

COMMISSION SANTÉ MENTALE

Les cas d'usage de la télémédecine en santé mentale

Rapport

novembre 2021

Coordinateurs :

Dr ANTOINE RETAULT	psychiatre
Dr ALINA KOZIK	psychiatre
Dr THIERRY RESSEL	psychiatre

Participants :

M. THOMAS DIETSCH	infirmier
Mme AURORE FABBRO	psychologue
Dr ERIC FAIDHERBE	médecin généraliste
Mme ÉLODIE METZGER	psychologue
Dr CATHERINE WALTER	psychiatre

Table des matières

I Aspects législatifs et réglementaires.....	7
I.A Définitions.....	7
I.A.1) La e-santé.....	7
1.a) Définition.....	7
1.b) De nombreux acteurs.....	7
1.c) Le champ de la e-santé.....	7
I.A.2) Télémédecine, télésoin, télépsychologie, m-santé.....	8
I.B Télémédecine et télésoin en France : historique du cadre législatif et réglementaire.....	9
I.B.1) Première étape : définition de la télémédecine (2004-2012).....	9
1.a) Première définition.....	9
1.b) Loi dite Hôpital, patient, santé territoire (HPST).....	9
1.c) Décret d'application du 19/10/2010.....	9
i) Liste des actes de télémédecine.....	9
ii) Conditions de mise en œuvre: respect des conditions d'un acte médical.....	10
iii) Organisation de la télémédecine.....	10
I.B.2) Deuxième étape : les expérimentations (2013-2017).....	10
I.B.3) Troisième étape : entrée dans le droit commun (2018-2020).....	10
3.a) Les dispositions de l'arrêté du 1er août 2018 (avenant n°6).....	11
i) Généralités.....	11
ii) Téléconsultation.....	11
α) Champ d'application de la téléconsultation.....	11
β) Modalité de réalisation de la téléconsultation.....	12
γ) Modalités de rémunération de l'acte.....	12
δ) Modalités de facturation de l'acte.....	12
ε) Place des organisations territoriales.....	12
iii) Téléexpertise.....	13
3.b) Les modifications apportées par l'avenant n°8.....	14
I.B.4) Élargissement au télésoin et à d'autres professions de santé (à partir de 2019).....	15
4.a) Aspect législatif.....	15
4.b) Aspect réglementaire.....	16
4.c) Remboursement d'actes de télémédecine infirmiers.....	16
I.B.5) La télémédecine au temps de la crise sanitaire (2020).....	17
5.a) Forte augmentation du nombre de téléconsultations.....	17
5.b) Dérogations temporaires pendant la crise sanitaire.....	18
I.B.6) L'avenant n°9 à la convention entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.....	19
I.C Les conditions légales d'exercice de la télémédecine.....	21
I.C.1) Licéité de l'acte médical (hors expérimentation médicale) au regard du droit pénal.....	21
1.a) Les conditions liées aux personnes.....	21
1.b) Le consentement libre et éclairé du patient doit être recueilli.....	21
1.c) Des conditions liées à l'acte.....	22
I.C.2) Obligations liées au déroulement et à l'organisation de l'acte médical.....	22
2.a) Authentification des acteurs.....	22
i) Authentification du médecin.....	22
ii) Authentification du patient.....	22
2.b) Formation des intervenants.....	22

i) Formation du professionnel de santé.....	22
ii) Formation du patient.....	23
2.c) Dossier médical / de soins.....	23
2.d) Données médicales : accès, partage, sécurité.....	23
i) Accès aux données.....	23
ii) Partage des données.....	23
2.e) Obligations de sécurité.....	24
I.C.3) Obligations générales.....	24
3.a) Obligations déontologiques.....	24
3.b) Protection des données.....	24
I.C.4) Usage des outils de communication numérique en psychologie.....	25
II Partage d'expérience sur l'usage de la télémédecine durant la crise sanitaire.....	27
II.A Avantages et inconvénients de la téléconsultation.....	27
II.A.1) Considérations d'efficacité.....	27
II.A.2) Considérations sanitaires.....	28
II.A.3) Considérations géographiques et temporelles.....	28
3.a) La question du déplacement au cabinet : accès aux soins, gestion de l'urgence, gain de temps, continuité des soins.....	28
i) Avantages.....	28
ii) Limites et inconvénients.....	29
3.b) Impact du lieu de domicile sur la consultation.....	31
II.A.4) Impact du dispositif technique sur le patient, le thérapeute, la relation.....	32
4.a) Le rapport aux nouvelles technologies.....	32
4.b) Les conditions matérielles de la téléconsultation.....	32
4.c) Effet du caractère distanciel sur la relation entre patient et professionnel.....	33
i) Interaction sociale.....	33
ii) Qualité de l'échange.....	33
iii) Considérations cliniques.....	34
II.B La téléconsultation dans quelques cas particuliers.....	35
II.B.1) Téléconsultation dans les prises en charge des enfants et des adolescents.....	35
1.a) Prise en charge des enfants en psychologie.....	35
1.b) Prise en charge des adolescents.....	36
II.B.2) Place du psychologue en tant qu'assistant à une téléconsultation.....	37
II.B.3) Télémédecine et soins infirmiers en pratique libérale.....	38
II.B.4) Téléconsultation en médecine générale.....	38
II.B.5) Téléconsultation à l'hôpital psychiatrique.....	39
II.B.6) Les entretiens téléphoniques.....	40
6.a) Consultations téléphoniques et crise sanitaire.....	40
6.b) Usage du téléphone en pratique médicale.....	40
II.C Place de la téléexpertise.....	41
II.D Contre-indications, non indications.....	42
II.D.1) Contre-indications, non indications classiques.....	42
II.D.2) Contre-indications, non indications liées au patient.....	43
II.D.3) Contre-indications, non indications liées aux conditions techniques.....	43
II.D.4) Contre-indications, non indications liées aux conditions légales.....	44
II.E Indications.....	45
III Conseils pratiques et documents de référence.....	47

III.A	Conseils pratiques pour débiter en téléconsultation.....	47
III.A.1)	Déclarer l'activité de téléconsultation à son assurance professionnelle.....	47
III.A.2)	Disposer d'un environnement adapté.....	47
III.A.3)	Disposer du matériel informatique nécessaire à la téléconsultation.....	47
III.A.4)	Disposer d'une solution logicielle.....	47
III.A.5)	Tester le bon fonctionnement du système.....	48
III.A.6)	Prévoir une méthode de paiement.....	48
III.A.7)	Prévoir des créneaux horaires.....	48
III.A.8)	Se former à la téléconsultation.....	49
III.B	Documents de référence.....	49
IV	L'avenir de la téléconsultation en psychiatrie.....	50
IV.A	L'essor de la télémédecine.....	50
IV.A.1)	L'usage de la télémédecine et de la télépsychologie dans notre région depuis la crise sanitaire.....	50
IV.A.2)	L'essor des offres de services en ligne.....	51
2.a)	Le développement des offres commerciales de télémédecine.....	51
2.b)	Les autres offres de télémédecine.....	52
2.c)	Les offres web de télépsychologie.....	52
2.d)	Les premières réactions.....	52
IV.B	De l'avenant n°6 à l'avenant n°9.....	53
IV.B.1)	L'avenant n°6.....	53
1.a)	Les mesures de l'avenant n°6.....	53
i)	Des mesures restrictives.....	54
ii)	Des exceptions aux restrictions.....	54
1.b)	Un avenant trop permissif ?.....	54
IV.B.2)	L'avenant n°8.....	55
2.a)	Les mesures de l'avenant n°8.....	55
i)	Les mesures restrictives.....	55
ii)	Les exceptions.....	56
2.b)	Les incohérences de l'avenant n°8.....	56
i)	Du parcours de soins à la territorialité.....	57
ii)	Une pratique d'exception.....	58
IV.B.3)	L'avenant n°9.....	59
3.a)	Les mesures de l'avenant n°9.....	59
i)	Les mesures restrictives.....	59
ii)	Des exceptions plus nombreuses.....	60
3.b)	Le démantèlement du parcours de soins.....	61
i)	L'interdiction de la télémédecine en pratique courante.....	61
ii)	Une réponse à la carence d'offre de soins ?.....	62
IV.C	La logique des avenants.....	64
IV.C.1)	Une vision médicale étroite.....	64
IV.C.2)	L'incapacité de l'assurance maladie.....	65
IV.C.3)	Le parcours de soins en disgrâce.....	65
IV.C.4)	La télémédecine : une mauvaise pratique.....	66
IV.C.5)	Le retour au présentiel.....	67
IV.D	Avenir et perspectives.....	68
IV.D.1)	Le retour des patients dans les cabinets.....	68

1.a) La fin de la pandémie pour les libéraux.....	68
1.b) Un usage clinique limité.....	68
1.c) Le quota en question.....	69
IV.D.2) Au chevet du système de santé.....	71
2.a) Un système de santé en mauvaise santé.....	71
i) La démographie médicale.....	71
ii) La distance entre le patient et son médecin.....	72
2.b) L'accès au médecin.....	72
2.c) Le coût de la télémédecine.....	73
2.d) Les louanges de l'avenant n°9.....	74
IV.E Et à présent ?.....	76
V Conclusion.....	80
VI Bibliographie.....	81
VII Annexes.....	85
I Haute autorité de santé, Fiche Mémo : Téléconsultation et téléexpertise : mise en œuvre, publiée en mai 2019	
II Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP) : COVID-19 Fiche de recommandations pour la télépsychologie	
III Code de la santé publique, partie législative, sixième partie, livre III, Titre 1er, Chapitre VI : Télésanté (art. L6316-1 à L6316-2)	
IV Code de la santé publique, partie réglementaire, sixième partie, livre III, Titre 1er, Chapitre VI : Télésanté (art. R6316-1 à R6316-6)	
V Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant no 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, <i>J.O.</i> du 10/08/2018 (extrait)	
VI Avis relatif à l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée, le 22 juin 2007, <i>J.O.</i> du 13/06/2019 (extrait)	
VII Avis relatif à l'avenant no 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, <i>J.O.</i> du 03/09/2020 (extrait)	
VIII Avenant n°9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, <i>J.O.</i> du 25/09/2021 (extrait)	

I Aspects législatifs et réglementaires

I.A Définitions

I.A.1) La e-santé

1.a) Définition

La télémédecine s'inscrit dans un cadre plus large : la e-santé ¹, terme qui serait apparu en 1999. ² Elle désigne les domaines où les technologies de l'information et de la communication (TIC) ³ sont mises au service de la santé. ⁴

1.b) De nombreux acteurs

La e-santé fait intervenir de nombreux acteurs, notamment :

- Fabricants de matériel informatique, de matériel médical, de matériel électronique, de téléphones, d'objets connectés.
- Éditeurs de logiciels, acteurs du web, éditeurs d'applications web.
- Professionnels de santé.
- Organisations en lien avec la santé : Assurance Maladie, Agences Régionales de Santé (ARS), mutuelles, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), Haute Autorité de Santé (HAS), Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Agence Européenne des Médicaments (AEM)...
- Chercheurs en santé

1.c) Le champ de la e-santé

Le champ de la e-santé est très vaste, il comprend notamment :

- Les systèmes d'information de santé ⁵, les logiciels métier des professionnels de santé.

1 La e-santé est parfois appelée : santé numérique, santé connectée, e-health en anglais.

2 La première utilisation du terme e-santé aurait été faite par un consultant en santé, John Mitchell, lors d'un congrès de 1999 : « *l'usage combiné de l'internet et des technologies de l'information à des fins cliniques, éducationnelles et administratives, à la fois localement et à distance* », <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/e-sante.pdf>.

3 Les TIC sont définis par l'OCDE comme « *combinaison de produits et de services qui capturent, enregistrent et affichent des données et des informations, par voie électronique.* », <https://www.oecd.org/sti/ieconomy/2771153.pdf>.

4 La définition de l'OMS est la suivante : « eHealth is the use of information and communication technologies (ICT) for health », <https://www.who.int/ehealth/about/en/#>, ce qu'on peut traduire par : la e-santé est l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) au service de la santé. Pour différentes formulations de cette définition, on pourra se reporter notamment à : <https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/e-sante.pdf>, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2056029/en/e-sante.

- Les feuilles de soins électroniques et leur remboursement.
- Le e-learning.
- L'information du public en matière de soins, de prévention...
- La télémédecine et le télésoin.
- Les outils de gestion de données internes (datamining) ou externes (big data) permettant la collecte, le stockage et le traitement algorithmique de données massives relatives à la santé.

I.A.2) Télémédecine, télésoin, télépsychologie, m-santé

Parmi les multiples acceptions de ces termes, on retiendra les suivantes :

- La **télémédecine** désigne des actes médicaux réalisés à distance par un médecin.
- Le **télésoin** désigne des actes réalisés à distance par des professionnels de santé non médecins.
- La **télépsychologie** désigne la prestation de services psychologiques à l'aide des télécommunications.⁶
- La **m-santé** (m pour mobile) désigne des pratiques médicales et de santé publique comportant divers produits matériels (objets connectés) ou des applications logicielles en rapport avec la santé ou le bien-être.⁷
- La **télesanté** comprend la m-santé et des actes de prévention et de soins réalisés à distance comme l'information *via* des portails grand public, des sites de promotion de la santé. On adjoint parfois à la définition de la télesanté la télémédecine et le télésoin.

On définit aussi parfois la **télémédecine médicale** (au sens défini ci-dessus) et la **télémédecine informative** qui organise la diffusion du savoir médical et de protocoles de prise en charge des malades.

5 Les systèmes d'information de santé organisent, au niveau informatique, les échanges d'informations entre la médecine de ville et l'hôpital, ou entre services au sein d'un même hôpital. C'est sur ces systèmes que reposent le dossier médical partagé (DMP), le système de carte vitale.

6 Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP), *Fédérer*, n° 98-2 p. 8, <https://ffpp.net/les-publications>.

7 L'OMS donne la définition suivante de la m-santé (*mobile health*) : « *medical and public health practice supported by mobile devices, such as mobile phones, patient monitoring devices, personal digital assistants (PDAs), and other wireless devices* », https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf.

I.B Télémédecine et télésoin en France : historique du cadre législatif et réglementaire

I.B.1) Première étape : définition de la télémédecine (2004-2012)

1.a) Première définition

La première définition de la télémédecine en France a été établie par l'article 32 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, qui la définit comme un acte médical à distance.⁸

1.b) Loi dite Hôpital, patient, santé territoire (HPST)

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi Hôpital, patient, santé, territoire – loi HPST) crée l'article L6316-1 du Code de la santé publique qui définit la télémédecine.

On en retient que c'est un **acte médical** réalisé par des professionnels de santé **via les technologies de l'information et de la télécommunication** (TIC). Ceci n'inclut donc pas toutes les prestations de santé (ex : télémédecine informative : la télémédecine n'est pas la e-santé). Cette limitation à l'acte médical sera assouplie par la réglementation sur le télésoin.

1.c) Décret d'application du 19/10/2010

Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 pris en application de la loi HPST précise :

- les actes médicaux réalisés à distance qui relèvent de la télémédecine,
- les conditions de mise en œuvre de la télémédecine,
- l'organisation de l'activité de télémédecine,
- les principes du financement.

i) Liste des actes de télémédecine

Le décret fixe à 5 les actes qui relèvent de la télémédecine, que l'on retrouve à l'article R6316-1 du Code de la Santé Publique :

- **Téléconsultation** : consultation médicale à distance.
- **Téléexpertise** : sollicitation à distance de l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux.
- **Télésurveillance médicale** : interprétation de données médicales recueillies à distance.
- **Téléassistance médicale** : assistance par un professionnel médical d'un autre professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte.

⁸ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004, article 32 : « La télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical. »

- **Régulation médicale** : réponse apportée à distance dans le cadre de l'urgence médicale (SAMU).

ii) Conditions de mise en œuvre: respect des conditions d'un acte médical

Les actes de téléconsultation doivent respecter les conditions d'un acte médical, notamment :

- Ils nécessitent l'authentification des professionnels, du patient, l'accès aux données médicales, la formation éventuelle du patient (article R6316-3 du CSP).
- Ils donnent lieu à un compte rendu (art. R6316-4).
- Ils nécessitent le consentement libre et éclairé du patient (art. R6316-2).
- Il est possible d'échanger des informations entre les professionnels (art. R6316-2).

iii) Organisation de la télémédecine

La télémédecine doit respecter les conditions suivantes :

- Compétence et formation des professionnels à l'utilisation des dispositifs de télémédecine (art. R6316-9).
- Interopérabilité, sécurité et conformité aux référentiels d'interopérabilité des technologies utilisées (art. R6316-10).

I.B.2) Deuxième étape : les expérimentations (2013-2017)

La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 prévoit le financement d'expérimentations de la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise et télésurveillance) dans neuf régions.

Cette expérimentation est prolongée et élargie à l'ensemble du territoire français par la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

La loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 :

- Bascule le financement des actes de télémédecine dans le cadre commun de la sécurité sociale.
- Promeut la transformation numérique des établissements de santé par une enveloppe budgétaire conséquente.

I.B.3) Troisième étape : entrée dans le droit commun (2018-2020)

La téléconsultation et la téléexpertise deviennent accessibles aux médecins et aux patients et remboursées en France à la suite de la signature de l'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Cet avenant fera l'objet d'un arrêté du 1er août 2018. ⁹

⁹ Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, *J.O.* du 18 août 2018. La partie relative à

Ces dispositions seront modifiées par les avenants n°8 et n°9 de la convention.

3.a) Les dispositions de l'arrêté du 1er août 2018 (avenant n°6)

i) Généralités

Le développement de la télémédecine (téléconsultation et téléexpertise) y est encouragé dans les buts suivants : favoriser l'accès aux soins notamment dans les zones sous denses, favoriser le partage d'informations et d'avis entre les professionnels de santé.

La téléconsultation est ouverte à l'ensemble des patients à partir du 15/09/2018, et le déploiement de la téléexpertise est programmé.

ii) Téléconsultation

α) Champ d'application de la téléconsultation

La téléconsultation est possible pour tout médecin libéral conventionné, qui peut être assisté par un autre professionnel de santé. L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas.

Tous les patients peuvent bénéficier d'une téléconsultation, ils doivent être informés et donner leur consentement préalable à la téléconsultation.

La connaissance préalable du patient est requise pour que la téléconsultation puisse donner lieu à une prise en charge par l'assurance maladie. Le patient doit être « connu » du médecin, ce qui est défini par le fait qu'il ait été vu en consultation présenteielle dans les 12 mois qui précèdent la téléconsultation.

Il est posé un principe d'alternance de consultations présentesielles et de téléconsultations, sans que la fréquence de cette alternance ne soit précisée autrement que par les besoins du patient et par l'appréciation du médecin.

Le parcours de soins doit être respecté (principe de l'orientation par le médecin traitant), des exceptions au parcours de soins sont précisées :

- Les exceptions habituelles (patients âgés de moins de 16 ans, accès direct spécifique pour certaines spécialités).¹⁰
- Des exceptions sont ajoutées dans les cas suivant, qui permettent de se passer de la connaissance préalable du patient (règle des un an), à condition que l'acte se fasse dans le cadre d'une organisation territoriale coordonnée (CPTS, MSP, CDS...) ¹¹ :
 - Patients ne disposant pas de médecin traitant désigné.

la télémédecine est consultable à l'annexe V.

10 On rappelle que l'orientation par le médecin traitant n'est pas requise en psychiatrie pour les personnes âgées de moins de 26 ans.

11 CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, MSP : Maison de Santé Pluri-professionnelle, CDS : Centre De Santé.

- Patients dont le médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient.

β) Modalité de réalisation de la téléconsultation

Les conditions de la téléconsultation doivent être les suivantes :

- Elle doit se faire en vidéotransmission, avec des conditions permettant une consultation de qualité.
- Elle doit garantir, dans le respect des règles de sécurité et d'interopérabilité : confidentialité des échanges, sécurisation des données transmises, traçabilité de la facturation des actes.
- Elle doit donner lieu à un compte-rendu, notamment dans le dossier médical partagé (DMP) s'il est ouvert.

γ) Modalités de rémunération de l'acte

Les actes de téléconsultation sont rémunérés comme en présentiel, le code de l'acte change pour TCG ou TC selon la spécialité.

Les majorations associées aux actes s'appliquent dans les mêmes conditions qu'en présentiel.

Un médecin présent auprès du patient au moment de la réalisation de l'acte de téléconsultation peut facturer une consultation dans les conditions habituelles.

δ) Modalités de facturation de l'acte

Le médecin est autorisé à réaliser la feuille de soins en mode SESAM sans vitale (en l'absence de la carte vitale du patient). Les justificatifs papier n'ont pas à être envoyés parallèlement à l'envoi électronique, par dérogation.¹²

Les données administratives pour la réalisation de la feuille de soins proviennent soit des données administratives du logiciel du médecin si le patient est connu, soit d'un appel au web service ADRI si le patient n'est pas connu (*cf.* les exceptions au parcours de soins).

ε) Place des organisations territoriales

- Il est demandé aux signataires de l'avenant n°6 de promouvoir la mise en place et la promotion d'organisations territoriales coordonnées (dont notamment les CPTS, les maisons et les centres de santé). Ces structures sont vouées à jouer un rôle important dans l'organisation des téléconsultations.
- Elles doivent gérer les téléconsultations autorisées en exception au parcours de soins : situations d'urgence, absence de médecin traitant désigné ou non disponibilité de ce dernier. La téléconsultation est désignée comme une possibilité pour permettre dans ces cas l'accès aux soins (l'orientation du patient vers une consultation présentielle est évidemment possible).

¹² L'assurance maladie exige néanmoins que ces feuilles soient conservées durant 33 mois.

