliorer leurs capacités mnésiques et attentionnelles.

[48] Damon J., Cusset P.-Y., Lemoine S. et al. [2009], *Politiques sociales : dix innovations venues d'ailleurs*, Futuribles.

[49] Cette certification se fait selon cinq critères : la prise en charge de la fin de vie, de la douleur, la qualité de l'hôtellerie et de la restauration, le respect du droit des patients ainsi que l'hygiène et la stérilisation.

■ L'automédication : l'ambivalence d'un utilisateur soignant

L'automédication est définie comme "l'utilisation hors prescription médicale [...] de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM)"⁽⁴⁵⁾. Cette pratique est de plus en plus courante, notamment grâce à la diffusion d'informations sur la santé sur Internet. Ainsi, 85 % des Français interrogés déclaraient en 2010 se soigner par eux-mêmes occasionnellement ou fréquemment, le plus souvent pour des symptômes bénins de douleurs, de fièvre ou de maux de tête.

Parallèlement à cette automédication autorisée, des risques de dérives sont identifiés. Tout d'abord, l'essor des sites portant sur la santé encouragerait la réutilisation sans avis médical des médicaments résiduels conservés dans l'armoire à pharmacie familiale. De même, la possibilité d'acheter des médicaments en ligne inquiète. Selon une étude réalisée en 2009⁽⁴⁶⁾, 14 % des Français avaient déjà, sans ordonnance, acheté des médicaments de prescription sur la toile, notamment pour une utilisation autre que celle ayant justifié son autorisation de mise sur le marché⁽⁴⁷⁾.

Notons que cette implication de l'utilisateur dans la production de soins pousse à s'interroger sur les modes de rémunération des professionnels de santé : l'échange croissant de données entre patients et praticiens est-il compatible avec une tarification à l'acte ?

(L'utilisateur critique

Grâce aux TIC, l'utilisateur peut choisir de manière éclairée un médecin ou un établissement hospitalier. Deux types de données sont mobilisables : les indicateurs de performance médicale et les évaluations de satisfaction des patients⁽⁴⁸⁾.

En France, les indicateurs de performance des établissements hospitaliers sont rendus publics depuis de nombreuses années. Toutefois, les sites institutionnels qui les diffusent demeurent peu connus. Par exemple, la HAS fait état de la certification des établissements sanitaires, sans que cette dernière bénéficie d'une forte notoriété⁽⁴⁹⁾.

En revanche, les comparateurs d'hôpitaux (souvent financés par des complémentaires santé, comme *ComparHospit* de Malakoff-Médéric) offrent, à partir des mêmes données, des versions simplifiées plus adaptées au grand public. De même, le classement des hôpitaux publiés par la presse assure des succès de vente chaque année, preuve que la demande d'information des utilisateurs est très forte.

Fort de ce constat, le site *Ameli-direct* de l'assurance maladie a évolué : il permet désormais de **comparer en fonction de plusieurs critères les médecins** (honoraires libres ou conventionnés, acceptation de la carte vitale, etc.), ainsi que **les établissements** (certification HAS, indicateur ICALIN⁽⁵⁰⁾, etc.). Si cette démarche a pour objectif principal d'offrir aux patients une plus grande transparence quant aux prestations médicales, elle n'en est pas moins un moyen pour l'assurance maladie de détecter les praticiens aux tarifs déraisonnables et les établissements peu vertueux.

Par ailleurs, on constate une prise en compte croissante des évaluations par les patients, car la pression qu'elles exercent est un puissant vecteur d'amélioration des services médicaux.

Le site *Okdoc*, créé en 2008 en Suisse, propose ainsi aux internautes de noter leurs médecins selon un ensemble de critères, allant du temps d'attente à l'efficacité du traitement prescrit. Cependant, le succès de cette plateforme participative s'est accompagné de nombreuses plaintes de la part des praticiens. Les autorités administratives ont alors obtenu la réorientation du site en simple outil de recommandation : désormais seuls les commentaires positifs sont publiés, chaque médecin pouvant en outre refuser d'y figurer.