➤ Il est demandé à ces structures de pouvoir, dans un second temps, désigner un médecin traitant au patient. La téléconsultation hors parcours de soins est donc un acte ponctuel, ou un ensemble d'actes se déroulant dans un intervalle de temps limité, permettant la réalisation de soins dans l'attente d'une réintégration du patient dans le parcours de soins.

iii) Téléexpertise

Les dispositions de l'avenant n°6 relatives à la téléexpertise ont été profondément remaniées dans l'avenant n°9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Nous n'en donnerons pas tous les détails, la définition même des actes de téléexpertise ayant été modifiée par l'avenant n°9.

Retenons de l'avenant n°6 qu'il distingue un « médecin requérant » qui sollicite l'expertise et un « médecin requis » qui fournit l'expertise hors de la présence du patient, que la téléexpertise concerne tous les médecins libéraux conventionnés et que l'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du médecin requis.

La téléexpertise concerne une catégorie limitée de patients : en affection longue durée (ALD), atteints de maladies rares, résidant en zones sous denses, résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales, détenus.

Les patients doivent être informés de la réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement, le médecin requis doit connaître le patient préalablement, sauf pour les téléexpertises de niveau 1 (cf infra).

Les modalités de la téléexpertise sont similaires à celles de la téléconsultation : confidentialité des échanges entre les médecins, sécurisation des données transmises et traçabilité de la facturation, respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité, équipement adapté (les échanges notamment doivent se faire au moyen d'une messagerie sécurisée de santé). Comme pour la téléconsultation, la téléexpertise donne lieu à un compte-rendu établi par le médecin requis, qui doit être transmis au médecin traitant et intégré au DMP le cas échéant.

Deux niveaux de téléexpertise sont définis, cette distinction est aujourd'hui caduque, un seul niveau de téléexpertise étant défini dans l'avenant n° 9.¹³ De même, les règles de rémunération de la téléexpertise ont été remaniées.¹⁴

13 L'avenant 6 distingue :

- une *téléexpertise de niveau 1* : c'est un avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie, par l'analyse de documents en nombre limité. Une liste non exhaustive est donnée. Exemple : interprétation d'une photographie de tympan, de lésions cutanées, d'une spirométrie...

- une *téléexpertise de niveau 2* : c'est un avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence. Une liste non exhaustive est aussi donnée. Exemple : adaptation d'un traitement antiépileptique.

14 La rémunération de la téléexpertise sera alignée à la rémunération la plus haute définie par l'avenant n°6, soit 20 euros par téléexpertise pour le médecin requis, et 10 euros pour le médecin requérant.

A noter qu'une limite du nombre d'actes par patient et par an est définie pour le médecin requérant et le médecin requis, et que le dépassement d'honoraires est interdit. Les modalités de facturation de la téléexpertise sont similaires à celles de la téléconsultation.

3.b) Les modifications apportées par l'avenant n°8

L'avenant n°8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signé le 11 mars 2020, a fait l'objet d'un avis publié au *Journal Officiel* le 3/09/2010.¹⁵ Il apporte quelques modifications au dispositif mis en place par l'avenant n°6.

Le principe de l'alternance des soins présentiels et à distance y est renforcé par sa présence dans le titre du paragraphe relatif au parcours de soins, même si le contenu des dispositions y figurant change peu. Le texte réaffirme la nécessité d'une consultation présente annuelle et réaffirme que la fréquence de cette alternance dépend des besoins du patient et de l'appréciation du médecin.

La nécessité de respecter le parcours de soins est aussi réaffirmée. De nouvelles exceptions au parcours de soins sont ajoutées :

- patients en situation d'urgence,
- patients résidant en EHPAD ou dans des établissements accueillant ou accompagnant des personnes handicapées, au titre que ces personnes sont souvent éloignées de leur domicile initial,
- détenus.

Dans ces situations, le patient n'a pas à être préalablement connu, et la téléconsultation doit être organisée dans le cadre d'une organisation territoriale.

L'avenant n°8 réécrit entièrement le paragraphe consacré à la gestion des téléconsultations par les organisations territoriales (art. 28.6.1.2). Il met l'accent sur la territorialité et non plus sur l'organisation des situations d'exception par les organisations territoriales.¹⁶

La promotion de telles organisations y est toujours mise en avant. Elles doivent toujours gérer l'organisation des téléconsultations hors parcours de soins, et être en mesure dans un second temps de réintégrer le patient dans le parcours de soins. La grande modification est l'inscription explicite d'un « *ancrage territorial de proximité* » dans le texte.

Dans l'avenant n°6, la notion de territorialité découlait du qualificatif « *territorial* » des organisations telles la CPTS. Il découlait aussi de façon indirecte de la nécessité de respecter le parcours de soin. Le préambule de l'avenant n°6, soulignant que la télémédecine devrait faciliter l'accès aux soins notamment dans les zones sous-denses, ouvrait la porte à une extra-territorialité, notamment en cas de territoire sous-dense étendu géographiquement.

15 Avis relatif à l'avenant n°8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, *J.O.* du 3/09/2020. La partie relative à la télémédecine est consultable à l'annexe VII.

16 l'article 28.6.1.2 s'intitule « *L'organisation territoriale de téléconsultation* » et non plus « *La mise en place d'organisations territoriales pour le recours aux téléconsultations sans orientation par le médecin traitant* ».

L'avenant n°8 balaie ces ouvertures dès son préambule. Le principe du respect du parcours de soins est rappelé dès le premier paragraphe. Quant aux exceptions au parcours de soins, elles s'entendent de façon stricte dans une proximité géographique et en articulation avec les organisations territoriales. Ces dispositions sont justifiées dans le texte par la nécessité de la qualité des soins et du respect de l'organisation de notre système de soins actuellement en place.¹⁷

C'est le paragraphe 4 de l'article 28.6.1.2 qui précise que la territorialité doit être entendue comme une territorialité de « *proximité* », seule à même, selon le texte, de permettre à terme une orientation vers des consultations en présentiel et la réintégration dans le parcours de soins.

Des précisions sont apportées sur les conditions de mise en place des organisations territoriales et sur leur référencement par les caisses d'assurance maladie.

Enfin, la possibilité est donnée de mettre en place des expérimentations de solutions de télémédecine en dérogation aux principes énoncés plus haut (orientation initiale par le médecin traitant, connaissance préalable du patient, principe d'alternance sur douze mois, territorialité). Ces expérimentations doivent être autorisées par une commission.

I.B.4) Élargissement au télésoin et à d'autres professions de santé (à partir de 2019)

À partir de 2019, on constate dans la loi la disparition de la référence exclusive à la télémédecine : c'est le début de l'existence légale du télésoin.

4.a) Aspect législatif

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ajoute le télésoin à la télémédecine précédemment définie. Elle donne une définition du télésoin, que l'on retrouve dans l'article L6316-2 du Code de la santé publique. Le télésoin est « *une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences [...]* ».

Le télésoin est donc désormais accessible à d'autres professions de santé (pharmaciens et autres auxiliaires médicaux).¹⁸ Le Ministère de la Santé publie, sur son site, la liste des professions autorisées à pratiquer le télésoin.¹⁹ Y figurent les sages-femmes, les orthophonistes, les

17 Ces deux motivations, énoncées au paragraphe 1 du préambule, y sont répétées au paragraphe 3.

18 La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) précise dans sa délibération n° 2021-052 du 29 avril 2021 portant avis sur un projet décret relatif à la télésanté (demande d'avis n° 21003752) que la notion d'auxiliaire médical renvoie aux professions réglementées par les titres I à VI du livre II de la 4e partie du CSP. Il s'agit donc des professions suivantes : (1) infirmier et infirmière, (2) masseur-kinésithérapeute et pédicure-podologue, (3) ergothérapeute et psychomotricien, (4) orthophoniste et orthoptiste, (5) manipulateur d'électroradiologie médicale et technicien de laboratoire médical, (6) audioprothésiste, opticien-lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées, (7) diététicien.

19 https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/teleconsultation-et-covid-19-qui-peut-pratiquer-a-distance-et-comment?var_ajax_redir=1.

ergothérapeutes, les psychomotriciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers. Un arrêté du 16 octobre 2020 élargit encore la liste.²⁰

4.b) Aspect réglementaire

Le décret d'application n°2021-707 du 3 juin 2021 modifie la section Télésanté de la partie réglementaire du Code de la santé publique.

Il est précisé dans la section 1, relative à la téléconsultation (l'article R6316-1), que le médecin peut être assisté par un autre professionnel de santé ou par un psychologue. Notons que si les psychologues sont ici cités dans un rôle d'assistant du médecin, ils peuvent par ailleurs utiliser les outils numériques dans leur pratique propre (voir infra p. 25).

La section 2, relative à la mise en œuvre de la télésanté (articles R6316-2 à R6316-5), prend en compte le télésoin. Le pharmacien ou l'auxiliaire médical font désormais partie des professionnels pouvant juger de la pertinence du recours à la télémédecine ou au télésoin, et ils sont soumis aux mêmes conditions de réalisation de l'acte que les médecins (article R6316-2 à 6316-5 du CSP).

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) soulignait, dans sa délibération du 29 avril 2021, que le décret alors en préparation laissait une ambiguïté sur la répartition des responsabilités entre les différents acteurs du traitement.²¹ La CNIL faisait remarquer que l'article R6316-2 du CSP, qui dispose que « *la pertinence du recours à la télémédecine ou au télésoin est appréciée par le professionnel médical, le pharmacien ou l'auxiliaire médical* », autorise ces trois catégories de personnes à décider d'un acte de télémédecine mais ne précise en rien ce qu'il en est du partage des responsabilités (il en est de même de la suite des articles). Elle invitait le Ministère à préciser qui peut être qualifié de responsable du traitement, en particulier si d'autres acteurs que ceux sus-cités pouvaient être autorisés à pratiquer des actes de télésanté.

Notons que les dispositions mises en place par le décret du 3 juin 2021, permettant la pratique du télésoin, avaient été précédées par l'autorisation et le remboursement transitoires de la plupart de ces actes par l'assurance maladie, au cours de la période d'urgence sanitaire de 2020.

4.c) Remboursement d'actes de télémédecine infirmiers

Le 13/06/2019 est signé un avis relatif l'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'assurance maladie.²² Nous limitons ici notre commentaire au rôle de l'infirmier dans la mise en œuvre de la télémédecine.

L'article 6.2 du titre II de cet avis a pour objet de soutenir l'investissement infirmier dans la mise en œuvre de la télémédecine, notamment dans l'optique d'améliorer l'accès aux soins (rapidité de prise en charge, évitement des déplacements inutiles, désengorgement des services d'urgence).

20 HAS, Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 Téléconsultation et télésoin, avril 2020, p. 4.

21 CNIL, Délibération n° 2021-052 du 29 avril 2021 portant avis sur un projet décret relatif à la télésanté (demande d'avis n° 21003752).

22 Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée le 22 juin 2007, J.O. du 13/06/2019. La partie relative à la télémédecine est consultable à l'annexe VI.

La télémédecine est toujours pratiquée par un médecin, qui juge de l'opportunité de l'acte de télémédecine. Le médecin peut être assisté par un autre professionnel de santé. Les dispositions relatives au consentement du patient et au parcours de soins sont rappelées. De même est rappelée la nécessité d'une vidéo-transmission, d'une sécurisation des données, d'une traçabilité des échanges, d'une confidentialité et d'une intimité pour les patients. Ceci suppose que l'infirmier possède un équipement adéquat. Une aide financière à l'équipement est prévue (article.6.2.5).²³

Le rôle de l'infirmier est d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

La convention crée 3 nouveaux actes infirmiers remboursables (art. 6.2.4) leur permettant d'être rémunérés lorsqu'ils assistent les médecins téléconsultant auprès des patients :

- code TLS : l'accompagnement à la téléconsultation intervient au décours d'un soin infirmier réalisé (rémunéré 10 euros);
- code TLL : l'accompagnement à la téléconsultation intervient de manière spécifique (non réalisé au décours de soins infirmiers) dans un lieu dédié aux téléconsultations (rémunéré 12 euros);
- code TLD : l'accompagnement à la téléconsultation intervient de manière spécifique à domicile (rémunéré 15 euros).

L'infirmier doit indiquer sur la feuille de soins le numéro d'identification du médecin (dans la zone d'identification du prescripteur).²⁴

I.B.5) La télémédecine au temps de la crise sanitaire (2020)

5.a) Forte augmentation du nombre de téléconsultations

L'évolution de la télémédecine a été lente dans un premier temps, selon un rapport de la CNAM du 26 mai 2019²⁵. On constate une utilisation plus élevée par les généralistes que par les spécialistes.

Le nombre d'actes de télémédecine a explosé à partir de la crise sanitaire de 2020. La Cour des Comptes, dans son rapport d'octobre 2021, rapporte que le nombre d'actes de téléconsultation est

23 Les modalités en sont les suivantes : 350 euros pour l'équipement de vidéo-transmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télémédecine, 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés. Cette participation forfaitaire est versée annuellement dans le cadre du forfait d'aide à l'équipement du cabinet.

24 Notons qu'un autre acte est actuellement présent dans la nomenclature infirmière, le « Télésuivi infirmier des patients covid-19 ». Il s'agit par exemple de prêter au patient un saturomètre ou un tensiomètre à la première visite, puis d'effectuer le suivi des valeurs recueillies par le patient, en s'assurant aussi de la qualité de la mesure. Ces consultations ont été utilisées pendant le premier confinement. Ceci s'intègre dans l'essor actuel des appareils connectés en médecine, avec les problèmes de sécurité de transmission que cela pose. Il s'agit d'un acte de télésurveillance infirmière.

25 https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_a_6_mois_de_la_Telemedecine.pdf.

passé de moins de 140 000 en 2019 à plus de 18 millions en 2020.²⁶ De quelques milliers par semaine, le nombre de téléconsultations passe à près d'un million par semaine selon l'Assurance Maladie.²⁷ Le nombre de téléconsultations facturées s'y répartit de la façon suivante²⁸ : médecins généralistes (82 %), psychiatres (6 %), pédiatres (2 %), gynécologues, dermatologues et endocrinologues (1 %). On constate une surreprésentation des médecins en dessous de 50 ans. Côté patients, on note une augmentation de l'âge moyen par rapport à la situation d'avant la crise sanitaire. Les patients bénéficiant de la CMU-C et les patients en ALD étaient sous-représentés. Il n'y a pas eu de modification de la fréquence des téléconsultations en fonction de la région, l'Île-de-France restant en tête.

5.b) Dérogations temporaires pendant la crise sanitaire

Dans ce contexte de crise sanitaire, un assouplissement des règles de facturation de la téléconsultation a été mis en place pour répondre aux nécessités de sécurité sanitaire. Cet assouplissement a probablement joué un rôle majeur dans la forte hausse des téléconsultations. Des dérogations importantes aux règles habituelles ont été instaurées de façon temporaire. Elles ne sont pour la plupart plus d'actualité.

Ainsi, les téléconsultations ont été autorisées hors parcours de soins coordonné pour les patients atteints ou suspects de covid-19 (l'acte pouvait être réalisé par tout médecin sans adressage par le médecin traitant). Il n'était plus obligatoire d'avoir vu le patient en consultation présenteielle préalablement à la téléconsultation.

Les consultations téléphoniques ont été autorisées dans certains cas, notamment pour les patients présentant des symptômes de covid-19, pour ceux en ALD, pour ceux de plus de 70 ans n'ayant pas accès à la téléconsultation, pour ceux résidant dans les zones blanches.

Pour faciliter la téléconsultation, cette dernière a été prise en charge à 100 % du tarif de base par l'assurance maladie, disposition toujours en cours actuellement.²⁹

De plus, la téléconsultation a été autorisée quel que soit le moyen technologique utilisé. Ainsi, des applications grand public telles « Facetime », « Skype », « Whatsapp » ou « Zoom » ont pu être utilisées. Si ceci a eu pour effet de faciliter l'accès à la téléconsultation à une grande partie de la population (et aux professionnels de santé !), ceci s'est fait au détriment de l'exigence de qualité des outils inscrite dans la réglementation.³⁰

De plus, le télésuivi infirmier a été encouragé.³¹

26 Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2021, p. 209.

27 <https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>.

28 Chiffres arrondis par nous à l'unité.

29 Un récent rapport de la Cour des Comptes recommande l'abandon de cette mesure. Cour des Comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, Octobre 2021, p. 234.

30 Lina Williate-Pellitteri, Télésanté : attention au cadre juridique, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020, p. 35.

31 « ce suivi [le suivi infirmier] peut également se faire à distance puisque a été créé un acte de télésuivi facturable à l'Assurance Maladie. Le télésuivi infirmier est réalisé préférentiellement par vidéo transmission avec le patient, ou

I.B.6) L'avenant n°9 à la convention entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

L'avenant n°9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signé le 25 août 2016, s'appliquera prochainement, l'arrêté portant approbation étant paru en septembre 2021.³² La télémédecine et la psychiatrie y occupent une place importante.

L'objectif affiché est de « *tirer parti de la crise sanitaire liée au COVID-19 en procédant à des aménagements de notre système de santé, de sorte à mieux prendre en compte les besoins des assurés et des professionnels de santé libéraux [...]* ». ³³

Ainsi est-il prévu de favoriser le développement du numérique en santé en médecine libérale, notamment de la messagerie sécurisée, de la e-prescription, de l'application Carte Vitale.³⁴

La télémédecine (téléconsultation et la téléexpertise) est l'objet d'une attention particulière, puisqu'elle donne lieu à l'article 2, qui a pour objectif annoncé de « *renforcer le recours et le développement de la télémédecine* » ³⁵.

Le principe de l'alternance des consultations présentes et distancielles est renforcé, rendant possible, selon les signataires, « *un suivi médical de qualité* ». L'alternance, dont les modalités sont toujours définies au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, devient, avec le respect du parcours de soins, le seul repère pour organiser le recours à la téléconsultation et assurer sa prise en charge par l'assurance maladie. Exit la connaissance préalable définie par la règle des un an. L'expression « *connaissance préalable* » a été retirée du 3^e sous-titre de l'article et les paragraphes en rapport ont été supprimés.³⁶ On ne peut donc plus s'appuyer sur un critère quantitatif pour définir ce qu'est une alternance permettant la prise en charge des actes. L'alternance se définit d'elle-même telle une évidence, et par le but qu'elle est censée avoir : un suivi médical de qualité.

L'article 2-4, intitulé « *Suivi et contrôle des actes de télémédecine* », limite le volume d'activité globale conventionnée à distance à 20 % au maximum sur une année civile. Cette limite s'inscrit, selon les signataires, dans la position du Conseil national de l'Ordre des médecins. Il est rappelé que ce dernier avait jugé non admissible déontologiquement l'exercice exclusif de la télémédecine. Notons que la notion d'année civile amène à remettre les compteurs à zéro au premier janvier de chaque année.

par téléphone si les équipements du patient et de l'infirmier ne le permettent pas (décret à paraître) », mail de la Caisse d'Assurance Maladie, 20/03/2020.

32 Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant no 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, *J.O.* du 25/09/2021. La partie relative à la télémédecine est consultable en annexe VIII.

33 Article 2, préambule.

34 *Idem.*

35 Ceci constitue le titre de l'article 2.

36 La référence à la connaissance préalable et à la règle des douze mois disparaît aussi logiquement du paragraphe relatif aux expérimentations de solutions de télémédecine en dérogation aux principes généraux, définies par l'avenant n°6.

Le non-respect de ces consignes, très claires en termes de seuil global d'activité (20 % au plus d'actes de télé médecine), mais qui restent très vagues sur le plan de l'application pratique, expose les contrevenants à la récupération par l'assurance maladie des sommes indues.

L'avenant n°9 réaffirme le principe de territorialité mis en avant par les avenants précédents. Les exceptions au principe sont les mêmes. Une exception supplémentaire est toutefois définie, pour les patients qui résident dans des zones caractérisées par une offre insuffisante de soins ou par des difficultés d'accès aux soins, zones définies par la législation.³⁷ Dans ces cas, il faut en outre, pour le médecin généraliste, que le patient n'ait pas de médecin traitant et qu'il n'y ait pas d'organisation territoriale pour le recours aux téléconsultations. Pour le médecin spécialiste, seule la seconde condition se rajoute.

Une modification est apportée aux modalités de compte-rendu des téléconsultations. L'avenant n°6 prévoyait que l'acte de téléconsultation, à l'instar de tout acte médical, faisait l'objet d'un compte-rendu archivé dans le dossier du patient et devait être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte. Le DMP devait être renseigné quand il était ouvert, selon les modalités légales en vigueur. L'avenant n°9 qualifie d'« *obligatoire* » la transmission du compte-rendu à ces deux médecins.

Rappelons que les dispositions relatives à la téléexpertise ont été modifiées : un seul niveau de téléexpertise est défini, au lieu de 2 dans l'avenant n°6. La rémunération d'un tel acte est de 20 euros pour le médecin requis et de 10 euros pour le requérant. La limite à 4 actes par an et par patient s'applique aux deux protagonistes. Une modification législative de la liste des actes et prestations doit être publiée dans le Code de la sécurité sociale avant application.

La question de la connaissance préalable du patient par le médecin en cas de téléexpertise doit être discutée. Rappelons que l'avenant n°6 exonère le médecin requis de connaître le patient pour les expertises de niveau 1. Cette disposition doit être revue puisque l'avenant n°9 ne prévoit qu'un niveau de téléexpertise. L'avenant n°9 ne précise pas si les règles de connaissance préalable du patient par le médecin requis sont alignées sur les règles de l'expertise de niveau 1 ou de niveau 2. Le troisième sous-titre de l'article 28.6.2.1 et son paragraphe n'ont pas été modifiés. Ils précisent que les patients bénéficiant d'une téléexpertise doivent « *en principe* » être connus du médecin requis, mais que cette connaissance préalable est facultative pour les téléexpertises de niveau 1.³⁸ On peut donc penser que la connaissance préalable du patient n'est pas une nécessité absolue. Reste à savoir ce qu'est la connaissance préalable, puisque sa définition a disparu de l'avenant n°9 !

Les partenaires conventionnels sont invités à mettre en place un groupe de travail chargé d'étudier l'opportunité et le développement des « *modes de communication sans contact entre le patient et*

37 Ces zones sont définies à l'article L1434-4 du CSP.

38 Ce troisième sous-titre est le suivant : « *Connaissance préalable du patient par le médecin requis.*

Pour pouvoir ouvrir droit à la facturation, les patients bénéficiant d'une téléexpertise doivent en principe être connus du médecin requis, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité. Cette connaissance préalable du patient est facultative pour les téléexpertises de niveau 1, telles que définies à l'article 28.6.2.3. »

le médecin, y compris la téléconsultation par téléphone, quand la vidéotransmission n'est pas possible ».

I.C Les conditions légales d'exercice de la télémédecine

L'acte de télémédecine étant un acte médical, il doit répondre à l'ensemble des exigences requises pour tout acte médical. Il pose en outre des problèmes spécifiques à cet exercice, au même titre que tout exercice particulier. La réglementation a posé certaines conditions à la réalisation de l'acte qui tiennent compte de la spécificité de la télémédecine, défrichant ainsi le terrain.

Nous distinguerons trois aspects de ces conditions légales d'exercice :

- la licéité de l'acte médical au regard du droit pénal,
- les obligations liées au déroulement et à l'organisation de l'acte médical,
- les obligations générales liées aux conditions d'exercice.

L'étude s'appuiera essentiellement sur l'analyse de l'acte médical. Toutefois, ces conditions peuvent être élargies (avec quelques adaptations) aux actes de soins non médicaux et aux actes de psychologie. La réglementation relative à la télémédecine s'attache clairement à inclure les activités de soins et psychologiques dans son champ d'action. Elle utilise par exemple les termes de « *professionnels participant à un acte de télémédecine* »³⁹ voire plus explicitement de « *professionnels de santé et [de] psychologues* »⁴⁰.

I.C.1) Licéité de l'acte médical (hors expérimentation médicale) au regard du droit pénal

Certaines conditions permettent au médecin de pratiquer les actes médicaux qui seraient, hors ces conditions, punissables pénalement au titre de l'atteinte à l'intégrité de la personne.

1.a) Les conditions liées aux personnes

L'acte doit être pratiqué par un professionnel de santé :

- un médecin dans le cadre d'un acte médical,
- un professionnel de santé autre dans le cadre d'un acte de soin non médical (cas du télésoin : pharmaciens, infirmiers...).

1.b) Le consentement libre et éclairé du patient doit être recueilli

Certains logiciels de télémédecine demandent la confirmation explicite de l'accord du patient à l'acte de télémédecine. Il ne s'agit pas uniquement de l'accord à l'acte médical, mais aussi aux conditions de sa réalisation. Cette exigence est aussi nécessaire pour que l'acte soit remboursable.

39 Article R6316-2 du CSP.

40 Article R6316-9 du CSP.

1.c) Des conditions liées à l'acte

- L'acte doit avoir une finalité thérapeutique
- Son rapport risques sur bénéfiques doit être favorable
- Son exécution doit respecter des normes de qualité.

La question de la qualité peut influencer sur la licéité de l'acte. La télémédecine ne permet pas d'examen physique sauf situations particulières (assistance d'un infirmier par exemple). L'acte médical effectué doit être compatible avec cette limitation. Une mauvaise qualité audio ou vidéo pourrait rendre l'acte illicite.

À l'inverse, en période épidémique active, éviter un risque de contamination quand l'acte médical permet la téléconsultation ferait pencher le choix vers cette dernière.

Une consultation téléphonique limite de façon importante la nature des actes pouvant être effectués. C'est néanmoins un acte médical qui engage la responsabilité du professionnel de santé bien qu'il ne donne pas lieu (sauf exception en période de pandémie) à une prise en charge par l'assurance maladie.

I.C.2) Obligations liées au déroulement et à l'organisation de l'acte médical

La réalisation d'un acte médical ou de soins est soumise à de nombreuses conditions légales et réglementaires autres que celles nécessaires à la licéité de l'acte au regard du droit pénal. Nous citerons celles qui sont inscrites dans les textes relatifs à la télémédecine.

2.a) Authentification des acteurs

i) Authentification du médecin

L'inscription à des plateformes de télémédecine suppose que l'intervenant justifie de sa qualité (ex : numéro d'ordre, identifiant RPPS).

La connexion au service se fait à travers une interface sécurisée (mot de passe...) permettant de s'assurer de l'identité du professionnel de santé.

ii) Authentification du patient

De même, le patient doit être identifié. L'inscription de ce dernier dans la base de données du service de télémédecine doit obéir à des normes permettant cette identification.

2.b) Formation des intervenants

i) Formation du professionnel de santé

Le professionnel de santé doit être formé aux outils qu'il utilise et disposer des compétences techniques nécessaires à la réalisation de l'acte.

ii) Formation du patient

Il en est de même du patient. Il est donc nécessaire de lui expliquer le déroulement de l'acte de télémédecine et au besoin le fonctionnement des outils qu'il devra utiliser.

2.c) Dossier médical / de soins

Comme tout acte médical ou de soins, l'acte de télémédecine donne lieu à un compte-rendu. Ce compte-rendu comprendra notamment :

- Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine
- L'identité des professionnels de santé participant à l'acte
- La date et l'heure de l'acte
- Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Rappelons que l'avenant n°9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie qualifie d'« *obligatoire* » la transmission d'un compte-rendu au médecin traitant et au médecin ayant sollicité la téléconsultation.

2.d) Données médicales : accès, partage, sécurité

i) Accès aux données

Le professionnel de santé doit avoir accès aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte. Il faut donc s'organiser pour avoir accès aux données (de façon sécurisée), par exemple si l'acte de télémédecine se fait hors du cabinet.

ii) Partage des données

Les professionnels impliqués dans l'acte de télémédecine doivent pouvoir échanger des informations entre eux. ⁴¹

L'échange peut se faire par les technologies de l'information et de la communication (courriel, transmission de photographies par exemple). ⁴²

Certaines conditions sont requises pour le partage d'informations :

- Le patient doit en être dûment informé (le partage d'information n'est pas implicite).
- En cas d'échange de données par voie numérique, les règles de sécurité relatives à ces transmissions doivent être respectées.

41 Cette possibilité doit s'entendre comme une obligation, puisque l'acte doit obéir à des normes de qualité : si la communication entre professionnels est possible, elle est obligatoire si cette communication est nécessaire à la qualité de l'acte.

42 Il peut évidemment se faire par d'autres voies : téléphone, rencontre...

2.e) Obligations de sécurité

L'ensemble des technologies utilisées pour la télémédecine doit obéir à des normes de sécurité et d'interopérabilité⁴³. Il appartient aux professionnels utilisant ces technologies de s'en assurer.

En pratique, les éditeurs de logiciel de télémédecine sont tenus de respecter ces contraintes, ce qui permet à l'utilisateur d'être couvert. En revanche, l'utilisation de solutions grand public (type Facetime, Skype, Whatsapp, Zoom...) expose à un risque d'illégalité, ces solutions pouvant ne pas respecter toutes ces contraintes. L'utilisation de tels logiciels a néanmoins été explicitement permise lors de la crise sanitaire de 2020 (*cf.* p. 15).

Un problème similaire se pose en cas d'utilisation de plateformes commerciales de téléconsultation, du fait que le recueil de données de santé nécessite un hébergement chez un hébergeur certifié ou agréé.⁴⁴

I.C.3) Obligations générales

La télémédecine s'inscrit dans un domaine soumis à des obligations plus larges. Nous citerons :

- les obligations déontologiques
- le respect des règles relatives à l'utilisation de l'outil informatique.

3.a) Obligations déontologiques

Les professionnels de santé et les psychologues sont soumis à des obligations déontologiques.

Pour les médecins, le Code de déontologie médicale⁴⁵ pose des obligations dans les domaines des conditions d'exercice, du rapport aux confrères... Par exemple l'obligation d'avoir un lieu d'exercice (interdiction de la médecine foraine) s'applique à la téléconsultation.⁴⁶

Pour les psychologues, le Code de déontologie des psychologues joue le même rôle.⁴⁷

3.b) Protection des données

Les règles relatives à la protection des données ont été abordées de façon spécifique dans la législation et la réglementation relative à la télémédecine. L'acte de télémédecine, au même titre

43 L'article L.110-4-1 du CSP dispose que les référentiels d'interopérabilité s'appuient chaque fois que c'est pertinent et possible sur « *des standards ouverts en vue de faciliter l'extraction, le partage et le traitement des données de santé dans le cadre de la coordination des parcours de soins, de l'amélioration de la qualité des soins et de l'efficience du système de santé ou à des fins de recherche clinique* ».

44 articles. L1111-8 et R1111-8-8 et suivants du Code de la santé publique. L'utilisation de ces plateformes pose d'autres problèmes qui les rendent illégales. CNOM, Mésusage de la télémédecine, Rapport adopté lors de la session du CNOM de décembre 2020.

45 Il est consultable ici : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>.

46 Le fait d'avoir un lieu fixe de consultation n'est pas une obligation pour les médecins, mais en cas d'absence de cabinet médical, le praticien devra utiliser son adresse personnelle. Se posera alors le problème du respect des règles relatives à l'accueil du public. Mésusage de la télémédecine, CNOM, *op. cit.*

47 http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/IMG/pdf/Code_deontologie_psychologue_9-09-2021.pdf

que toute activité médicale utilisant l'informatique, s'inscrit de façon plus large dans la réglementation relative à la protection des données (RGPD). Il s'agit de mesures obligatoires concernant le respect de la vie privée.⁴⁸

I.C.4) Usage des outils de communication numérique en psychologie

Si les psychologues sont cités dans le décret d'application n°2021-707 du 3 juin 2021 qui leur permet d'assister le médecin lors d'un acte de télémedecine, ils peuvent utiliser les outils numériques dans le cadre de leur pratique propre.

La crise sanitaire de 2020 a amené de nombreux psychologues à pratiquer des téléconsultations. Des instances représentatives ont mis à disposition, dès le printemps 2020, des documents visant à aider les psychologues à faire face à cette situation. C'est notamment le cas du Syndicat National des Psychologues (SNP)⁴⁹ et de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP)⁵⁰, qui ont actualisé leurs sites internet. La FFPP a publié deux numéros spéciaux relatifs à la crise sanitaire, consultables librement en ligne.⁵¹

Ces sites émettent des recommandations aux psychologues concernant les consultations à distance en libéral et également dans le cadre des dispositifs de soutien psychologique en ligne. Il s'agit de proposer des repères aux professionnels. Le Code de déontologie des psychologues⁵², qui sert de référence pour l'exercice de la profession, reste le support essentiel pour guider la pratique à distance.

Une fiche synthétique est proposée par la FFPP ainsi que des ressources à l'usage des psychologues sur les pratiques psychologiques à distance, notamment des références bibliographiques sur les aspects cliniques, méthodologiques et déontologiques relatifs à la télépsychologie, avec certains articles accessibles en ligne.

Ces références constituent un support de travail intéressant pour être plus à l'aise avec les pratiques à distance ou pour approfondir certaines questions que le psychologue est amené à se poser.

Dans le document de la FFPP,⁵³ le terme utilisé est celui de télépsychologie. Définie comme « *la prestation de services psychologiques à l'aide des télécommunications* », elle inclue des communications écrites, verbales, des vidéoconférences, instantanées ou différées.⁵⁴

48 Une documentation se trouve sur les sites suivants :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/sante/donnees-personnelles-sante/reglement-general>, <https://www.cnil.fr/fr/comprendre-le-rgpd>.

49 <https://psychologues.org/actualites-single/covid-19-conseils-pour-les-psychologue-en-liberal/>

50 https://www.psychologues-psychologie.net/index.php?option=com_content&view=article&id=579&Itemid=952

51 *Fédérer*, n° 98 1 et 2, *op. cit.*

52 http://www.codedeontologiedespsychologues.fr/IMG/pdf/Code_deontologie_psychologue_9-09-2021.pdf

53 *Fédérer*, n° 98 2, *op. cit.* p. 8.

54 « *La télépsychologie est définie comme la prestation de services psychologiques à l'aide des télécommunications. Elle concerne donc les pratiques à distance des psychologues, médiatisées par des outils technologiques. Il peut s'agir de communications écrites, verbales ou vidéoconférence, instantanées ou différées.*

L'accent est mis sur la nécessité du consentement des patients, d'un environnement adéquat (confidentialité, lieu), d'une identification du professionnel, et sur la nécessité de s'assurer du bien-fondé de la téléconsultation selon la situation clinique (notamment selon l'état clinique du patient).⁵⁵

Le document énumère aussi des contre-indications à la pratique de la télépsychologie,⁵⁶ des conseils concernant les outils à utiliser. Il fournit une bibliographie conséquente sur les aspects déontologiques et pratiques des consultations à distance, sur un grand nombre de situations particulières relatives à la crise et sur les sources d'informations sanitaires.

Ainsi, les **enjeux déontologiques** relatifs à la circulation des données et à leur protection sont essentiels à réfléchir dans le cadre particulier de l'exercice du psychologue » (souligné par l'auteur), FFPP, *Fédérer*, n° 98 2, *op. cit.* p. 8.

55 « Le psychologue veille à rendre accessible toute information permettant de garantir son identité et son titre auprès de son patient (Nom, n° Adeli, qualifications, organisme pour lequel il intervient s'il y a lieu, situation géographique). Il s'assure tout au long de la prise en charge du consentement éclairé de son patient, mais aussi de ses capacités à bénéficier d'une téléconsultation : âge, état cognitif, psychique et physique, barrières liées à la langue ou à l'utilisation des technologies, lieu adéquat préservant la confidentialité pour le patient chez lui et chez le psychologue », FFPP, *Fédérer*, n° 98 2, *op. cit.* p. 9.

56 « Si le patient présente des troubles anxieux ou dépressifs sévères, des idées suicidaires, d'autres troubles psychopathologiques majeurs, l'orienter vers le CMP (Centre médico-psychologique) de son domicile ou un psychiatre en libéral, selon le délai de réponse, en s'assurant de la réponse qui lui est donnée. », FFPP, *Fédérer*, n° 98 2, *op. cit.* p. 9

II Partage d'expérience sur l'usage de la télémédecine durant la crise sanitaire

II.A Avantages et inconvénients de la téléconsultation

La télémédecine est un domaine sujet à des réactions passionnées, où les opinions tiennent parfois plus de l'affect que de considérations posées et objectives.⁵⁷

Dans la littérature, quand certains auteurs font une étude détaillée et contradictoire des publications évaluant l'utilisation de la télémédecine⁵⁸, d'autres affirment sur un ton péremptoire des propositions parfois fort mal articulées.⁵⁹ Certains auteurs s'attachent à décrire finement l'impact de la téléconsultation sur le soignant, le patient, la relation de soins⁶⁰, ou l'utilisation de cet outil dans un domaine particulier d'exercice⁶¹.

II.A.1) Considérations d'efficacité

De nombreuses études ont évalué l'impact de la téléconsultation sur l'efficacité des soins. Une revue de la littérature dans le domaine psychiatrique a été faite par Carole Di Maggio.⁶² On retiendra que l'efficacité de la téléconsultation a été démontrée dans de nombreuses études et pour une large catégorie de diagnostics et d'âge des patients. Dans certaines situations cliniques

57 Voir par exemple *Le Quotidien du médecin*, 26/4/2021, https://www.lequotidiendumedecin.fr/teleconsultation-une-famille-porte-plainte-pour-homicide-involontaire-et-relance-le-debat-sur-la?xtor=EPR-1-%5BNL_editionnumerique%5D-%5B20210426%5D&utm_content=20210426&utm_campaign=NL_editionnumerique&utm_medium=newsl

58 Carole Di Maggio, Télépsychiatrie, de quoi parle-t-on ? *Santé Mentale*, octobre 2020, 21-24.

59 Conférence des présidents de Commissions médicales d'établissements des Centres hospitaliers spécialisés, La télépsychiatrie en période COVID-19 : un outil d'appui aux soins en psychiatrie publique, 24/04/2020. Les auteurs affirment que « *la soudaine visibilité de cet outil [télé- et visioconsultations] [...] confirme le caractère fondamental de la rencontre patient/professionnel* ». Si l'usage de la télémédecine est susceptible de confirmer l'importance de la rencontre patient/professionnel, on ne voit pas en quoi sa soudaine visibilité confirmerait ou infirmerait quoi que ce soit. De plus, les auteurs affirment qu'un ensemble de points relatifs aux limites de la téléconsultation sont « *établis* », avant même d'en faire la démonstration. Parmi les points prétendus « *établis* », les auteurs citent le fait que « *la consultation et l'entretien en psychiatrie sont des actes individuels en présentiel [...]. Ils ne peuvent notamment se réduire à l'établissement de questionnaires standardisés ou d'échelles d'évaluation dans un but diagnostique, thérapeutique ou à des techniques de e-thérapie standardisée* ». Les auteurs critiquent l'utilisation réductrice de questionnaires standardisés et réduisent eux-mêmes la e-thérapie à une technique standardisée. Or, l'utilisation de questionnaires standardisés ne concerne pas particulièrement la e-thérapie, elle peut se voir tout autant lors de consultations présentes, comme l'écrivent les auteurs eux-mêmes. Cette confusion, astucieusement construite par les auteurs grâce à la répétition de l'adjectif « *standardisé* », qui consiste à attribuer à la téléconsultation des faits qui ne lui sont pas propres, se retrouve dans les débats de l'article sus-cité du *Quotidien du médecin*.

60 Alexandre Mathieu-Fritz, Faire vivre la relation à distance, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020, 58-63.

61 Gaëlle Riou, Ergothérapie à distance auprès d'adolescents, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020, 70-75, Dominique Friard, L'entretien clinique infirmier au téléphone, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020, 78-81.

62 Carole Di Maggio, Télépsychiatrie, de quoi parle-t-on ? *op. cit.*

néanmoins, telles les urgences psychiatriques, elle est peu recommandée. La télémédecine est susceptible d'apporter dans certaines situations divers avantages en matière d'accès aux soins, de gain de temps, de satisfaction des patients. Elle n'a pas fait preuve d'une supériorité quant au bénéfice thérapeutique par rapport aux consultations en présentiel.

II.A.2) Considérations sanitaires

Les téléconsultations sont sécurisantes d'un point de vue sanitaire. La sécurité concerne aussi bien le professionnel que les patients eux-mêmes, qui peuvent être contaminés par le professionnel ou par d'autres patients.

En période de pandémie, des mesures contraignantes doivent être prises pour éviter que patients et professionnels ne se contaminent entre eux : diminution du nombre de patients en salle d'attente voire absence d'attente, suppression des revues et des autres objets manipulables, ventilation (ouverture des fenêtres, purificateurs d'air), utilisation de solution hydro-alcoolique, désinfections diverses, port du masque, distance sociale autant que possible.

La télémédecine, quand elle est praticable, évite ces inconvénients et les risques de contamination.

C'est particulièrement important pour les patients et les soignants présentant des facteurs de risque de forme grave de certaines maladies infectieuses (immunodéprimés notamment).

On constate que certains patients ont une fausse impression de sécurité quand ils sont dans le cabinet médical, alors que d'autres évitent de s'y rendre par peur d'une contamination et retardent des soins nécessaires.

La connaissance par les patients des conditions de transmission est parfois très sommaire. Il arrive que certains patients consultent sans indiquer d'emblée que des proches sont infectés. A l'inverse, certains patients annulent la consultation quand ils sont malades. Une téléconsultation peut alors être proposée si l'état du patient le permet et si l'entretien a un intérêt en la circonstance.

II.A.3) Considérations géographiques et temporelles

3.a) La question du déplacement au cabinet : accès aux soins, gestion de l'urgence, gain de temps, continuité des soins

i) Avantages

La téléconsultation facilite l'accès aux soins pour les patients à mobilité réduite : patient en fauteuil roulant, patient dépendant d'un tiers pour les déplacements. Il en est de même pour les patients habitant dans des secteurs à faible densité de soignants (vallée de Thann, secteur de Saint-Louis...).

La téléconsultation peut permettre le suivi de certains patients ayant des pathologies rendant difficile la sortie de chez eux (phobie sociale, phobie du coronavirus). Ils peuvent alors débuter une thérapie à distance, avant d'être vus en cabinet quand ils vont mieux.

En pédopsychiatrie, les téléconsultations peuvent apporter un gain de temps aux parents qui n'ont pas à se déplacer voire à se libérer du travail. Les téléconsultations sont d'autant plus sollicitées par les familles nombreuses où les parents gèrent de nombreux rendez-vous. Les possibilités qu'ils trouvent un créneau pour un rendez-vous sont plus nombreuses.

En psychiatrie hospitalière, la téléconsultation a permis une meilleure organisation des soins (cf Téléconsultations à l'hôpital psychiatrique, p. 39).

L'utilisation de l'outil numérique, d'une manière plus générale, a permis un contact plus simple entre le patient et le psychiatre, par l'utilisation des SMS ou des courriels. Ces derniers évitent des appels téléphoniques qui perturbent les consultations, et permettent de régler efficacement certains problèmes graves ou moins graves (date du prochain rendez-vous par exemple).

En libéral et à l'hôpital, la téléconsultation a permis de gérer des situations d'urgence de manière optimale. Contacté par les proches, le médecin a pu organiser dans la demi-heure une téléconsultation sur un créneau libre, constater la nécessité d'une hospitalisation, puis a pu faire les démarches nécessaires dans un second temps sur un autre créneau disponible. La consultation en présentiel sur le second créneau aurait bousculé le planning, obligeant à annuler ou à raccourcir d'autres consultations. La téléconsultation a permis d'optimiser le temps : prendre le temps pour la consultation avec la patiente et avec sa famille, puis pour les démarches d'hospitalisation.

Un autre exemple est celui de téléconsultations où l'état clinique du patient nécessite l'intervention d'un tiers : une hospitalisation en urgence peut être discutée facilement avec la famille. Pour les mineurs, la discussion des orientations thérapeutiques peut se faire rapidement lorsque c'est nécessaire.