En France, ce mode de médecine participative n'en est qu'à ses prémices. Deux sites d'évaluation des médecins ont par exemple eu une courte existence du fait **des nombreux faux commentaires qui ont décrédibilisé leur démarche**⁽⁵¹⁾.

Si ce type de sites fait l'objet d'une couverture médiatique assez importante, insistant notamment sur la réticence des médecins, **la façon dont les internautes font usage de ces ressources est peu étudiée**. Une chercheuse a néanmoins analysé les critiques publiées sur le site *RateMDs*, très populaire au Canada⁽⁵²⁾. Résultat, **les commentaires positifs et négatifs étaient en nombre équivalent** et la nature de ces derniers n'étaient pas injurieux (les patients se plaignant majoritairement d'un manque d'écoute).

Encadré 5

Les sites anglo-saxons "d'évaluation au service du choix"

Hospital Compare, mis en place aux États-Unis en 2008, compare près de 4 000 hôpitaux grâce à :

- des indicateurs quantitatifs fournis par l'administration hospitalière (nombre de patients pris en charge, d'interventions chirurgicales, coût des prestations, etc.) ;
- des évaluations qualitatives effectuées par un échantillon

représentatif de 300 patients par hôpital et portant sur une série de critères (communication avec l'équipe soignante, propreté de l'hôpital, prise en charge de la douleur, etc.).

Le site *NHS Choices* britannique propose un service similaire, en y ajoutant la possibilité pour chaque usager de répondre à une série de questions ouvertes (par exemple : "Qu'est-ce qui pourrait être amélioré selon vous ?").

Ce commentaire des usagers ne se restreint pas aux seuls établissements hospitaliers mais s'étend à la quasi-totalité des services médicaux (médecins généralistes, dentistes, centres anti-tabac, etc.). Contrairement aux enquêtes sur échantillons, ce système de "libre expression" laisse cependant la porte ouverte aux commentaires falsifiés ou diffamatoires (même si plusieurs modérateurs s'emploient à en diminuer la fréquence).

La crainte d'éventuelles dérives ne doit pas occulter le fait que **les sites d'évaluation**, comme il en existe déjà dans les pays anglo-saxons (encadré 5), peuvent contribuer à **l'amélioration de la qualité du service rendu**.

Dans cette perspective, le site *Ameli-direct* pourrait intégrer les mesures de satisfaction des patients qui seront effectuées dans les établissements hospitaliers français dès 2012⁽⁵³⁾.

Par ailleurs, il serait intéressant que **l'assurance maladie, garante de la qualité du système de soins, puisse recueillir les commentaires des usagers** sur les établissements et professionnels de santé. Pour cela, trois conditions devraient être remplies :

- ▶ que les usagers s'identifient sur le site *Ameli-direct* ;
- ▶ que l'assurance maladie transmette les commentaires aux professionnels de santé afin qu'ils bénéficient d'un retour sur leur pratique ;
- ▶ que ces informations alimentent le dialogue entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

PROPOSITION 7

Donner la possibilité aux usagers de transmettre à l'assurance maladie leurs remarques sur leur prise en charge par le biais du site sécurisé *Ameli-direct*.

À terme, il pourrait être envisagé de rendre ces évaluations visibles du public dans une optique de démocratie sanitaire : aujourd'hui seules les personnes disposant d'un réseau social important ont facilement accès à ce type d'information. Si les pouvoirs publics ne développent pas un tel service, le marché privé s'en chargera, sans forcément être aussi concerné par le respect des professionnels et des patients.

[50] Indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales.

[51] Ces deux sites se nommaient *Demedica* et *Not2bib*.

[52] Nadia Hai (2011), "Patients perspectives of the medical profession on the web", intervention au colloque "Extending Expertise ? Experts and Amateurs in Communication and Culture" de l'université d'Ottawa.