La téléconsultation permet parfois le maintien du lien thérapeutique chez les personnes qui changent temporairement de lieu de résidence. Des étudiants qui suivent un cursus à l'université de Strasbourg et qui reviennent de temps en temps chez leurs parents en région mulhousienne peuvent ainsi bénéficier d'un suivi en continu grâce à la téléconsultation. C'est également le cas pour les patients qui vivent en France et travaillent en Suisse tout en y ayant un logement en semaine ou encore pour les personnes qui sont amenées à faire des déplacements professionnels.

De façon plus rare, certains patients gardent un lien fort avec le thérapeute même quand ils s'éloignent géographiquement. Ceci pose le problème de l'ancrage territorial des téléconsultations.

ii) Limites et inconvénients

A contrario, le déplacement au cabinet est parfois thérapeutique, notamment pour les patients souffrant de dépression, de syndrome hikikomori, le déplacement permettant une activation comportementale.

La téléconsultation peut être une forme d'évitement pour certains patients, ce qui renforce sur le moyen et le long terme leurs difficultés (troubles anxieux notamment). Les patients souffrant de phobie peuvent se complaire dans l'évitement : évitement de croiser les gens, de rouler en voiture... Les patients souffrant de tocs évitent de se confronter à leurs obsessions/compulsions (de lavage

par exemple). Ils en retirent un bénéfice à court terme, mais leur pathologie peut s'aggraver à terme.

On peut craindre un consumérisme médical, par l'accès facile à la consultation pour le patient, sans faire l'effort de se rendre au cabinet médical. On peut craindre aussi une logique de la rupture, avec des changements itératifs de thérapeutes, qui, dans notre société, se banalise dans de nombreux domaines notamment dans les liens interhumains.⁶³

Il paraît nécessaire de maintenir un ancrage territorial avec les patients pour maintenir des soins de qualité et donc de refuser des prises en charge au long cours à distance. D'une part la situation du patient peut nécessiter parfois un examen clinique (en psychiatrie par exemple : recherche d'une roue dentée). D'autre part, il y a lieu de connaître les intervenants locaux en cas de prise en charge tierce (psychothérapeute, infirmier, hôpital, antennes sociales...). Quelques situations particulières peuvent être discutées. Tel patient, souffrant d'une pathologie maniaque récurrente, a nécessité régulièrement, depuis des années, des interventions alors qu'il se trouvait dans différents lieux de la planète. Lors d'un récent déménagement de l'autre côté de France, il a été décidé de continuer à le suivre en téléconsultations. Le refus de poursuivre le suivi aurait probablement entraîné un nouvel arrêt du traitement. Cette situation a été possible car le patient le demandait, qu'il est connu depuis très longtemps, a un ancrage géographique familial en Alsace et y revient régulièrement (il peut donc être vu de temps en temps en présentiel), et parce que son état est compatible avec un suivi par téléconsultations. En cas de nécessité de soins complémentaires dans sa région actuelle (hôpital de jour par exemple), ce suivi en téléconsultation pourrait être remis en cause.

Telle autre patiente, habitant depuis plusieurs années à l'autre bout de la France, confrontée en fin de grossesse à l'absence de son psychiatre de secteur pour raison de maladie et à une prise en charge uniquement infirmière, prise en charge qui ne la rassure pas, sollicite plusieurs entretiens téléphoniques au psychiatre qui la suivait en Alsace. Ces entretiens ont permis de revoir la stratégie médicamenteuse, de rassurer la patiente et d'assurer un suivi jusqu'à l'accouchement. Une téléconsultation aurait été appropriée, même si elle n'aurait pas pu donner lieu à prise en charge par l'assurance maladie.

La pratique exclusive de la téléconsultation est réprouvée de façon quasi unanime. Outre la question de l'ancrage territorial, elle pose le problème de l'impossibilité d'examiner le patient. Ceci rejoint la question des plateformes commerciales de téléconsultation exclusive, qui ne respectent pas l'ancrage territorial.

Alexandre Mathieu-Fritz décrit un dispositif de téléconsultations psychiatriques et psychologiques à distance, à destination des Français expatriés souffrant de difficultés psychiques. Ces derniers n'auraient accès à aucun soin en l'absence d'un tel dispositif.⁶⁵

63 Marguerite Charazac, Libres propos sur la téléconsultation, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020, 52-56. C'est « l'ère du zapping » précise-t-elle.

65 Alexandre Mathieu-Fritz, Faire vivre la psychothérapie à distance, *op. cit.*

3.b) Impact du lieu de domicile sur la consultation

Le domicile n'est pas un lieu neutre. Le patient (voire le thérapeute) est dans son environnement de vie quotidien.

Les enfants se sentent souvent plus à l'aise chez eux et adoptent des comportements plus désinhibés (ils bougent plus et respectent moins les consignes). Il y a plus de sources de distraction au domicile, aussi les enfants et les jeunes adolescents ont plus de difficultés d'attention, et le thérapeute a plus de mal à gérer le comportement de l'enfant à distance. Ce dernier regarde moins dans les yeux, va chercher plus librement des jouets, ses parents, et la gestion du stress ou de la colère chez l'enfant est plus difficile. Des points positifs peuvent aussi être trouvés : certains enfants ou adolescents peuvent être contents de montrer leur chambre. Ils apprécient présenter leurs jeux, des posters ou encore des photos de famille qui peuvent être des supports d'échanges et des médias de l'alliance thérapeutique. L'interaction avec la famille permet parfois de mieux gérer certaines situations d'urgence.

Au contraire d'une idée reçue, certains patients confient au psychiatre des choses qu'ils ne confient pas en consultation présenteielle. C'est souvent l'inverse, mais il n'y a pas de règle générale. Certains patients sont rassurés d'être chez eux, d'autres sont rassurés d'être dans le bureau du psychiatre.

La téléconsultation à domicile peut être l'occasion de repérer des éléments du contexte de vie qu'il peut être utile de reprendre avec le patient. Le choix du plan de vision, de la pièce, l'apparition d'objets dans le champ de vision selon les consultations peut faire l'objet d'un retour utile au patient ou donner des indices cliniques. Tel patient par exemple fume du cannabis lors d'une téléconsultation, alors qu'il s'en garde bien en consultation présenteielle.

La confidentialité n'est pas toujours assurée quand le patient n'est pas seul chez lui. Le patient peut ne pas oser évoquer certains sujets, se sentir moins libre, être plus dans le contrôle et ainsi éviter ou survoler certaines problématiques. Tel patient par exemple n'évoque pas ses idées de suicide dans le détail, et le fait en chuchotant du fait de la présence d'un proche à la maison. La communication avec le thérapeute peut aussi être limitée en cas de relations conflictuelles avec un conjoint ou des parents quand ces derniers se trouvent aussi au domicile. Le patient doit parfois s'isoler dans sa voiture ou à l'extérieur pour éviter l'écoute potentielle de son discours par des tiers. Il est parfois nécessaire d'exiger que le patient s'isole quand il veut effectuer la téléconsultation alors que des tiers sont présents dans la pièce. Si la présence d'un tiers est utile dans certaines situations cliniques, il faut qu'il vienne à côté du patient et non qu'il se tienne en arrière plan ou derrière la caméra.

Certains patients entament une téléconsultation dans des conditions inadéquates : à la piscine, en faisant du vélo, dans des tenues inconvenantes (patients torse nu par exemple). Outre le report de la consultation avec des conditions plus appropriées, il est parfois possible qu'un retour utile puisse être fait au patient, mettant en avant une problématique particulière. Par exemple tel patient, habituellement en retard car toujours affairé à quelque tâche, a pu être ponctuel lors des téléconsultations, les conditions de la téléconsultation permettant la mise à distance du symptôme.

Le manque d'intérêt pour la thérapie dont témoigne le fait de vouloir faire une téléconsultation à bicyclette se retrouve en général aussi en consultation présenteielle pour le même patient.

II.A.4) Impact du dispositif technique sur le patient, le thérapeute, la relation

4.a) Le rapport aux nouvelles technologies

La télémédecine est fatigante au début pour le professionnel. Cette fatigue diminue avec la pratique : on apprend à utiliser au mieux le matériel, on apprend à réagir à des situations nouvelles.

Certains patients n'ont pas d'ordinateur ni de smartphone, voire pas de connexion internet ou des connexions médiocre. Cette fracture numérique ne se recoupe pas forcément avec le niveau social. L'utilisation de la 4G pour les téléconsultations ampute souvent les forfaits téléphoniques, ce qui n'est pas le cas avec l'utilisation d'un wifi connecté à un modem.

Certains patients sont réticents face à la nouveauté, ou présentent une phobie ou une opposition de principe à l'utilisation de l'informatique. D'autres ont des difficultés à utiliser les nouvelles technologies (patients âgés, certains patients déficitaires). Parfois, la famille peut aider à initier les choses et le patient parvient par la suite à utiliser lui-même le service.

La facilité d'utilisation de la solution logicielle pour les patients est un argument important dans le choix du logiciel par le professionnel.

4.b) Les conditions matérielles de la téléconsultation

Les écrans provoquent une fatigue visuelle. C'est parfois aussi le cas du format de la vidéo, parfois trop petite, parfois trop grande. Le passage de la fenêtre du logiciel médical à la fenêtre de la visio peut être malaisé selon les configurations logicielles, la taille de l'écran.⁶⁶

Les patients utilisent souvent un smartphone, ils sont devant un écran très petit. Les tablettes et les ordinateurs leur confèrent plus de confort. Les patients présentant une surdité peuvent tirer avantage du dispositif : ils peuvent régler le niveau du volume, éviter le bruit de fond par un casque. Le thérapeute n'aura plus à parler très fort pour se faire entendre.

Les incidents techniques sont fréquents, surtout au début : impossibilité de connexion, image ou son de mauvaise qualité, coupures itératives. Certains de ces problèmes se résolvent peu à peu par le débogage des logiciels et par l'amélioration des capacités des plateformes.⁶⁷

66 Une solution est d'utiliser un écran dédié à la visio : double écran avec un seul ordinateur, ou avec deux ordinateurs différents. Cette dernière solution est très reposante mais a l'inconvénient de ne pas pouvoir utiliser simplement les fonctionnalités d'envoi de documents au patient prévues dans les logiciels de téléconsultations. Des solutions existent néanmoins, par exemple l'utilisation d'une messagerie cryptée pour la communication de documents au patient. Des essais de messagerie médicale cryptée à destination des patients sont en cours dans certaines régions françaises, ce qui devrait (peut-être) résoudre à terme ce problème.

67 L'explosion du nombre de téléconsultations a permis de révéler des dysfonctionnements logiciels, et a fait s'effondrer certains systèmes dont les ressources n'étaient pas suffisantes, entraînant des pannes de service.

Ces incidents, quand ils se répètent, sont épuisants pour le professionnel de santé, nécessitent un surcroît d'attention et nuisent beaucoup à la qualité de la consultation, quand elle est possible. Parfois la voix parvient avec une latence, ce qui rend l'échange difficile voire impossible.⁶⁸

Quand les coupures du son et/ou de l'image sont fréquentes, cela interrompt la dynamique de l'entretien et cela demande une remobilisation cognitive du patient pour poursuivre l'échange. C'est particulièrement dérangeant quand le patient aborde des sujets délicats qu'il a du mal à confier ou à forte valence émotionnelle négative tels que des traumatismes (ex : attouchements). Pour certains patients, la consultation présenteielle est la seule alternative.

Certaines techniques, comme la relaxation, sont difficiles à réaliser à distance. Elles nécessitent de bien se positionner par rapport à l'écran pour que le patient voie correctement les exercices. Il en est de même côté patient pour que le thérapeute puisse voir, aux mouvements de son corps, s'il pratique correctement (et donc efficacement) l'exercice.

4.c) Effet du caractère distanciel sur la relation entre patient et professionnel

i) Interaction sociale

La consultation en présentiel permet une interaction sociale vécue de façon plus riche que la téléconsultation. La préférence de beaucoup de patients se tourne vers le présentiel.

Dans le contexte de la crise sanitaire où les relations sociales sont réduites, les étudiants saturent des cours en distanciel et les téléconsultations peuvent faire écho à l'organisation des enseignements. Ils sont souvent en demande de contacts directs, tout comme les personnes dont la famille vit dans d'autres régions voire dans d'autres pays et qui sont en manque d'interactions familiales et sociales.

Parfois la demande peut correspondre à un désir de contourner la règle de confinement (en dehors de toute justification clinique), la visite chez le médecin est l'occasion de faire une promenade.

ii) Qualité de l'échange

En téléconsultation, l'échange peut être moins fluide, moins naturel. La distance physique peut provoquer une distance relationnelle. Exemple : lors des téléconsultations, une jeune adolescente parle très peu, il y a peu de contact visuel, ce qui donne l'impression d'une certaine passivité chez la patiente. Mais doit-on imputer cela à la téléconsultation ou au fonctionnement de la patiente ? Une consultation en présentiel peut permettre de trancher.

La diminution de la communication non verbale peut altérer l'échange. Une intervention du thérapeute pourra venir moins à propos et paraître moins spontanée qu'en présentiel : déficit de perception des sons, décalage, moindre sensation de présence de l'autre. Il est parfois difficile de mettre fin à une séance avec les patients qui parlent beaucoup. En présentiel, le non verbal

68 La conjonction d'une visio et d'un appel téléphonique permet parfois de contourner ce problème s'il est ponctuel mais ne constitue pas une solution acceptable à terme.

intervient : ouvrir l'agenda, ranger le dossier du patient, reculer la chaise, se lever, ouvrir la porte, entendre le patient suivant qui sonne...

Les silences sont parfois mal supportés ou mal interprétés, le patient peut avoir l'impression que la communication est coupée.

Lors d'une consultation à distance, une partie des signes non-verbaux ne sont pas entièrement observables : patient qui tape du pied, se frotte les mains, s'arrache des poils...

En présence d'autrui, certains sons sont filtrés par l'oreille et le cerveau humain. Or, l'ordinateur ne trie pas les sons, on aboutit donc à un environnement sonore différent, qui peut accentuer ou au contraire atténuer certaines manifestations du domaine de l'infra-langage (bruits divers émis par le patient).⁶⁹

La téléconsultation peut favoriser l'intellectualisation au détriment de l'expression des affects, les échanges sont beaucoup moins spontanés, figés, un peu comme les selfies : on prend la pose et on maîtrise ce qu'on montre. Cela nous apprend quelque chose sur la personne mais le bénéfice ne peut fonctionner que ponctuellement.

En début de crise sanitaire, il a été rapporté qu'en téléconsultation, l'entretien était souvent centré autour de la question sanitaire, on parlait beaucoup de covid-19, ce qui pouvait confiner au bavardage. On peut se demander si ce n'était pas un effet du contexte sanitaire exceptionnel, souligné par l'utilisation du nouvel outil qu'était la téléconsultation. Cet effet tend à disparaître avec la banalisation de la situation sanitaire et avec la pratique des téléconsultations.

Des intérêts à la téléconsultation peuvent néanmoins être constatés. Les consultations distancielles permettent de voir le visage de l'interlocuteur, là où en présentiel le port du masque empêche la perception de la plupart des mimiques. La téléconsultation évite les situations de glissement récurrent des masques mal ajustés ou trop grands. Il est étrange de faire des consultations avec des patients dont on ne connaît pas le visage.

Les éducateurs auprès de patients déficients mentaux en institution ont signalé que certains patients sont rassurés par la téléconsultation : les consultations présentes au cabinet les perturbent du fait des déplacements, de la rupture d'une routine qui les rassure.

Les difficultés liées à l'atténuation des perceptions sensorielles sont très dépendantes de la qualité de la transmission sonore et vidéo, elles s'amenuisent lorsque la qualité de la communication est très bonne (son et image de bonne qualité).

iii) Considérations cliniques

Parfois, la demande du patient prend un caractère paradoxal. Un patient rapporte avec colère pendant une grande partie de la première consultation présente comment un proche atteint de covid-19 s'est fait « *torturer* » en réanimation pendant des semaines puis est décédé. Il insiste ensuite pour une consultation en présentiel alors que la situation sanitaire était très mauvaise. Il a

⁶⁹ Alexandre Mathieu-Fritz évoque cette question sous l'angle d'un déficit de perception de l'infra-langage dans la téléconsultation, Faire vivre la psychothérapie à distance, *op. cit.* p. 61.

néanmoins accepté de poursuivre le suivi en distanciel. Il a confié par la suite qu'il arrivait mieux à s'exprimer en téléconsultation.

On note aussi un déplacement de la clinique. Ce qui se déroule d'une certaine façon en présentiel trouve une autre voie d'expression en téléconsultation. Tel patient fait remarquer que le thérapeute regarde en l'air, ce qui est lié au fait que l'image du patient n'est pas au même endroit que la caméra.⁷⁰ En fin de consultation, il s'excuse de ne pas regarder le thérapeute alors qu'il consulte son planning. Durant la thérapie, on remarquera qu'il existe une problématique autour du regard, qui a pu être utilement renvoyée au patient.

II.B La téléconsultation dans quelques cas particuliers

II.B.1) Téléconsultation dans les prises en charge des enfants et des adolescents

1.a) Prise en charge des enfants en psychologie

La prise en charge psychologique des enfants via la téléconsultation s'avère complexe et assez limitée en matière d'accompagnement et cela sur plusieurs plans.

Les capacités attentionnelles de l'enfant sont moins développées que chez l'adulte, d'autant plus lorsque l'enfant est face à un écran. Un enfant en classe de primaire pourra se concentrer une trentaine de minutes. Certains enfants parlent très doucement ou présentent des difficultés articulatoires ou auditives, rendant la compréhension moins aisée par visio.

De plus, il existe de nombreuses sources de distraction à domicile sur lesquelles le psychologue n'a pas de prise : un parent qui passe dans la pièce, le téléphone qui sonne, les bruits alentour de la maison. Cela rend le travail moins fluide et, contrairement à la rencontre en présentiel, l'enfant est plus difficilement mobilisable dans le travail, moins impliqué.

Les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme entrent très difficilement en contact avec un interlocuteur à distance, que ce soit un psychologue ou un enseignant. Le parent doit bien souvent rester auprès de l'enfant et reformuler les propos du psychologue tout en le guidant dans une interaction directe afin de le mobiliser. Les parents constatent dès la première séance que les téléconsultations ne peuvent être une alternative au suivi en présentiel. Le plus souvent, les parents ont refusé d'emblée la proposition de téléconsultations compte tenu des expériences antérieures de l'enseignement en distanciel.

En ce qui concerne nos outils de travail, ceux-ci sont également plus limités : nous utilisons le jeu ou le dessin pour créer une alliance thérapeutique et permettre à l'enfant de s'exprimer plus facilement par le biais d'un média ou encore en fin de séance comme un moment de détente pour valoriser l'implication de l'enfant. De fait, en téléconsultation, il y aura beaucoup moins d'interactions en dehors des échanges verbaux, même si des aménagements sont possibles (utilisation du mime, de petites histoires à raconter, de blagues etc.).

⁷⁰ Ce phénomène est très connu des personnes ayant l'habitude des visioconférences, il se produit rapidement une habitude au phénomène.

Lors de nos consultations, l'enfant vient en général accompagné de son parent et il arrive qu'il soit associé à la séance. Cela peut se faire en téléconsultation mais, dans notre expérience, il s'avère que les parents vaquent à leurs occupations et sont plus difficilement mobilisables (ex : une maman qui allaite son bébé, un parent qui télétravaille ou qui prépare le repas). À l'inverse, il arrive qu'ils restent présents dans la pièce ou qu'ils interviennent de manière inopinée. Il arrive également que le psychologue propose à l'enfant d'utiliser des supports numériques (vidéo YouTube, image sur internet etc.) en séance. L'enfant aura, s'il est à domicile, besoin de solliciter son parent pour y accéder, ce qui réduit son autonomie et interrompt la dynamique de l'entretien.

La téléconsultation s'avère également délicate pour la gestion du comportement de l'enfant. Lorsqu'en séance il fait une crise de colère par exemple, il est difficile, à distance derrière l'écran, de lui faire adopter un comportement alternatif. Il peut également à tout moment quitter la pièce, revenir, ramener quelque chose de sa chambre... Cela peut dans certaines situations favoriser l'alliance thérapeutique et les échanges, car l'enfant présente sa maison, sa chambre, ses jouets, des photos de famille ou son animal de compagnie. Cependant, la dynamique de l'entretien s'en trouve impactée. Il n'y a plus de réelle délimitation/différenciation des espaces et l'espace de parole réservé à l'enfant et investi par lui devient perméable.

Ainsi nous avons le sentiment qu'en clinique infantile, la téléconsultation réduit nos possibilités d'accompagnement. La rencontre, le contact humain chaleureux, notre attitude empathique et sécurisante s'en trouvent impactés, les manifestations verbales et non verbales qui nous sont utiles pour ajuster notre posture sont plus délicates à cerner. Cependant, ce moyen de consultation reste une possibilité de maintenir un lien clinique et relationnel dans des situations exceptionnelles. Dans les suivis d'enfants, elle pourrait être proposée, par exemple, de manière ponctuelle aux parents sur un versant de guidance parentale où ils deviendraient des co-thérapeutes. Nous avons expérimenté cette approche à laquelle les parents ont adhéré, mais elle ne peut bien souvent pas se substituer intégralement aux séances réalisées avec l'enfant.

1.b) Prise en charge des adolescents

Il semblerait qu'avec les adolescents le travail psychothérapeutique soit moins impacté par les limites de la téléconsultation. D'une part, ils sont habitués – souvent plus que le psychologue – à utiliser les outils numériques, et l'écran apparaît comme un facilitateur d'échange : ils s'autorisent à dire d'autres choses.

L'adolescent peut se sentir plus à l'aise chez lui et il a conscience que la téléconsultation lui fait gagner du temps libre en lui épargnant le trajet jusqu'au cabinet. Néanmoins, lorsque l'adolescent présente des troubles de l'attention, sa mobilisation est plus difficile du fait des nombreux distracteurs qui l'entourent.