[53] Les enquêtes téléphoniques de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés sont facultatives en 2011 et obligatoires dès 2012. Les résultats seront rendus publics en 2013 sur le site *Platines* www.platines.sante.gouv.fr/

CONCLUSION Quelle réorganisation de l'offre de santé dans vingt ans ?

Le déploiement de la télésanté ne découlera pas naturellement de l'arrivée à maturité technologique du secteur. Une politique volontariste sera nécessaire pour lever les freins qui ont jusqu'alors entravé son essor en France.

➤ À l'horizon 2030, dans un scénario idéal, la télésanté garantira non seulement davantage d'efficacité mais elle offrira également de nouveaux services permettant une autonomie des patients plus étendue et une communication avec les professionnels de santé plus flexible.

En outre, couplée à des pratiques professionnelles collectives et à une redéfinition des métiers⁽⁵⁴⁾, la télésanté aura contribué à l'émergence d'une réelle gradation des soins (cf. schéma ci-dessous).

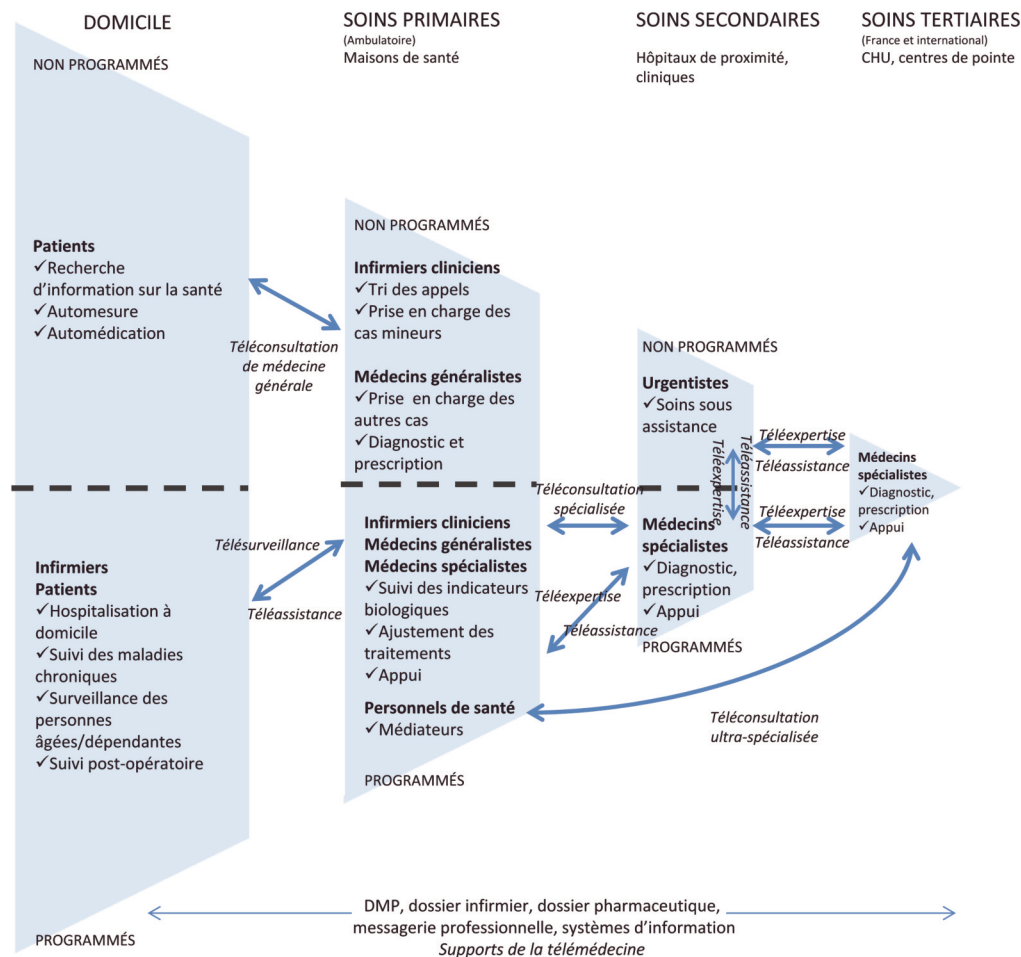
Cette restructuration de l'offre de santé nécessitera d'y associer tant les professionnels que les usagers. Pour ce faire, les autorités publiques devront doser mesures incitatives et plus directives, notamment à travers une évolution des modes de rémunération et de remboursement.