Les adolescents qui sont poussés à consulter par leurs parents sont plutôt satisfaits de se voir proposer des téléconsultations, mais c'est souvent pour échapper au suivi : ils sont plus loin du thérapeute, ne s'investissent pas. Cela rappelle le décrochage de nombre d'étudiants dans le contexte des cours à distance.

Les adolescents maîtrisent bien l'outil informatique et peuvent très bien s'en servir pour limiter les échanges, comme indiqué page 34.

Aussi, la téléconsultation peut permettre une intervention rapide et efficace en situation de crise avec prise de décision quand à l'orientation (majoration du traitement, hospitalisation), ou un débriefing, mais elle atteint ses limites quant à la dissimulation des signes physiques (automutilations par exemple, manque d'hygiène...).

II.B.2) Place du psychologue en tant qu'assistant à une téléconsultation

Nous avons évoqué ci-dessus les particularités des téléconsultations psychologiques chez les enfants et chez les adolescents. Ceci ne constitue qu'une partie du vaste champ de la télépsychologie.

Nous nous limiterons ici à quelques remarques sur la place du psychologue telle qu'elle est définie à l'article R6316-1 du CSP : le médecin peut être assisté par un autre professionnel de santé ou par un psychologue.⁷¹ Nous avons recueilli le témoignage d'une psychologue travaillant en institution et ayant assisté, en présentiel aux côtés du patient et de sa famille, le médecin de la structure lors de téléconsultations. Il s'agissait de pouvoir soutenir le patient et le cas échéant sa famille en cas de débordement émotionnel, notamment dans des situations de conflit, ou lors de discussions sur les directives anticipées chez des patients présentant des pathologies très graves (il s'agissait par exemple de demander à la famille s'il fallait ou non réanimer le patient en cas de malaise, de définir les démarches funéraires).

Nous avons eu du mal à trouver des situations pratiques auxquelles pourraient s'appliquer ces dispositions en pratique libérale. Dans ce cadre, les contacts entre psychiatres et psychologues concernent la transmission d'informations, des discussions diagnostiques et thérapeutiques, des orientations vers le psychiatre ou vers le psychologue. Lorsqu'on oriente le patient vers un autre professionnel, par exemple pour un suivi conjoint, il est en général important pour le patient qu'on lui propose un ou plusieurs noms de collègues que l'on connaît, notamment pour le rassurer ou pour l'orienter vers un thérapeute ayant une compétence particulière. Les situations de consultations en présence du psychologue et du psychiatre ne sont pas pratiquées à notre connaissance en libéral.

Notons que la réglementation n'a pas donné lieu pour l'instant à une nomenclature, comme c'est le cas pour les médecins et pour les infirmiers. Dans l'attente d'une telle nomenclature, qui supposerait un remboursement de certains actes psychologiques, le rôle du psychologue libéral en tant qu'assistant du médecin a du mal à trouver un contour.

71 Article R3616-1 du CSP : « [...] Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ».

II.B.3) Télémédecine et soins infirmiers en pratique libérale

Outre le soin technique qu'il prodigue, l'infirmier libéral a une mission de surveillance de l'état général du patient et de son environnement, et de soutien psychologique. Sa présence au domicile du patient est donc indispensable. La permanence des soins au cabinet représente d'ailleurs une part minime de son activité. En temps de pandémie, les infirmiers sont allés au domicile des patients atteints de covid-19. La télémédecine apparaît étrangère à l'essence de l'acte infirmier. Quelle peut donc être la place du télésoin infirmier libéral en psychiatrie ?

La téléconsultation avec présence de l'infirmier auprès du patient peut s'avérer utile dans certaines situations cliniques. Les infirmiers libéraux sont confrontés à la difficulté d'obtenir un rendez-vous rapide avec le psychiatre pour la modification du traitement des patients en décompensation psychiatrique. La téléconsultation pourrait être une solution à ce problème. Une consultation présenteielle serait préférable a priori, mais une téléconsultation serait une solution alternative utile.

De même, dans certaines situations de crise, un entretien avec le psychiatre, le patient étant en présence de l'infirmier, pourrait avoir lieu en téléconsultation dans un délai rapide. Des situations d'urgence, gérées traditionnellement par téléphone, pourraient donner lieu à une téléconsultation pour une meilleure gestion de la crise et une orientation plus motivée.

D'autres situations nécessitent des mises au point entre patient, infirmier et psychiatre. En psychiatrie libérale, la téléconsultation peut permettre ces rencontres, l'infirmier libéral ne pouvant, pour des raisons tarifaires évidente, se déplacer au cabinet du psychiatre pour être présent à la consultation.

La présence de l'infirmier permet un examen physique. Il peut aider le patient à l'utilisation de l'outil numérique. Encore faut-il que l'infirmier soit lui-même à l'aise dans ce domaine. ⁷¹

Pour les patients résidant en structures (EHPAD, FAS...), la téléconsultation en présence de l'infirmier de la structure est utile. À noter que dans ces cas , le personnel (infirmier, éducateur, administratif) aide en général le patient à utiliser l'outil informatique, à mettre en place la téléconsultation, et y participe parfois pour ce qui est des éducateurs et des infirmiers.

II.B.4) Téléconsultation en médecine générale

Des consultations psychothérapiques peuvent être faites par le médecin généraliste formé à la psychothérapie. Ceci est d'autant plus intéressant qu'il est très difficile aujourd'hui d'obtenir des rendez-vous auprès des psychiatres (problème de démographie médicale notamment).

La téléconsultation a été d'une grande aide en médecine générale lors de la période d'urgence sanitaire. Elle a permis un gain de temps, une réactivité, permettant, en cas de dégradation de l'état clinique, une consultation en présentiel ou un adressage pour une consultation spécialisée.

71 Notons que le rôle de l'infirmier est multiple dans son rôle d'assistant à la téléconsultation : il prodigue des soins infirmiers, qu'ils soient relationnels ou matériels (mesure de pression artérielle, recueil de signes cliniques...), il prodigue une aide à l'utilisation de l'outil informatique, il sert parfois d'interface en le médecin et le patient. Ces différents rôles se retrouvent dans la pratique infirmière hors téléconsultation, comme indiqué plus haut.

En médecine générale, la télémédecine apparaît particulièrement indiquée dans le suivi de maladies chroniques, les consultations pour adapter un traitement. La téléconsultation peut aussi remplacer avantageusement certaines consultations téléphoniques (cf. infra, Les entretiens téléphoniques, p. 40).

Même si la majorité des psychothérapies s'est faite en présentiel, nous avons pu constater l'intérêt de la téléconsultation lors des prises en charge psychothérapeutiques. Le passage à la téléconsultation permet des choses et empêche d'autres par rapport au présentiel. Des outils comme Whatsapp permettent d'entrer dans l'univers des patients, car ils l'utilisent au quotidien.

II.B.5) Téléconsultation à l'hôpital psychiatrique

La mise en place de téléconsultations et l'utilisation des outils numériques lors de la crise sanitaire de 2020 en psychiatrie hospitalière ont permis une continuité des soins et une amélioration de la réactivité.

La téléconsultation a permis de donner des rendez-vous plus rapidement. Elle a aussi permis une meilleure organisation temporelle avec par exemple la possibilité de faire une téléconsultation lorsqu'un patient ne vient pas en consultation.

Les téléconsultations sur un lieu unique pour le thérapeute ont entraîné un gain de temps en évitant les trajets entre les différentes structures. Elles ont aussi permis d'organiser plus facilement et rapidement des entretiens avec le patient et un autre intervenant présent sur place avec le patient.

Dans les situations d'urgence, les infirmiers, les familles ou le patient lui-même ont pu alerter le psychiatre rapidement : l'utilisation du SMS ou du mail a facilité les échanges, et les infirmiers ont été plus enclins à faire appel au médecin. Dans ces situations, une téléconsultation a pu être organisée rapidement, permettant parfois une hospitalisation dans de bonnes conditions. Des décompensations voire des hospitalisations sous contrainte ont pu ainsi être évitées.

Lorsque le patient se trouvait dans une structure extra-hospitalière (hôpital de jour, CATTP...), une téléconsultation en urgence a été possible en partenariat avec un infirmier des structures extra hospitalières.

La téléconsultation a permis des poursuites de suivi avec le même thérapeute chez des patients qui avaient changé de lieu durant le confinement.

Le rappel de la consultation aux patients (par SMS en général) que procurent les plateformes de téléconsultation a entraîné une diminution des rendez-vous manqués.

On constate que parfois le patient exprime des éléments non dits dans le bureau médical à l'hôpital (inhibition de la parole dans le lieu où ils ont été hospitalisés parfois sous contrainte).

Le télésoin a parfois été utilisé durant la période de confinement pour rester en contact avec des patients atteints de covid-19. Il est aussi utilisé par les infirmiers hospitaliers pour maintenir le contact avec des patients qui n'ont pas le passe sanitaire.

A l'instar des téléconsultations qui ont permis une unité de lieu pour le psychiatre hospitalier de plus en plus dispersé par ses multiples missions, l'utilisation de la visioconférence a permis un gain de temps considérable. L'absence de déplacement a facilité les réunions avec les partenaires régionaux, qui requéraient parfois des déplacements géographiques lointains. Elle a aussi facilité l'organisation des réunions de synthèse avec les intervenants des différentes structures : hôpitaux de jour, équipe de visites à domicile, Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS)... Ceci a permis de participer à des réunions auxquelles il était difficile de participer auparavant.

Les entretiens dans le cadre de certificats médico-légaux (certificats mensuels des programmes de soins SDT et SDRE) ont été réalisés en présentiel.

II.B.6) Les entretiens téléphoniques

6.a) Consultations téléphoniques et crise sanitaire

Comme dans le libéral, les consultations psychiatriques téléphoniques ont été interdites au GHRMSA à compter du 1/6/2021. Or, les consultations téléphoniques étaient très pratiques et bien acceptées par certains patients qui n'ont pas de moyen de faire de la téléconsultation. Certains de ces patients viennent difficilement en consultation présente dans la situation sanitaire actuelle.

Dans le domaine de la protection de l'enfance, lors de la période du premier confinement, les contacts téléphoniques ont permis d'assurer une continuité de la mission des travailleurs sociaux et des psychologues. Ceci a permis un accompagnement psycho-éducatif et une appréciation du danger potentiel. Les entretiens présents ont ensuite été rétablis. Les consultations téléphoniques sont un moyen intéressant de rester en lien avec les patients et leurs familles dans des situations exceptionnelles.

Une consultation téléphonique paraît justifiée dans certains cas. Exemple : une personne âgée qui doit être hospitalisée, qui n'a pas les moyens techniques de faire des téléconsultations à l'hôpital, et qui demande la poursuite d'un suivi.

6.b) Usage du téléphone en pratique médicale

Traditionnellement, le téléphone est un outil de travail des professionnels de santé. L'usage du téléphone en médecine recouvre plusieurs situations :

- Patients connus qui ont une question ponctuelle : renouvellement d'une ordonnance, complément d'information. Cette situation ne pose pas de problème.
- Cas urgents : impossible à prendre en charge par téléphone, en dehors d'une orientation (SAMU, orientation au CESAME, donner un rendez-vous rapide...).
- Patients inconnus : impossibles à prendre en charge par téléphone.
- Patients qui ont besoin de soutien : ici le téléphone peut être utile. Il pourrait parfois être remplacé par une téléconsultation quand les conditions techniques le permettent.

- Appels à des confrères. Cette situation pourrait dans certains cas relever de la téléexpertise (voir p. 41) et s'effectuer par voie de courrier électronique.

Certains médecins ne font plus (ou presque plus) de réponses téléphoniques aux patients. Ces réponses, qui font partie traditionnellement des tâches médicales, constituent un véritable travail, qui n'est pas rémunéré mais qui engage la responsabilité du médecin. L'acte téléphonique est effectué en plus des consultations habituelles qu'il vient perturber, avec parfois un problème de confidentialité (on répond au téléphone devant un autre patient). La situation est différente en Suisse ou en Allemagne, où le praticien est rémunéré en fonction du temps qu'il passe.

Ceci se rapproche de la question du paiement à l'acte. Pour les soins infirmiers, lors d'une visite à domicile, si on fait plusieurs actes, un deuxième soin est payé à 50 %, les suivants ne sont pas rémunérés. De même, l'infirmier qui cherche des ordonnances en pharmacie n'est pas rémunéré pour cet acte. C'est la même chose en médecine générale, où une consultation donne souvent lieu à plusieurs actes pour le prix d'une seule consultation.

Pour illustrer la question de la responsabilité du professionnel au regard des appels téléphoniques, rappelons la problématique des répondeurs téléphoniques. Il peut être reproché au médecin d'avoir permis au patient de laisser un message sur son répondeur, ce qui pourrait entraîner une perte de chance en cas de situation médicale urgente, le patient attendant une réponse au lieu de contacter les services d'urgence. On observe qu'actuellement, la plupart des messages sur les répondeurs médicaux invitent le patient à contacter les urgences. Beaucoup de messageries téléphoniques sont aussi tout simplement désactivées, ce qui règle le problème juridique, au détriment de certains patients en situation non urgente.

En conclusion, on s'accorde sur le fait qu'un cadre légal devrait être donné aux consultations téléphoniques, après en avoir défini les modalités.⁷²

II.C Place de la téléexpertise

Il arrive que le médecin généraliste sollicite l'avis d'un spécialiste par courriel. C'est le cas en dermatologie par exemple, où il envoie une photo de la lésion cutanée d'un patient. On constate que le spécialiste, en plus de donner un avis rapide sur la lésion, propose systématiquement une consultation présentielle. On peut se demander si la proposition d'une consultation par le spécialiste n'a pas parfois pour but de rassurer ce dernier sur le plan juridique, et si une réponse de type téléexpertise ne suffirait pas dans certains cas. Les médecins sont réticents à engager leur responsabilité sans avoir vu le patient. Ce pourrait ne pas être toujours justifié sur le plan technique, mais apparaît être une sage précaution sur le plan juridique.

En psychiatrie, il apparaît difficile dans la majorité des cas de donner un avis sans examiner le patient. Les seuls avis pertinents sont ceux qu'on a déjà l'habitude de pratiquer au téléphone, consistant en des conseils rapides : hospitalisation ou non, délai d'une consultation spécialisée,

72 L'avenant n°9 à la convention organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie a prévu que soient constitués des groupes de travail sur ce thème, voir p. 20.

renseignement succinct sur un traitement ou une prise en charge. Il ne semble pas y avoir matière à un avis téléexpertal.

Néanmoins, il semble que certains hôpitaux étudient la question de la mise en place d'un cadre légal pour les avis cliniques donnés par les médecins hospitaliers. Il reste à savoir qu'elle sera la limite entre une discussion clinique et une téléexpertise, et si cette disposition sera utilisée dans le domaine des soins psychiatriques.

Rappelons aussi la difficulté à interpréter les textes relatifs à l'exigence ou non de la connaissance préalable du patient par le médecin requis (voir p. 20).

II.D Contre-indications, non indications

II.D.1) Contre-indications, non indications classiques

La pratique de la téléconsultation montre que les contre-indications classiquement avancées sont relatives. Citons notamment les états délirants, le risque suicidaire, les agitations, l'annonce d'un diagnostic ou d'un mauvais pronostic, les situations d'urgence. Dans certains cas, la téléconsultation peut être utile voire procurer des avantages. Rappelons aussi les contre-indications à la télépsychologie données par la FFPP.⁷³

L'idée que les patients souffrant de troubles psychotiques sont réfractaires à la télémédecine n'est pas confirmée en pratique. De nombreuses téléconsultations en psychiatrie hospitalière ou libérale ont eu lieu durant la crise sanitaire avec des patients délirants. Chez un patient, la présence d'idées délirantes dont la thématique persécutive mettait en jeu les canaux numériques n'a pas empêché plusieurs téléconsultations, dont l'une a amené à l'acceptation d'une hospitalisation par le patient. L'utilisation d'un outil de vidéotéléphonie grand public (autorisé à ce moment-là et seul possible dans ce cas pour des raisons techniques) n'a entraîné aucune manifestation délirante portant sur le moyen de communication utilisé. Cette situation n'est pas généralisable à tous les cas. Néanmoins, refuser par principe une téléconsultation au motif que le délire met en jeu les communications numériques est aussi absurde que de refuser de recevoir en présentiel un patient délirant au motif qu'il est convaincu qu'il y a des caméras qui le surveillent y compris dans le bureau du psychiatre.

Le risque suicidaire, les situations d'urgence, sont d'autres contre-indications avancées à la téléconsultation. Là encore, la contre-indication est relative. Il arrive régulièrement que des situations d'urgence doivent être gérées au téléphone (appel d'un patient ou de sa famille). Il y a lieu, dans ces cas-là, de fournir une réponse (rendez-vous en urgence, orientation vers des soins urgents, conseil thérapeutique, prescription...), après une évaluation téléphonique. La téléconsultation peut permettre de mieux évaluer la situation qu'au téléphone (contact visuel avec le patient, meilleure analyse clinique et du contexte). Sa mise en œuvre peut être plus aisée qu'un

⁷³ « Si le patient présente des troubles anxieux ou dépressifs sévères, des idées suicidaires, d'autres troubles psychopathologiques majeurs, l'orienter vers le CMP de son domicile ou un psychiatre en libéral, selon le délai de réponse, en s'assurant de la réponse qui lui est donnée. », FFPP, Les pratiques à distance, télépsychologie : recommandations à l'usage des psychologues, *Fédérer*, n° 98 2, op. cit.

rendez-vous présentiel (qui parfois est impossible en cas de distance géographique par exemple). La présence éventuelle de tiers peut faciliter certaines décisions thérapeutiques, une hospitalisation par exemple. Certains états cliniques rendent par ailleurs difficile le transport du patient sur le lieu de consultation présentielle.

Dans les états d'agitation, la téléconsultation permet parfois une évaluation et une réponse plus adaptée qu'un entretien téléphonique. Dans ces cas, le passage par une consultation au cabinet du psychiatre peut être une étape inutile. L'indication d'une hospitalisation peut très bien se faire en téléconsultation. Dans d'autres cas, on proposera une consultation rapide si on juge que la consultation présentielle est susceptible d'améliorer l'état du patient.

L'annonce diagnostique ou l'annonce d'un mauvais pronostic sont aussi un cas avancé de contre-indication à la télémedecine. Tout dépend de la qualité du lien établi avec le patient. Il y a évidemment à évaluer l'opportunité d'une consultation présentielle.

Les situations où un examen physique est indispensable contre-indiquent à l'évidence la téléconsultation. Dans certains cas, le recueil des données physiques peut être effectué sur place par un infirmier. En dehors du champ de la psychiatrie, le recueil de données physiques par des appareils connectés est en plein essor, et présente parfois un intérêt majeur (gestion de l'hypertension, de la glycémie...). Ces situations restent néanmoins limitées à leur domaine d'application et ne peuvent se substituer à un examen clinique quand il est nécessaire.

II.D.2) Contre-indications, non indications liées au patient

Nous avons vu plus haut que la téléconsultation a un intérêt limité chez les enfants, parfois les adolescents. Elle peut s'avérer impossible chez les enfants souffrant d'autisme, les patients présentant des troubles de l'attention.

Le refus du patient est une non-indication de téléconsultation. Il faut cependant tenir compte de la situation sanitaire. Plusieurs psychiatres ont témoigné de situations où un patient refuse la téléconsultation au motif qu'il veut pouvoir sortir consulter le médecin en période de confinement. Si la sortie de chez eux des patients présentant une souffrance psychique importante liée à un confinement est bénéfique voire indispensable, il n'est pas acceptable qu'une consultation doive se faire en présentiel dans le seul but de permettre au patient de contourner des règles sanitaires.

Le consentement à la téléconsultation est une nécessité réglementaire, il doit être obtenu avant la téléconsultation. En pratique, on voit mal comment on peut donner à un patient un rendez-vous en téléconsultation sans l'en informer et sans l'informer des modalités pratiques du déroulement. Les patients, en général, demandent souvent des précisions relatives aux modalités de réalisation de la téléconsultation quand on la leur propose.

II.D.3) Contre-indications, non indications liées aux conditions techniques

Des conditions techniques sont nécessaires pour réaliser une téléconsultation. Ainsi, le patient doit disposer d'une liaison internet avec un débit suffisant, d'un matériel (smartphone, ordinateur,

tablette) permettant la téléconsultation (en général un appareil assez récent). Il doit aussi être suffisamment à l'aise avec l'outil numérique pour pouvoir l'utiliser.

Il est parfois utile de faire un test au cabinet quand le patient compte utiliser son smartphone et qu'il dispose d'un abonnement 4G. Certains logiciels permettent ces tests. On peut alors guider le patient et s'assurer de la compatibilité de son matériel.

Dans certains cas, un proche peut aider le patient à utiliser l'outil numérique. Il y a lieu néanmoins de juger de l'opportunité ou non d'une telle aide selon la situation.

La téléconsultation doit pouvoir se faire dans des conditions permettant la confidentialité. Elle ne peut se faire si le patient ne peut s'isoler des autres membres du foyer.

Côté médecin, les mêmes exigences sont requises en matière de matériel adéquat, de conditions d'environnement correctes (lieu calme, adapté, permettant une confidentialité), d'accès aux données médicales du patient, de compétence et de formation en matière numérique.

Certaines techniques psychothérapeutiques sont difficiles à pratiquer en télémédecine : hypnose, relaxation. Les silences, importants dans les thérapies analytiques, sont difficiles à gérer à distance.

II.D.4) Contre-indications, non indications liées aux conditions légales

On rappelle que la télémédecine donne lieu à une facturation possible à la caisse d'assurance maladie de l'acte par le médecin et à un remboursement des frais au patient sous certaines conditions. Il faut préciser qu'acte non remboursable ne signifie pas forcément illégalité de l'acte de télémédecine. Par exemple, faire une téléconsultation pour un patient connu, se trouvant à l'étranger, mais qu'on n'a pas vu depuis plus d'un an, peut être tout à fait justifié cliniquement. Ce genre de situations, gérées traditionnellement par téléphone, pourraient parfois être avantageusement gérées en téléconsultation.