Mathilde Reynaudi et Sarah Sauneron, département Questions sociales⁽⁵⁵⁾

Télésanté et continuum de soins à l'horizon 2030

La télésanté concourt à la gradation des soins du domicile au centre hospitalier de pointe. En effet, que le recours aux soins ait été programmé ou non, elle permet d'offrir la réponse adaptée aux besoins du patient, où qu'il se trouve et au meilleur coût. Sont présentées dans ce schéma les activités de télésanté réparties par lieu d'exercice et acteur concerné.



Source : Centre d'analyse stratégique

[54] Anger E., Gimbert V. et al. (2011), op. cit.

[55] Remerciements : Henrik Bjerregaard (Medcom), Arne Björnberg (Health Consumer Powerhouse), Pierre Espinoza et Alexandra Gouaze (hôpitaux Georges-Pompidou et Vaugirard), Marcel Garnier, Isabelle Hébert et Véronique Lacam-Denoel (Malakoff Médéric), Hugo Gilardi, Sandrine Pautot et Valérie Salomon (DGOS), Magalie Léo et Marc Morel (CISS), François Lescure (Médicindirect), Pierre Leurent (Voluntis), Jacques Lucas (CNOM), Luc Nicolas (ministère fédéral belge de la Santé), Jean-Yves Robin (ASIP Santé), Pierre Simon (ANTEL), Philippe Tisserand (FNI).

DERNIÈRES
PUBLICATIONS
À CONSULTER

sur www.strategie.gouv.fr, rubrique publications




Notes d'analyse :

- N° 254 ■ **Quelles opportunités pour l'offre de soins de demain ? (volet 1)**
Les coopérations entre professionnels de santé (décembre 2011)
- N° 253 ■ **La presse à l'ère numérique : comment ajouter de la valeur à l'information ?** (novembre 2011)
- N° 252 ■ **Les financements innovants au service du climat** (novembre 2011)
- N° 250 ■ **La politique climatique américaine** (novembre 2011)
- N° 249 ■ **Des effets de quartier à la politique de la ville** (novembre 2011)
- N° 248 ■ **Pour un développement responsable des nanotechnologies** (novembre 2011)
- N° 247 ■ **De nouvelles organisations du travail conciliant égalité femme/homme et performance des entreprises** (novembre 2011)

Note de synthèse :

- N° 251 ■ **Les instruments économiques au service du climat** (novembre 2011)

Retrouvez les dernières actualités du Centre d'analyse stratégique sur :

-  www.strategie.gouv.fr
-  [centredanalysestrategique](https://www.facebook.com/centredanalysestrategique)
-  [@Strategie_Gouv](https://twitter.com/Strategie_Gouv)



La Note d'analyse n° 255 -
décembre 2011 est une publication
du Centre d'analyse stratégique

Directeur de la publication :
Vincent Chriqui, directeur général

Directeur de la rédaction :
Pierre-François Mourier,
directeur général adjoint

Secrétaire de rédaction :
Delphine Gorges

Impression :
Centre d'analyse stratégique

Dépôt légal : décembre 2011
N° ISSN : 1760-5733

Contact presse :
Jean-Michel Roullé, responsable
de la Communication
01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38
jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr



Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.

www.strategie.gouv.fr