Le Conseil de l'Ordre a rappelé que les plateformes médicales commerciales ne sont pas légales : non respect de l'ancrage territorial, absence de garanties en matière d'hébergement des données, règles de facturation illégales, voire pratique de publicité à caractère commercial.⁷⁵

La nécessité pour le médecin d'un ancrage territorial a été rappelé par l'Ordre des Médecins. C'est aussi une exigence réglementaire, le parcours de soins doit être respecté et le médecin doit connaître le tissu socio-médical dans lequel vit le patient. Il n'est donc pas admis de pratiquer des téléconsultations pour des patients résidant dans une autre région. Cette position pourrait être nuancée, comme discuté plus haut, pour des patients bien connus, qui déménagent dans une autre région et qui gardent un lien avec notre région avec des séjours réguliers. Dans certains cas, ces patients demandent à continuer à être suivi par leur psychiatre. S'il faut parfois refuser dans les cas où les soins nécessitent des intervenants locaux (infirmiers, secteur), un refus systématique pourrait ne pas être justifié.

⁷⁵ CNOM, Mésusage de la télémédecine, *op. cit.*

Rappelons que l'exercice exclusif en téléconsultation se heurte à la nécessité d'avoir un domicile professionnel et aux risques d'insuffisance professionnelle en cas de non réalisation d'examen clinique de façon prolongée.⁷⁶

II.E Indications

Nous avons discuté plus haut de l'intérêt de la télémédecine dans de nombreuses situations. Résumons ici les principaux points détaillés au chapitre II.

La sécurité sanitaire est bien sûr une indication importante de la télémédecine.

Les facilités de déplacement, d'horaires, de planning, conviennent à certains patients et à certains professionnels de santé.

La téléconsultation peut apporter un gain de temps au médecin (bénéfices organisationnels en psychiatrie publique par exemple), mais il n'y a pas lieu de penser qu'elle permettrait de résoudre les difficultés liées à l'insuffisance quantitative de l'offre de soins.

La téléconsultation permet une continuité des soins chez les patients faisant des déplacements géographiques, qui changent de domicile, qui résident à l'étranger.

Elle peut permettre l'accès aux soins à des patients ayant des difficultés physiques, géographiques ou économiques à se déplacer.

Les personnes vivant en institution et présentant une déficience mentale sont parfois déstabilisés par la venue au cabinet du psychiatre, la téléconsultation est plus rassurante pour eux. Elle permet aussi d'éviter le déplacement fastidieux au cabinet du psychiatre des intervenants qui participent aux soins.

La téléconsultation permet des soins autrefois impossibles, dans les phobies sévères, ou chez les personnes ayant une grande crainte du virus. Elle permet d'amorcer des soins, le patient étant susceptible de venir dans un second temps au cabinet.

La téléconsultation peut avantageusement être utilisée à la place de la consultation téléphonique pour une meilleure prise en charge psychologique ou psychiatrique.

Il apparaît à ceux qui l'ont beaucoup pratiquée que la téléconsultation est bien adaptée à la psychiatrie, dans la mesure où la clinique verbale y est prééminente. Elle permet des prises en charge de qualité, y compris certaines psychothérapies.

En définitive, la psychiatrie constitue un domaine privilégié pour la télémédecine. La psychiatrie fait partie, avec la radiologie, des disciplines qui utilisent le plus la télémédecine.⁷⁸ Malgré de nombreuses publications indiquant une efficacité de la télémédecine en psychiatrie et remettant en cause la prétendue déshumanisation qu'elle provoquerait,⁷⁹ son usage en psychiatrie reste très

76 CNOM, Mésusage de la télémédecine, *op. cit.*

78 Carole Di Maggio, Téléspsychiatrie, de quoi parle-t-on ? *op. cit.*, p. 22.

79 Carole Di Maggio, Téléspsychiatrie, de quoi parle-t-on ? *op. cit.*, p. 24.

controversé. Il nous semble observer que les opinions négatives relatives à la téléconsultation émanent en général de ceux qui n'en pratiquent pas. La téléconsultation doit être vue comme un outil supplémentaire, qui peut parfois se substituer à la consultation présentielle, qui peut parfois apporter un bénéfice par rapport aux réponses classiques, qui peut aussi être parfois inadaptée à la situation. Nous constatons qu'il existe une réelle demande de téléconsultation chez beaucoup patients.

En dehors de cas particuliers et de la question sanitaire, le choix de la téléconsultation, dans les situations où elle est possible, est aussi un choix personnel de mode d'exercice. Ce peut être aussi un choix de la part des patients.

III Conseils pratiques et documents de référence

III.A Conseils pratiques pour débiter en téléconsultation

Vous trouverez ci-dessous un résumé des points essentiels destiné à aider les professionnels souhaitant débiter la pratique de la téléconsultation.

III.A.1) Déclarer l'activité de téléconsultation à son assurance professionnelle

III.A.2) Disposer d'un environnement adapté

Calme, pas d'interruption par des tiers.

Éclairage correct.

Environnement visuel adapté.

III.A.3) Disposer du matériel informatique nécessaire à la téléconsultation

Ordinateur : préférer un ordinateur plutôt qu'un téléphone portable pour des raisons de qualité audio-vidéo, de souplesse d'utilisation et de puissance.

Posséder une webcam, un micro.

Avoir une connexion internet rapide.

Un casque, discret de préférence, peut être utile pour améliorer la qualité du son (le casque évite les effets de larsen et d'écho liés à la réentrance dans le micro du son émis par les haut-parleurs).

III.A.4) Disposer d'une solution logicielle

Hors de la période d'urgence du printemps 2020, il y a lieu d'éviter les solutions non professionnelles (Skype, Whatsapp...). En effet, bien que cryptées de bout en bout pour certaines d'entre elles, elles ne possèdent pas les outils permettant notamment l'envoi d'ordonnances, la gestion du planning, les garanties offertes par les plateformes professionnelles quant aux conditions légales de réalisation (authentification, sécurité informatique, interopérabilité...)

De nombreuses solutions logicielles existent, certaines gratuites, la plupart payantes. Pour les solutions gratuites, citons : Odys Web ⁸⁰, Medicam ⁸¹. De nombreux éditeurs font des offres. Certaines solutions sont articulées avec l'application médicale utilisée.

80 Odys Web est le logiciel de téléconsultation gratuit proposé par Pulsy, le Groupement régional d'appui au développement de la e-santé dans le Grand-Est.

81 Medicam a été gracieusement mis à la disposition des médecins durant la crise sanitaire par l'URPS Médecins d'Occitanie.

Les solutions peuvent varier selon le système d'exploitation utilisé (Windows, Macintosh, Linux...). Un certain nombre de solutions sont indépendantes de la plateforme, quand elles s'utilisent à travers un navigateur web notamment (Ex : Odys Web, Medicam, Clickdoc).

Pour débiter, on peut utiliser un solution gratuite, quitte à migrer par la suite vers une solution payante articulée à son logiciel métier.

III.A.5) Tester le bon fonctionnement du système

Il faut vérifier au préalable le bon fonctionnement du matériel et la qualité de l'audio-vidéo : en cas de larsen, l'utilisation d'un casque est souvent utile (cf. supra). Penser à régler le positionnement de la webcam (vue adaptée du thérapeute). Penser à ne pas tourner le dos, à ne pas sortir du champ de la caméra.

Faire des essais avec des consultations factices. C'est facilement réalisable avec les logiciels gratuits.

III.A.6) Prévoir une méthode de paiement

Le paiement des consultations peut se faire de plusieurs manières :

- Tiers-payant. Rappelons que jusqu'à fin 2021, la prise en charge des consultations est assurée à 100 % par l'assurance maladie au tarif conventionnel (cocher « *soins particuliers exonérés* » dans le logiciel de feuille de soins).
- Virement sur un compte bancaire. Fournir un IBAN au patient.
- Paiement par carte bancaire. Les logiciels de téléconsultation proposent en général une solution de paiement sécurisé par carte bancaire (ex : Odys Web, Medicam...).
- Envoi de chèque, dépôt d'espèces dans un second temps...

III.A.7) Prévoir des créneaux horaires

Dégager un créneau spécifique aux téléconsultations, en particulier au début.

Se réserver au début une marge de temps supplémentaire (1/4 d'heure par exemple), le temps de s'habituer et de s'assurer de la bonne marche du processus.

Il y a lieu d'être ponctuel, la téléconsultation n'est pas très compatible avec les retards. En effet, les patients en salle d'attente savent qu'on les a entendus entrer ou tout du moins s'attendent à ce qu'on vienne les chercher en salle d'attente. Dans le cadre de la téléconsultation, ils attendent souvent sans retour de présence du médecin, si le logiciel ne comporte pas de fonction de salle d'attente virtuelle. Ainsi, il arrive souvent que le patient appelle téléphoniquement le professionnel à l'heure dite si ce dernier n'est pas en ligne.

Se détendre : il y a toujours possibilité de reporter la téléconsultation, de la transformer en consultation présentielle si nécessaire, ou d'agir de façon adaptée (ex : faire appel au SAMU) de la

même manière qu'on le ferait lors d'un contact téléphonique voire d'une consultation présentielle avec un patient.

Pour les patients ne maîtrisant pas l'outil : on peut faire un essai en présentiel au cabinet, une téléconsultation d'essai peut être faite avec certains logiciels, avec le smartphone du patient fonctionnant en 4G.

Être conscient qu'il faut du temps pour s'habituer à ce mode de fonctionnement, quelques centaines de téléconsultations paraissent nécessaires avant de bien utiliser l'outil, d'en percevoir l'intérêt et les limites et de savoir réagir quand la situation le nécessite. Au début, la téléconsultation est fatigante pour le professionnel, cette fatigue disparaît avec la pratique.

III.A.8) Se former à la téléconsultation

Dans un but de formation sur les aspects généraux pratiques de la télémédecine, on peut consulter la Fiche Mémo de la haute Autorité de Santé « *Téléconsultation et téléexpertise. Mise en œuvre* ». Ce document, très didactique, est fourni en annexe I.

Pour se former aux outils numériques, les éditeurs de logiciels payants proposent des formations pour l'utilisation de leur logiciel.

Une aide pourra vous être apportée sur certains logiciels lorsqu'ils sont utilisés par l'un des membres de la CPTS (notamment Odys Web et Medicam).

III.B Documents de référence

La Haute Autorité en Santé a publié plusieurs documents de référence concernant la télémédecine, notamment :

- Une fiche Mémo : « Téléconsultation et téléexpertise : mise en œuvre », publiée en mai 2019, cité plus haut et consultable en annexe I.

- Une fiche de mise à jour des dispositions relatives à la téléconsultation et au télésoin : « Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 Téléconsultation et télésoin »⁸²

- Une fiche de référence à destination des patients, accessible sur son site internet.⁸³ Elle comporte un lien vers une fiche téléchargeable, qui prodigue des conseils pratiques aux patients qui se sont vus proposer un acte de téléconsultation ou de télésoin.

La Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP) a publié une fiche de recommandations consultable en ligne et consultable en annexe II :

- COVID-19 Fiche de recommandations pour la télépsychologie⁸²

82 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin

83 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270557/fr/consulter-et-se-faire-soigner-a-distance-teleconsultation-telesoin.

82 https://ffpp.net/wp-content/uploads/2021/02/2-2.fiche_de_recommandations.telepsychologie.29.03.2020.pdf

IV L'avenir de la téléconsultation en psychiatrie

L'entrée de la télémédecine dans le droit commun, puis la crise sanitaire, ont entraîné un essor important de la télémédecine, aussi bien en pratique quotidienne qu'à travers des offres de télémédecine disponibles sur le web. Mais cet essor a donné lieu à de nombreuses réactions. Les récentes évolutions de la réglementation mettent un coup de frein sévère à cette dynamique.

IV.A L'essor de la télémédecine

La crise sanitaire a été l'occasion d'un essor des pratiques de télémédecine : découverte et usage de la télémédecine en pratique quotidienne par les professionnels de santé, mais aussi développement d'une offre de télémédecine à destination de populations plus larges notamment à travers des plateformes de télémédecine.

IV.A.1) L'usage de la télémédecine et de la télépsychologie dans notre région depuis la crise sanitaire

Les données que nous avons pu recueillir auprès des hôpitaux locaux indiquent que les psychologues hospitaliers ont fait peu (ou pas) de téléconsultations durant la période de confinement. En revanche, ils ont fait des consultations téléphoniques. La consultation présente est à présent redevenue la norme.

Les infirmiers libéraux que nous connaissons ont pratiqué un peu le télésoin durant la crise sanitaire, ils ne le pratiquent plus actuellement. Les infirmiers psychiatriques hospitaliers en revanche continuent à pratiquer le télésoin, en particulier pour des patients qui n'ont pas le passe sanitaire ou pour des personnes âgées en institution.

Parmi les psychologues que nous connaissons, peu ont eu une pratique intensive de la téléconsultation. Pour ceux qui la pratiquaient durant le premier confinement, elle est devenue très occasionnelle pour la plupart d'entre eux.

Des données du GHRMSA indiquent qu'il existe une hétérogénéité d'utilisation de la téléconsultation selon les psychiatres hospitaliers depuis la crise sanitaire. Deux groupes principaux d'utilisateurs peuvent être distingués : un groupe qui s'est limité à utiliser la téléconsultation lors de la période de la première vague (mars à été 2020), et un groupe qui a continué après la première vague. Dans ce deuxième groupe, seul un praticien a continué à effectuer une quantité importante de téléconsultations, à un taux d'environ 50 % de sa pratique, taux actuellement en baisse.

Ces données sont similaires à ce qu'on observe en libéral. Une petite enquête par mail pratiquée auprès des psychiatres locaux au printemps 2021 sur la pratique de la téléconsultation n'a recueilli que peu de réponses, ce qui témoigne d'un manque d'intérêt ou d'une opposition d'un grand nombre à ces pratiques. Pour un mailing adressé à une cinquantaine de psychiatres libéraux, nous avons recueilli en avril 2021 9 réponses, 6 en septembre 2021. Parmi les psychiatres qui ont

répondu, 2 n'ont pas du tout pratiqué la téléconsultation. Les autres en ont découvert l'usage durant le premier confinement, à l'issue duquel seul deux d'entre eux conservent une part importante de téléconsultations dans leur pratique (50 % à 90 %). Pour les autres qui l'ont pratiquée, la téléconsultation est devenue occasionnelle, de une à une dizaine par semaine au plus.

Si la télé médecine et la télépsychologie ont connu un essor important à l'occasion de la crise sanitaire, c'est aussi le cas des offres de services de santé en ligne.

IV.A.2) L'essor des offres de services en ligne

On a vu apparaître en France, depuis l'entrée de la télé médecine dans le droit commun, de multiples offres de télé médecine proposées par des sociétés commerciales, alors que d'autres offres ont été le fait de praticiens agissant seuls ou en coordination avec une organisation territoriale. Ces offres, qui ont débuté avant la crise sanitaire, ont connu un essor durant la crise.

2.a) Le développement des offres commerciales de télé médecine

Deux sortes d'offres peuvent être distinguées : ⁸⁴

- des plateformes commerciales de téléconsultation avec des médecins salariés ou non,
- des sociétés proposant d'équiper des médecins en solutions techniques permettant la téléconsultation (logiciels de téléconsultation, outils de recueil de données cliniques à distance).

Nous citerons quelques exemples de plateformes de téléconsultation.

Le site « arretmadie.fr » proposait un « *arrêt maladie sans rendez-vous chez le médecin* ». Le site précisait que l'arrêt maladie en question était « *en ligne en pdf* », « *rapide et fiable* », et le tarif de 25 euros était présenté comme « *remboursable* ».

La société 4HD proposait quant à elle des consultations à distance avec un médecin, le patient se trouvant dans une cabine de téléconsultation pourvue de certains instruments de mesure (tensiomètre, stéthoscope, ECG, examen dermatologique...).

La plateforme Livi ⁸⁵ propose de « *consulter un médecin en ligne en quelques minutes* », « *7 jours sur 7 de 7 heures à minuit* », et propose « *une ordonnance électronique valable en pharmacie* ». Une liste de situations cliniques et de maladies prises en charge sur le site est proposée, liste très conséquente en psychiatrie, allant de la maladie d'Alzheimer au TDAH en passant par les troubles bipolaires. Notons que la schizophrénie et les troubles délirants ne sont pas cités.

84 *Le Quotidien du médecin* : Télé médecine : un marché prometteur qui provoque la ruée des opérateurs, <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/telemedecine-un-marche-prometteur-qui-provoque-la-ruée-des-operateurs>.

85 <https://www.livi.fr>.

La plateforme Qare ⁸⁶ propose des téléconsultations dans plusieurs spécialités dont la médecine générale, la pédiatrie, la psychiatrie. Le lien « *Qare psy* » ⁸⁷ mène à une page où Qare propose un ensemble de services allant « *de la téléconsultation à l'application de soutien psychologique* » destinés à accompagner le patient « *au quotidien pour aller mieux* ». Des consultations vidéo sont proposées « *7j/7 de 6 heures à 23 heures* », là aussi « *remboursables par l'assurance maladie* ». Le site propose des consultations auprès de psychiatres, addictologues, nutritionnistes, sexologues, psychologues, psychothérapeutes. L'accent est mis sur la disponibilité des praticiens (les horaires de disponibilité sont affichés, un créneau de consultation peut être choisi par le patient) et sur la tarification : on peut filtrer les professionnels pratiquant des tarifs opposables ou pratiquant le tiers-payant.

2.b) Les autres offres de télémédecine

Certains médecins ont proposé seuls une offre de soins nationale limitée à certaines situations cliniques : interprétation d'électrocardiogramme, traitement des dépressions réactionnelles...

Certaines offres de télémédecine se sont appuyées sur une organisation territoriale. Ainsi, la CPTS de Saint-Dizier a-t-elle mis en place des cabinets de téléconsultation de médecine générale à Saint-Dizier et dans plusieurs quartiers. Le patient est accueilli par un infirmier qui assiste le médecin téléconsultant. ⁸⁸ Certains médecins téléconsultants pratiquent cette activité de façon exclusive, d'autres à temps partiel. Certains sont retraités encore actifs, d'autres exercent une autre activité principale. Les médecins généralistes de la région semblent satisfaits de cette organisation qui s'occupe des soins non programmés, dans un contexte de manque important de praticiens.

2.c) Les offres web de télépsychologie

On voit aussi apparaître des offres de télépsychologie en ligne. Citons par exemple le site de Johanna Godet. ⁸⁹ Elle propose des psychothérapies par téléconsultation ou par téléphone. Le tarif et la durée des séances sont indiqués sur le site, qui prend soin de préciser que la prise en charge est limitée à certaines mutuelles, que le cabinet n'étant pas un cabinet de psychiatrie et qu'il n'est donc délivré ni arrêt maladie, ni ordonnance, ni médicament.

Le développement des plateformes médicales de téléconsultation a donné lieu à de vives réactions de la part de l'Ordre des Médecins et des autorités sanitaires.

2.d) Les premières réactions

De nombreuses critiques ont été adressées principalement aux plateformes commerciales, mettant en cause la qualité des soins prodigués, leur intérêt et leur légalité. On a notamment reproché le

⁸⁶ <https://www.qare.fr>.

⁸⁷ <https://psy.qare.fr>.

⁸⁸ Le site internet de la ville de Saint-Dizier donne beaucoup de détails sur le déroulement de la consultation : <https://www.saint-dizier.fr/demarches-services/sante-et-prevention/cabinets-de-telemedecine.html>.

⁸⁹ <https://www.johannagodet-psy.fr>, premier site à apparaître par le moteur de recherche Duckduckgo avec les mots clés « téléconsultation dépression », 24/10/2021 (<https://duckduckgo.com/?q=t%C3%A9l%C3%A9consultation+d%C3%A9pression&t=vivaldi&ia=web>).

non-respect du parcours de soins, des publicités jugées mensongères au regard de la prise en charge par l'assurance maladie, un exercice exclusif de la télémédecine, une distorsion de concurrence. Notons que certaines offres ciblaient des situations cliniques lucratives, ou proposaient des réponses désadaptées à des demandes parfois abusives, tel le site proposant des arrêts maladie en ligne.

Il faut distinguer dans ces critiques la question du remboursement de l'acte par l'assurance maladie et la question de la validité de l'acte :

- le remboursement de l'acte était lié au respect de l'avenant n°6 (respect du parcours de soins, connaissance préalable du patient et ses exceptions), et posait la question de l'intérêt de certaines offres de soin pour la population;
- la validité de l'acte se rapportait à la qualité des soins (absence d'examen physique par exemple), au mode d'exercice des médecins téléconsultants (téléconsultation exclusive) ou aux conditions techniques dans lesquelles ils exerçaient (sécurité des données...).

Notons que non-remboursement de l'acte ne signifie pas pour autant que l'acte est illégal, et que le simple fait de proposer des services de télémédecine en ligne ne suffit pas à frapper d'illégalité les actes qui y sont effectués. Quoi qu'il en soit, plusieurs sites ont été fermés. D'autres ont tenté de s'adapter à la législation notamment au regard du parcours de soins, ou proposent des soins non remboursés, et sont toujours disponibles. C'est dans ce contexte que les représentants syndicaux des médecins et l'assurance maladie ont fait évoluer la réglementation relative à la télémédecine.

IV.B De l'avenant n°6 à l'avenant n°9

La télémédecine a été encouragée depuis des années par les autorités. L'avenant n°6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie a fait entrer la télémédecine dans le droit commun. Mais l'évolution des pratiques a amené syndicats médicaux et assurance maladie à réagir et à modifier les règles du remboursement de la téléconsultation par les avenants n°8 puis n°9. Or, si ce dernier affiche toujours une volonté de renforcer le développement de la télémédecine, il a au contraire pour conséquence de limiter très fortement son champ et son développement.

IV.B.1) L'avenant n°6

Publié au *Journal Officiel* par un arrêté du 01/08/2018, l'avenant n°6 fait entrer la télémédecine dans le droit commun.⁹⁰

1.a) Les mesures de l'avenant n°6

Rappelons qu'il permet à tout médecin libéral conventionné de pratiquer la télémédecine, que la téléconsultation est permise pour tous les patients, et qu'il s'articule autour de deux sortes de mesures :

⁹⁰ La partie relative à la télémédecine est consultable à l'annexe V.

i) Des mesures restrictives

- Nécessité de respecter le parcours de soins (orientation par le médecin traitant).
- Règle de la connaissance préalable (le patient doit être vu en présentiel dans les 12 mois précédents).
- Alternance de consultations présentiels et distanciels.

ii) Des exceptions aux restrictions

- Les exceptions habituelles au parcours de soins : patients de moins de 16 ans et accès direct spécifique pour certaines spécialités (dont la psychiatrie en dessous de 26 ans).
- Les patients n'ayant pas de médecin traitant ou dont le médecin traitant n'est pas disponible. Dans ces cas, le recours à la téléconsultation se fait dans le cadre d'une organisation territoriale et le patient n'a pas à être obligatoirement connu du médecin téléconsultant. Ces organisations territoriales doivent être en mesure, dans un second temps, de réintégrer le patient dans le parcours de soin en désignant un médecin traitant.

Si l'avenant n°6 a rendu possible la téléconsultation, peut-on lui imputer les dérapages qui ont eu lieu en matière de télémédecine ?

1.b) Un avenant trop permissif ?

Les pratiques de la téléconsultation qui se sont développées depuis 2018 ont pu être abusives à plusieurs titres. Il a pu s'agir de spécialisations dans des indications restreintes et lucratives, de consultations apportant des réponses inadaptées à des demandes des patients (arrêt maladie, plaintes anxieuses, demandes de médicament).

Dans beaucoup de ces cas, le caractère désadapté de la réponse est lié au non-respect du parcours de soins. Prescrire un arrêt maladie à quelqu'un qu'on voit pour la première fois, qui n'est pas adressé par son médecin traitant auquel on ne fait pas de retour n'est pas du bon travail. Ce n'est pas la téléconsultation qui est en cause ici, c'est la façon dont elle est pratiquée.

Les exceptions au parcours de soins instaurées par l'avenant n°6 peuvent donner l'impression d'une ouverture vers des pratiques abusives. Dans le cas des exceptions habituelles au parcours de soins (patients de moins de 16 ans, accès direct spécifique), ce peut être le cas. Néanmoins, la règle de la connaissance préalable permettait de s'assurer d'un ancrage local. Si on craint une errance des patients du fait de cette mesure, c'est peut-être l'accès direct spécifique qu'il faut remettre en cause et non la téléconsultation elle-même.

En cas d'absence de disponibilité du médecin traitant, il s'agit d'une pratique de soins non programmés, limités en principe à une ou quelques consultations. Il revenait à une organisation territoriale d'organiser la téléconsultation, en édictant des règles de sorte que le parcours de soins soit respecté, avec notamment l'obligation d'une prise en compte du contexte et d'un contact avec le médecin traitant, au même titre que pour des soins non programmés en présentiel.

En l'absence de médecin traitant désigné, il n'y a pas lieu de respecter un parcours de soins. On peut néanmoins, tout comme dans le cas précédent, proposer une prise en charge correcte, notamment un suivi du patient si besoin, le temps que l'organisation territoriale, garante de la qualité du suivi, réintègre le patient dans le parcours de soins comme il est écrit dans l'avenant.

Soulignons que la question de la pratique exclusive de la télémédecine soulève un problème de qualité des soins, évoqué par le Conseil de l'Ordre, mais qu'elle n'a pas de rapport avec un usage transgressif de l'avenant n°6.

Ainsi, il nous semble que la majeure partie des dérapages est liée au non-respect du parcours de soins, à l'absence d'articulation avec une organisation territoriale ou à ces deux causes réunies. En somme, ces dérapages sont liés au non-respect de l'avenant n°6.

Quoi qu'il en soit, la réglementation relative à la télémédecine a été modifiée par l'avenant n°8.

IV.B.2) L'avenant n°8

L'avenant n°8 a été signé par les syndicats et l'assurance maladie le 11/03/2020, soit au tout début de la crise sanitaire. Cette dernière n'a donc pas eu d'effet sur son élaboration. Il a fait l'objet d'un avis paru au *Journal Officiel* de 03/09/2020.⁹¹

2.a) Les mesures de l'avenant n°8

L'avenant n°8 garde la même articulation entre des mesures restrictives et des exceptions.

i) Les mesures restrictives

On voit apparaître une inflexion du discours. Le parcours de soins, s'il est toujours présent, se voit encadré par les notions de « *prise en charge de qualité* » et de respect des principes d'« *organisation du système de soins* ». Ces deux notions se retrouvent par deux fois dans le préambule de l'avenant, à quelques lignes de distance. Deux principes sont posés pour en permettre le respect : l'alternance et la territorialité.

L'alternance, c'est-à-dire la nécessité de pratiquer, pour un même patient, des téléconsultations et des consultations présentiels, était déjà présente dans les principes régissant le champ d'application de la téléconsultation de l'avenant n°6. Dans l'avenant n°8, elle est promue et figure dans un titre, aux côtés des notions de « *parcours de soins* » et de « *connaissance préalable* ». Notons que le paragraphe décrivant les principes qui régissent le champ d'application de la téléconsultation est entièrement réécrit, sans qu'il apporte le moindre changement, en dehors de la promotion du principe d'alternance et du fait que la notion de « *qualité* » des soins y figure deux fois au lieu d'une.

La notion de territorialité est présente à de nombreuses reprises, elle est qualifiée de territorialité de « *proximité* ». On la retrouve dans le préambule : « *une réponse par la téléconsultation doit être nécessairement organisée en proximité et s'appuyer sur des organisations coordonnées, mises en*

91 La partie relative à la télémédecine est consultable à l'annexe VII.

place par les médecins au sein de leurs territoires d'exercice ». Malgré une construction ambiguë de la phrase,⁹² on comprend que la proximité concerne à la fois l'organisation des téléconsultations (par les organisations territoriales) et la réalisation de ces dernières (le patient qui bénéficie d'une téléconsultation et le médecin téléconsultant doivent être géographiquement proches). L'article 26.6.1.12 indique bien que la proximité concerne l'acte de téléconsultation lui-même, et non pas seulement son organisation : « *la territorialité de la réponse à la demande de soins par la voie de la téléconsultation constitue un principe général s'appliquant tant aux téléconsultations organisées sur orientation du médecin traitant qu'aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant* ». Plus loin, il est écrit que « *les modalités de recours aux actes de téléconsultation [...] sont définies dans une logique d'ancrage territorial de proximité* ». Comme le principe d'« *alternance* », le principe de « *territorialité* » accède lui aussi au statut de titre : l'article 28.1.6.2 ne s'intitule plus « *la mise en place d'organisations territoriales pour le recours aux téléconsultations sans orientation par le médecin traitant* », mais « *l'organisation territoriale de la téléconsultation* ». Les organisations territoriales sont chargées d'organiser les téléconsultations pour l'ensemble des exceptions énoncées par l'avenant. Celles-ci sont en effet étendues.

ii) Les exceptions

L'avenant n°8 maintient toutes les exceptions au parcours de soins qu'avait prévu l'avenant n°6. Il en rajoute plusieurs :

- Les situations d'urgence
- Les patients en établissement pour personnes âgées dépendantes
- Les patients en établissement pour adultes handicapés
- Les détenus.

Dans ces situations, le médecin n'a pas besoin de connaître le patient et la téléconsultation doit être organisée dans le cadre d'une organisation territoriale.

La vocation des organisations territoriales à réintégrer les patients dans le parcours de soins est réitérée, à l'instar de l'avenant n°6.

En augmentant les restrictions et en élargissant les exceptions, l'avenant n°8 s'engage sur une voie nouvelle qui aboutit à des incohérences.

2.b) Les incohérences de l'avenant n°8

Les discussions préparatoires aux avenants entre syndicats de médecins et assurance maladie indiquent que cette dernière n'aurait pas les outils pour repérer et donc pour sanctionner les usages déviants de la télémédecine. En somme, aussi étonnant que cela puisse paraître, l'assurance maladie serait incapable techniquement de repérer les manquements au parcours de soins. C'est

⁹² Le groupe de mot « *en proximité* » étant une locution adverbiale, on pourrait entendre que la proximité concerne le fait d'organiser et non pas le résultat de l'action d'organiser c'est-à-dire la réponse par la téléconsultation.

pourquoi l'avenant n°8 a adjoint au parcours de soins le principe de territorialité, ce qui en infléchit beaucoup le sens et rend incohérent certaines mesures.

i) Du parcours de soins à la territorialité

La notion de territoire n'était pas absente de l'avenant n°6. Il s'agissait, dans le préambule et dans l'article 1er, d'« accompagner l'essor des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire ». Y était aussi promue la mise en place d'organisations dites « territoriales » dont l'une des missions est de faciliter l'accès aux soins de la population, en ayant recours si nécessaire à la télémédecine. Le principe restrictif de base était le parcours de soins, et celui-ci s'appliquait à tout le territoire national. Les organisations territoriales avaient pour but de réguler les cas où le parcours de soins ne pouvait s'appliquer.

Souhaitant interdire les pratiques abusives de la téléconsultation pratiquées par les plateformes commerciales, les signataires de l'avenant n°8 ont introduit le principe de territorialité de proximité. Ce dernier se voit renforcé par le principe d'alternance, rendant obligatoire une consultation présenteielle, difficile à réaliser hors proximité géographique.

Notons que ce principe de territorialité n'a pas de définition précise dans l'avenant. Quelle signification doit-on donc lui donner? La notion de territoire national, citée par l'avenant n°6, doit être écartée, ne serait-ce que parce que les principes de faciliter l'accès aux soins et d'accompagner l'essor des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire ont disparu de l'avenant n°8. Dans ce dernier, la territorialité est dite « de proximité » à plusieurs reprises. On repère aussi, dans le préambule, que la téléconsultation doit être mise en place par les médecins au sein de leur « territoire d'exercice ». De plus, la territorialité s'appuie sur les organisations territoriales de santé dont l'étendue géographique est réduite. Lors des débats préparatoires à la création de la CPTS Mulhouse-Agglomération, il a fallu batailler pour convaincre la tutelle que cette CPTS devait desservir l'ensemble de l'agglomération mulhousienne. En effet, cette agglomération dépassait en taille de population la taille jugée pertinente pour la création de telles organisations. Et si les CPTS sont vouées à être des structures desservant une zone de population réduite, que dire des maisons de santé ! C'est donc dans la conjonction de trois notions qu'il faut trouver le sens de la territorialité : la proximité, le territoire d'exercice du médecin et le territoire de l'organisation territoriale. Le territoire d'exercice, restreint par la proximité et la territorialité des organisations, confine à une micro-territorialité, géographiquement plus retreinte que le territoire d'exercice réel.⁹²

Or, découpage géographique n'est pas parcours de soins. Le parcours géographique des patients dans le parcours de soins dépasse largement le territoire de proximité. On peut par exemple adresser un patient à un spécialiste régional, voire national. Dans certains cas, on adresse même certains patients à l'étranger (nous connaissons deux structures de soins psychiatriques situées en Allemagne, près de la frontière, qui prodiguent des soins spécifiques que la sécurité sociale accepte

92 Il n'est pas sûr qu'une telle restriction géographique suffise à décourager les plateformes commerciales. Il suffirait qu'elles s'organisent en un réseau de médecins répartis sur tout le territoire national pour contourner cette mesure.

de prendre en charge). Il arrive aussi que des patients souhaitent garder leur psychiatre voire leur médecin traitant après avoir déménagé dans un autre territoire, s'il n'est pas trop éloigné.

La limitation géographique a une autre conséquence. Les signataires ont cru bon de limiter, en cas d'exception au parcours de soins (pas de médecin traitant ou absence de ce dernier), la téléconsultation à une téléconsultation strictement territoriale. C'est-à-dire que dans une région caractérisée par un manque de médecins, on va chercher parmi ces médecins des candidats à la téléconsultation. C'est évidemment absurde : si on ne trouve pas de candidat local à une consultation présentielle, on n'en trouvera pas plus pour une téléconsultation. De plus, dans le cas de soins non programmés en médecine générale (en cas d'absence de disponibilité du médecin traitant), ou de soins relevant d'un médecin traitant pour ceux qui n'en ont pas, la téléconsultation n'est probablement pas l'option à privilégier : les soins présentiels seront dans la majorité des cas plus adaptés, car ils permettent un examen physique. L'avenant précise que les organisations territoriales ont pour objectif de réintégrer le patient dans le parcours de soins. En somme, au cas improbable où on trouverait un médecin téléconsultant, cela ne constituerait qu'une courte diversion, l'organisation devra rapidement trouver une solution présentielle : autant chercher tout de suite dans cette direction ! En définitive, le seul intérêt de la téléconsultation dans les situations de carence d'offre de soin serait de pouvoir trouver des thérapeutes en dehors du territoire en question, dans des zones plus denses en médecins. Et c'est ce que l'avenant n°8 interdit.

L'interdiction d'une télémédecine extraterritoriale va de pair avec une autre limitation : celle de la téléconsultation pratiquée au quotidien par les médecins locaux, dans une vision de la téléconsultation comme pratique d'exception.

ii) Une pratique d'exception

On peut distinguer deux usages de la téléconsultation : un usage en pratique quotidienne et un usage destiné à pallier des carences du système de santé. L'avenant n°8 se fait l'écho des deux usages. L'adjonction, à la liste des exceptions aux principes restrictifs, des patients en établissement pour personnes âgées dépendantes, en foyer pour adultes handicapés et des détenus, témoigne d'un intérêt de la téléconsultation en pratique quotidienne. L'avenant précise que les établissements sus-cités sont souvent éloignés du domicile initial des patients. Ces mesures d'exception sont donc faites pour permettre au médecin traitant de pouvoir continuer à suivre ses patients éloignés admis dans ces établissements.

Il est d'autres raisons qui amènent à privilégier la téléconsultation dans ces situations. Les personnes qui y sont admises se déplacent difficilement : personnes âgées, détenus. Quant aux adultes handicapés, nous avons vu que le déplacement au cabinet du psychiatre les angoisse, et qu'une téléconsultation est mieux tolérée. En outre, ces établissements emploient en général des infirmiers qui peuvent assister le médecin durant la téléconsultation, ce qui augmente la qualité des soins. La téléconsultation permet aussi d'éviter au médecin des trajets coûteux en temps. Ces multiples raisons ont amené à proposer la téléconsultation comme une méthode adaptée pour le suivi de ces personnes. Pourtant, bien que ces téléconsultations, effectuées par le médecin traitant ou le spécialiste traitant, se déroulent dans le strict respect du parcours de soins, elles transgressent

la territorialité de proximité. C'est pourquoi il a fallu exiger qu'elles soient organisées dans le cadre d'une organisation territoriale. On comprend mal quel rôle l'organisation territoriale pourrait jouer dans l'organisation des consultations de pratique quotidienne du médecin traitant !

Les difficultés que pose l'avenant n°8 face à la téléconsultation avec des patients en institution se rapprochent de celles des patients suivis en présentiel et qui quittent la région : étudiants qui changent de ville, patients en itinérance, séjours professionnels dans une autre région ou à l'étranger. Dans ces cas, la téléconsultation permet d'assurer une continuité des soins. Mais le principe de territorialité interdit la téléconsultation chez ces patients.

Tout ceci témoigne d'une vision transgressive de la téléconsultation, quand bien même elle répond à tous les critères du parcours de soins et qu'elle est utilisée en pratique courante pour la patientèle habituelle du médecin. Cette vision d'une téléconsultation comme pratique d'exception va trouver son apogée avec l'avenant n°9.

IV.B.3) L'avenant n°9

Conclu le 30/08/2021 par les syndicats de médecin et l'assurance maladie et publié au *Journal Officiel* le 25/09/2021,⁹⁴ l'avenant n°9 prétend tirer les enseignements de la crise sanitaire qui a débuté en 2020. Cette dernière a favorisé le développement de la téléconsultation, qui permet de limiter les contaminations. La demande de soins pour covid-19 a été massive tandis que nombre de soignants ont été contaminés, ce qui a désorganisé la réponse à la demande. Dans ce contexte, les autorités ont mis en place, comme nous l'avons vu, de nombreuses dérogations aux pratiques habituelles en matière de téléconsultation. La crise a été l'occasion pour beaucoup de médecins de découvrir la téléconsultation. Parallèlement, l'activité de certaines plateformes commerciales a pu se maintenir, en surfant notamment sur les dérogations au parcours de soins, devenues plus nombreuses.

Toujours dans l'incapacité à réguler des pratiques contrevenant au parcours de soins, l'assurance maladie, en partenariat avec les syndicats de médecin, a poursuivi la logique de l'avenant n°8, portant un grave coup à la pratique de la télémédecine.

3.a) Les mesures de l'avenant n°9

L'avenant n°8 avait modifié l'avenant n°6, jugé trop permissif, en augmentant les contraintes à la pratique de la télémédecine tout en élargissant les exceptions. La méthode ne donnant pas satisfaction, on la réutilise dans l'avenant n°9. Quand la potion ne produit que des effets indésirables, on en donne deux cuillers au lieu d'une !

i) Les mesures restrictives

L'avenant n°9 garde intact le principe de territorialité de proximité. Il limite en revanche le volume d'actes de télémédecine que peut pratiquer un médecin conventionné à 20 % de son activité globale. Le texte précise que les 20 % concernent l'ensemble des actes de télémédecine, pris ici au

94 La partie relative à la télémédecine est consultable à l'annexe VIII.

sens des téléconsultations et des téléexpertises cumulées. Le non-respect de cette limitation expose les contrevenants à la récupération par l'assurance maladie des sommes indûment versées. En d'autres termes, au-dessus de 20 % d'actes de télémedecine (incluant téléconsultations et téléexpertises), les actes ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Parallèlement, la règle de la connaissance préalable disparaît. Or, cette règle signifiait que le patient devait être vu par le médecin téléconsultant au moins une fois par an. Ceci impliquait deux choses :

- le patient devait avoir eu une consultation présentielle avec le médecin moins d'un an auparavant;
- dans un intervalle de un an, le patient pouvait être vu en téléconsultation, autant que fois que la situation clinique le permettait.

La disparition de cette règle implique donc également deux choses :

- une consultation présentielle n'est plus exigée pour pouvoir pratiquer une première téléconsultation;
- la possibilité d'être vu en téléconsultation repose désormais sur la conjonction de trois conditions : limitation à 20 %, respect du principe de territorialité et respect du principe d'alternance. Nous verrons que ce trépied est beaucoup plus restrictif que la règle des un an.

ii) Des exceptions plus nombreuses

À l'instar de l'avenant n°8, l'avenant n°9 élargit la liste des exceptions : il en ajoute une. Il est permis de déroger au principe de territorialité pour les patients résidant dans des zones reconnues pour présenter une insuffisance d'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins, et ce, dans le cas où aucune organisation territoriale n'aurait organisé un service de téléconsultation tel que mentionné à l'article 28.6.1.2. de la convention.⁹⁵ Pour les téléconsultations de médecine générale, il faut en outre que le patient n'ait pas de médecin traitant désigné.

De plus, l'avenant n°9 prévoit, face aux difficultés d'accès aux soins, la mise en place, dès 2022, d'un « *Service d'accès aux Soins* » (SAS) chargé de répondre aux demandes de soins non programmés. Il s'agit des soins ressentis comme urgents par les patients mais ne nécessitant pas le recours aux services d'urgence. L'avenant précise que le régulateur du SAS peut proposer une téléconsultation extra-territoriale dans certaines conditions. L'article 2-1 de l'avenant autorise cette orientation extraterritoriale « *pour les téléconsultations de médecine générale et d'autres spécialités* », « *en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire* ». Il est précisé plus loin, dans l'article 3, que le SAS « *vise à assurer au patient, en cas d'indisponibilité de son médecin traitant et d'incapacité à trouver un autre rendez-vous médical sur le territoire, un contact unique dans sa demande de conseils ou de consultation lorsqu'il ressent le besoin d'un avis médical urgent.* » Le SAS doit alors

95 Notons que l'article 28.6.1.2 comporte une ambiguïté dans la caractérisation de l'absence d'organisation territoriale telle que mentionnée dans les exceptions. On peut y entendre :
soit l'absence d'une organisation territoriale sur le territoire,
soit l'absence d'une organisation territoriale sur le territoire ayant mis en place une organisation de la télémedecine en vue de répondre aux missions énoncées dans l'article.

« organiser une réponse aux demandes de soins dans la journée en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoire ». Il est précisé que ce dispositif a pour objectif de « désengorger les urgences ». Il faut donc réunir trois conditions pour que le régulateur du SAS puisse proposer une téléconsultation extra-territoriale :

- le médecin traitant doit être indisponible (on peut supposer que ce cas inclut le cas où le patient n'a pas de médecin traitant désigné);
- le régulateur agit hors des horaires d'ouverture de la permanence des soins ambulatoire;⁹⁶
- le régulateur ne trouve pas de rendez-vous médical sur le territoire.

En résumé, en l'absence d'organisation d'un service de téléconsultation par une organisation territoriale locale, ou sur orientation du régulateur du SAS, le patient pourra consulter un médecin téléconsultant sans la contrainte de la territorialité. Les autres contraintes continuent de s'appliquer : limitation à 20 % et principe d'alternance.

Selon nous, l'ensemble de ces mesures oriente la télémédecine dans une direction fâcheuse.

3.b) Le démantèlement du parcours de soins

L'avenant n°9 a selon nous pour effet d'empêcher le suivi des patients en pratique médicale courante, et la coordination des soins quand il s'agit de répondre à une carence d'offre de soins.

i) L'interdiction de la télémédecine en pratique courante

L'avenant n°9 garde de l'avenant n°8 une des limitations à la pratique de la téléconsultation : le respect du parcours de soins, qui est complété par le principe de territorialité dite de proximité et le principe d'alternance, ce qui limite fortement la téléconsultation d'un point de vue géographique.

Il crée une nouvelle contrainte : la limitation de l'activité de télémédecine à 20 % du volume d'activité globale. Il abandonne, de plus, la règle de la connaissance préalable. Cette règle, en vigueur jusqu'à l'avenant n°8, avait l'avantage d'être précise et difficilement contestable. Mais sa précision avait un revers. Si on interdit de pratiquer un acte de télémédecine avec un patient qu'on n'a pas vu en présentiel depuis un an, on autorise de fait la pratique de la télémédecine à une fréquence quelconque, pourvu qu'une consultation présentielle ait lieu une fois par an. Cela rendait possible des suivis réguliers de patients en téléconsultation. En l'absence d'une telle règle, le principe d'alternance devient le seul repère temporel. Ce dernier, en conjonction avec la limitation à 20 %, laisse entendre qu'une fréquence idéale serait de moins d'un acte de télémédecine pour quatre actes présentiels. La limitation en volume, associée aux principes d'alternance et de

96 La permanence des soins en médecine ambulatoire est organisée par les articles L.6314-1 et R6315-1 et suivants du Code de la santé publique. Elle s'exerce en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, tous les jours de 20 h à 8 h, les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h, et, selon les besoins de la population, le samedi après-midi et lors des ponts entre un week-end et un jour férié. Elle est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins.

territorialité de proximité, interdisent de fait le suivi des patients par téléconsultation, quand bien même ces suivis seraient strictement territoriaux et respectueux du parcours de soins.

Par ailleurs, dans une pratique strictement présenteielle de la médecine à recrutement territorial, il n'est pas rare de réaliser des consultations extraterritoriales. La téléconsultation pourrait parfois rendre de grands services dans ces cas, pour éviter des déplacements ou pour permettre une continuité des soins chez des patients en itinérance. Le principe de territorialité de proximité, mis en place dès l'avenant n°8, interdit ces téléconsultations.⁹⁷ Notons aussi que les exceptions au parcours de soins introduites par l'avenant n°8, dans les cas des établissements pour personnes âgées dépendantes ou pour adultes handicapés et pour les détenus, deviennent caduques puisque les suivis sont interdits.

Le portrait-robot du médecin pratiquant une télémédecine déviante qu'ont élaboré les signataires de l'avenant n°9 décrit parfaitement le psychiatre pratiquant la téléconsultation avec une patientèle locale dans le respect du parcours de soins :

- ce dernier dépasse la limite des 20 % puisque la pratique de la téléconsultation en a montré l'intérêt dans beaucoup de situations cliniques.
- Il pratique des suivis en téléconsultation, puisque les suivis réguliers, parfois à intervalles rapprochés, sont une des caractéristiques de cette spécialité.
- Il pratique des téléconsultations extra-territoriales, puisque qu'il s'efforce de proposer une continuité des soins, lorsqu'elle est utile, aux patients en itinérance.

En définitive, l'avenant n°9 interdit quasiment la téléconsultation en pratique courante, pratiquée dans le respect du parcours de soins. Il constitue aussi une entrave à la coordination des soins dans le cas de la réponse à la carence d'offre de soins.

ii) Une réponse à la carence d'offre de soins ?

Deux cas doivent être distingués au vu des avenants dans la réponse à la carence d'offre de soins :

- le cas où l'organisation territoriale locale a organisé une réponse de télémédecine à la carence d'offre de soins;
- le cas où une telle réponse n'est pas organisée.

Dans le premier cas, nous avons vu que l'avenant n°8 interdit le recours à une téléconsultation extra-territoriale même quand elle est organisée par une organisation territoriale. Ceci oblige ces organisations à trouver des médecins téléconsultant locaux, ce qui est justement impossible en cas de carence d'offre de soins. La limitation à 20 % de l'activité de télémédecine augmente encore la difficulté dans les spécialités qui se prêtent bien à la téléconsultation : les médecins utiliseront la téléconsultation pour leur clientèle propre et n'auront plus de marge pour prendre d'autres patients. L'autorisation d'une téléconsultation strictement territoriale pourrait tout au plus servir à

⁹⁷ Rappelons que dans son article 28.6.1.2, l'avenant n°8 dispose que « *la territorialité de la réponse à la demande de soins par la voie de la téléconsultation constitue un principe général s'appliquant tant aux téléconsultations organisées sur orientation du médecin traitant qu'aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant* ».

pallier l'inégalité de répartition des médecins à l'intérieur d'un même territoire ou entre deux territoires voisins selon l'interprétation qui sera faite de la notion de territorialité de proximité.⁹⁸ Il aurait fallu inverser le paradigme, et comprendre que pour les patients des zones caractérisées par une carence de l'offre de soins, c'est dans les régions plus dotées en médecins qu'il faut chercher les médecins téléconsultant. En autorisant les organisations territoriales à recruter hors de leur territoire, on aurait pu limiter un peu l'inégalité de répartition des médecins, tout en régulant la pratique de la téléconsultation par les organisations. Au contraire, les signataires de l'avenant n°9 ont maintenu l'interdiction de l'extraterritorialité régulée par les organisations territoriales et ont permis une exception à la territorialité hors de tout contrôle par ces organisations.

En l'absence d'organisation d'une réponse à la télémédecine par une organisation territoriale locale, l'avenant n°9 prévoit une exception à la règle de la territorialité : les téléconsultations pourront donc être réalisées hors territoire.⁹⁹ En l'absence de médecin traitant, ces téléconsultations se feront en dehors de toute coordination et de tout contrôle ! Dans le cas où le patient a un médecin traitant, ce dernier aura la charge d'orienter son patient vers un médecin téléconsultant hors territoire. S'il pourra veiller à la qualité de soins, il devra trouver un médecin téléconsultant sans l'appui d'une organisation territoriale. Il est paradoxal qu'on interdise aux organisations territoriales d'organiser des téléconsultations extra-territoriales, et qu'on autorise ces téléconsultations sans coordination, en laissant au médecin traitant la tâche d'organiser lui-même des téléconsultations régionales voire nationales. Notons encore que pour ces téléconsultations autorisées en exception au principe de la territorialité, les autres contraintes de l'avenant n°9 s'appliquent, à savoir la règle des 20 % et le principe d'alternance. Là encore, les suivis ne sont pas permis du fait du principe d'alternance, et la règle des 20 % constitue une limite sérieuse aux médecins disposés à répondre à de telles demandes extra-territoriales. Ces exceptions risquent donc de n'être ni efficaces pour répondre à la carence de l'offre de soins, ni susceptibles d'être organisées efficacement.

Reste à considérer le cas de l'orientation vers une téléconsultation hors territoire par le régulateur du Service d'accès aux soins (SAS). Les mesures relatives au régulateur du SAS impliquent une organisation des soins puisque la création du SAS suppose la mise en place de protocoles, de

98 Certaines régions côtières se caractérisent par des médecins en surnombre en bord de littoral et un désert médical à distance de la côte. On peut citer aussi des régions comportant des vallées enclavées.

99 Rappelons le paragraphe intitulé « *Exceptions et aménagements* » de l'article 2-1de l'avenant n°9 : « *Par exception également, l'exigence du respect du principe de territorialité pour recourir à la téléconsultation ne s'applique pas pour les patients résidant dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du Code de la santé publique dans les cas mentionnés ci-dessous :*

- *pour les téléconsultations de médecine générale :*
 - *pour les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné;*
 - *et en l'absence d'organisation territoriale telle que définie à l'article 28.6.1.2.*
- *pour les téléconsultations d'autres spécialités :*
 - *en l'absence d'organisation territoriale telle que définie à l'article 28.6.1.2.*

Pour les téléconsultations de médecine générale et d'autres spécialités, il peut également être dérogé à l'exigence du respect du principe de territorialité, lorsque le patient est orienté par le régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire ».

parcours de soins élaborés à l'avance. En revanche, le SAS n'intervient qu'en réponse à des soins non programmés, dans des horaires restreints. Il n'est pas question de suivi ici, mais de réponse rapide et ponctuelle à des demandes urgentes lorsque le système de soins n'est pas à même d'y répondre.

En résumé, les mesures de l'avenant n°9 interdisent la pratique d'une téléconsultation territoriale ou extra-territoriale respectueuse du parcours de soins, et s'avèrent inefficace en cas de réponse aux carences de l'offre de soins, en dehors de réponses ponctuelles dans les soins non programmés. On peut se demander quelle logique a poussé les signataires des avenants à choisir de telles mesures dans le contexte actuel de notre système de santé.

IV.C La logique des avenants

Le choix d'interdire la télé médecine de pratique courante et de la réduire à une technique de réponse aux carences de l'offre de soins sans lui en donner les moyens relève selon nous de plusieurs causes.

IV.C.1) Une vision médicale étroite

L'une des causes est sans doute que les signataires ont pris comme modèle une pratique de la médecine où l'examen physique est la plupart du temps indispensable. La pratique habituelle de la médecine générale, ou de nombre de spécialités médicales, s'accorde mal avec un grand nombre de consultations à distance. Il existe une méconnaissance par les signataires des nombreuses indications que peut avoir la téléconsultation, et le fait que son intérêt peut-être très différent selon les disciplines ou les contextes.

La psychiatrie se prête particulièrement bien à la téléconsultation, nous avons vu plus haut qu'il existe de larges indications dans l'intérêt des patients. Rappelons qu'un examen physique peut être nécessaire dans une consultation psychiatrique, mais que la plupart du temps il ne l'est pas, que le suivi des patients nécessite souvent des consultations régulières et sur le long cours. Il est courant de voir un patient une ou deux fois par semaine pendant plusieurs mois, ou de suivre des patients tous les mois ou les quelques mois pendant des années. Dans les situations aiguës, il est fréquent de revoir les patients à intervalles très courts, parfois plus de deux fois par semaine, jusqu'à ce qu'ils aillent mieux. De plus, les psychothérapies sont habituellement réalisées dans un cadre stable : même environnement, même thérapeute. L'alternance de consultations présentielles et distancielles a peu d'intérêt en psychiatrie en dehors des situations d'exception (maladie infectieuse, urgence...). Notre expérience indique de surcroît qu'il est difficile pour le psychiatre d'alterner dans une même journée des consultations présentielles et à distance, ces deux techniques obéissant à des logiques temporelles différentes. Tout ceci s'accorde très mal avec la dynamique mise en place par les avenants, qui est celle de consultations de télé médecine ponctuelles. Les suivis psychiatriques au long cours ne s'accordent d'ailleurs pas bien non plus avec la nécessité d'envoyer un compte-rendu à chaque consultation comme le demande explicitement la réglementation. Les suivis réguliers, qui sont l'une des activités les plus fréquentes de notre métier, sont hors du champ

des avenants. Or, l'expérience acquise depuis mars 2020 indique que des suivis réguliers sont possibles en téléconsultation chez beaucoup de patients, qu'ils sont efficaces et reconnus comme tels par les patients.

Le cas des établissements accueillant des personnes âgées, des adultes handicapés ou des détenus sont d'autres exemples de l'intérêt des téléconsultations en pratique quotidienne. Certaines pratiques médicales sur-spécialisées peuvent aussi, lorsqu'elles ne nécessitent pas d'examen du patient et ont un rayonnement régional voire national, donner lieu à de nombreuses téléexpertises.¹⁰⁰ Dans ces cas aussi, la limite des 20 %, incluant aussi les téléexpertises, n'est pas adaptée.

IV.C.2) L'incapacité de l'assurance maladie

Comme nous l'avons vu, une des causes majeures de la modification de l'avenant n°6 est l'incapacité de la caisse d'assurance maladie à repérer les pratiques déviantes de la télémédecine. Faute de pouvoir repérer les manquements au parcours de soins, l'assurance maladie se voyait contrainte de rembourser des actes médicaux non conformes à l'avenant n°6.

On s'étonne de l'impuissance de la caisse en matière de traitement de données, à l'heure où on soumet les médecins à des contraintes énormes dans le domaine du numérique : contraintes de sécurité, de performances, utilisation de logiciels agréés, nécessité de pouvoir contrôler son taux de dépassement pour les médecins adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), et bientôt nécessité de pouvoir contrôler le pourcentage de téléconsultation et de téléexpertises cumulées. Manifestement, la caisse est moins exigeante envers elle-même qu'envers les médecins !

Faute de pouvoir repérer les manquements au parcours de soins, les signataires des avenants ont trouvé le coupable : le parcours de soins, et donc les médecins qui en sont le centre.

IV.C.3) Le parcours de soins en disgrâce

Les principes de territorialité, d'alternance et la limitation à 20 % sont venus, dans les avenants n°8 et 9, renforcer la limitation de la téléconsultation par le parcours de soins qu'avait posée l'avenant n°6. Il en résulte, nous l'avons vu, la quasi-interdiction de la téléconsultation en pratique courante, quand bien même elle respecterait le parcours de soin. On peut donc affirmer que la territorialité, l'alternance et la limitation à 20 % se sont substituées au parcours de soins.

Le parcours de soins est un parcours logique, organisé par le médecin traitant. La consultation présentielle traditionnelle obéit à une logique centrée sur le médecin, tandis que la téléconsultation obéit dans l'avenant n°9 à une logique géographique et statistique indépendante du médecin traitant. Le point faible du parcours de soin, pour les signataires de l'avenant n°9, c'est le médecin traitant lui-même ! Ce dernier est considéré comme un délinquant en puissance, à l'instar de ceux qui, dans leur pratique de la téléconsultation, transgressent allègrement, avec ou sans plateforme commerciale, les règles du parcours de soins.

¹⁰⁰ Il peut s'agir par exemple de médecins sur-spécialisés dans des domaines restreints d'anatomopathologie.

En matière de réponse à l'offre de soins, nous avons souligné un paradoxe de l'avenant n°9 : il cherche à répondre au problème de l'insuffisance de l'offre de soin en favorisant l'extraterritorialité en dehors de toute régulation par les organisations territoriales, tout en entravant l'action de ces dernières. On cautionne l'usage de la téléconsultation extraterritoriale dans les situations de soins non programmés, donc hors du parcours de soins. On en interdit l'usage extra-territorial aux organisations territoriales qui auraient pu organiser ou aider les médecins locaux à organiser un parcours de soin. Or, les organisations territoriales sont composées de professionnels de santé. Seraient-elles donc aux yeux des signataires aussi suspectes que les médecins traitants garants du parcours de soins ?

Qu'en est-il alors des services de téléconsultation mis en place par les CPTS en collaboration avec les médecins du territoire, comme ceux de la région de Saint-Dizier (voir p.52) ? La limitation à 20 % du volume suffit déjà à les rendre non conformes à l'avenant n°9. Et il faudra, dans les discussions à venir entre syndicats et assurance maladie, ajouter une n-ième exception à l'avenant pour permettre leur maintien.

Faute d'interdire de façon spécifique les pratiques déviantes, les signataires de l'avenant n°9 ont désigné le parcours de soins comme le grand responsable des dérives survenues depuis 2018. Le parcours de soins a donc de fait disparu des principes de régulation de la télémédecine. Mais un autre coupable des dérives a été trouvé : la télémédecine elle-même.

IV.C.4) La télémédecine : une mauvaise pratique

Les signataires des avenants ont interdit la pratique usuelle de la télémédecine. Elle est désignée de fait comme une technique aux indications et à l'intérêt thérapeutique limités, transgressant les règles d'un acte médical de qualité, qu'on cantonne donc à une place accessoire. Au lieu de définir les pratiques transgressives de la télémédecine, on a désigné la télémédecine elle-même comme déviante. Cette métonymie vient en écho à la mauvaise opinion dont souffre la télémédecine auprès de nombreux professionnels.

Est paru dans *Le Quotidien du médecin*, en avril dernier, un article concernant la plainte d'une famille à la suite du décès d'un patient.¹⁰¹ Selon les dires du *Quotidien*, la famille aurait rapporté le décès à un mauvais diagnostic en lien avec une téléconsultation. S'il est normal de s'interroger dans ces cas sur l'ensemble des circonstances qui ont amené au décès, la téléconsultation faisant partie de ces circonstances, on constate que, parmi les nombreuses plaintes qui surviennent aujourd'hui, ce cas est médiatisé. La lecture des commentaires indique que la télémédecine possède une image déplorable auprès de beaucoup de professionnels de santé qui la considèrent comme une pratique dangereuse et qui lui attribuent la responsabilité de l'erreur diagnostique présumée.¹⁰²

101 *Le Quotidien du médecin*, 26/4/2021, https://www.lequotidiendumedecin.fr/teleconsultation-une-famille-porte-plainte-pour-homicide-involontaire-et-relance-le-debat-sur-la?xtor=EPR-1-%5BNL_editionnumerique%5D-%5B20210426%5D&utm_content=20210426&utm_campaign=NL_editionnumerique&utm_medium=news

102 Jean-jacques, Médecin ou Interne, *Le Quotidien du médecin*, le 12/05/2021 à 11:07 : « Une télé-consultation, c'est comme aller chercher sur internet un diagnostic en face de symptômes ; la valeur ne vaut pas tripette !!! C'est donc une source majeure d'erreur et donc de plaintes !! Modèle à détruire !! »,

En psychiatrie, les idées reçues sur les contre-indications de la téléconsultation, véhiculées par des professionnels dont certains font autorité, telle la Conférence des présidents de Commissions Médicales d'établissements des Centres hospitaliers spécialisés, renforcent ce climat de défiance.¹⁰³ Les interrogations sur les limites de la télémedecine dans certaines situations (risque suicidaire, agitation, états délirants) sont légitimes, mais on oublie qu'elle peut aussi être parfois plus efficace qu'une consultation présentielle dans ces mêmes situations, comme nous l'avons montré plus haut.

Si la télémedecine possède une mauvaise réputation en tant que technique de soins auprès de professionnels de santé eux-mêmes, elle risque d'être mal appréciée par la justice. La crainte d'une procédure est probablement ce qui fait que, comme nous l'avons indiqué plus haut, tel dermatologue voit systématiquement les patients pour lesquels le médecin généraliste sollicite un avis en lui transmettant une photographie d'une lésion cutanée. Selon ce dernier, les diagnostics du dermatologue sont toujours justes, et la consultation présentielle n'a probablement pour but que de rassurer le dermatologue sur le plan juridique.

Les signataires de l'avenant auraient-ils été clairvoyants en envoyant un signal d'avertissement aux professionnels de santé ? L'avenant n°9 nous signifie que notre société n'est pas prête à accepter la télémedecine comme outil de soin, que la télémedecine doit être vivement déconseillée et que ceux qui la pratiqueront le feront à leurs risques et périls.

Vue médicale étriquée, incapacité à réguler, parcours de soins en disgrâce entraînant avec lui les médecins et les organisations territoriales, mauvaise opinion : que reste-t-il à la téléconsultation comme modèle sur lequel s'appuyer ?

IV.C.5) Le retour au présentiel

Le parcours de soins aurait pu être pris comme modèle pour élaborer une régulation de la télémedecine qui soit à la fois utile aux patients et au système de soins. Nous proposeront plus loin quelques pistes dans ce sens. Ce n'est pas ce qui a été fait. La régulation de la télémedecine par les avenants, c'est le retour au présentiel au sens littéral.

Avant l'ère du numérique, on n'adressait pas sans raison valable un patient à un thérapeute dans une autre région, puisque le patient devait s'y déplacer physiquement. C'est ainsi que la territorialité s'est instituée naturellement comme une règle de fonctionnement du système de soins. En retournant le paradigme et en posant la territorialité comme un fondement de la téléconsultation, on s'assure que des professionnels indécents n'iront pas proposer leurs services

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/teleconsultation-craignez-vous-lerreur-de-diagnostic>.

103 « Des recommandations internationales ont aussi montré l'intérêt de la télé-psychiatrie pour disposer d'avis spécialisés en urgence ou quand le déplacement du patient et/ou du praticien est impossible (distance géographique, désert médical, absence de spécialiste, EPHAD...). Elles en ont aussi réduit le périmètre au regard de la symptomatologie du patient, par exemple en cas d'agitation, le niveau de risque notamment suicidaire, l'absence de possibilité de suivi sur le site primaire du patient, l'annonce diagnostique ou encore les pathologies susceptibles de s'aggraver avec les nouvelles technologies tels que les états délirants. », Conférence des présidents de Commissions médicales d'établissements des Centres hospitaliers spécialisés, La télé-psychiatrie en période COVID-19 : un outil d'appui aux soins en psychiatrie publique, 24/04/2020.

sur tout le territoire national, et on renvoie les patients dans le cabinet du médecin. Plus besoin pour la caisse d'assurance maladie de repérer les tricheurs. Les méthodes éprouvées sont les meilleures : la téléconsultation de demain, c'est le présentiel !

Mais ce repli vers les traditions n'est pas sans conséquences, tant sur la pratique courante que sur l'organisation de notre système de santé.

IV.D Avenir et perspectives

Les patients qui ont découvert avec intérêt la télémédecine vont réintégrer le cabinet des psychiatres. Et la télémédecine sera limitée à venir au secours du système de santé : il n'est pas sûr ce soit efficace.

IV.D.1) Le retour des patients dans les cabinets

Peu de choses vont changer pour les médecins qui n'ont pas utilisé la téléconsultation depuis la crise sanitaire, ou pour ceux qui en ont eu un usage accessoire : il est peu probable que les mesures restrictives mises en place les incitent à utiliser davantage la télémédecine. Pour les autres, qui l'avaient intégré dans leur pratique courante, c'est le grand retour en arrière. Il faut rediriger les patients vers les consultations présentiels. Si certaines spécialités où l'examen clinique est essentiel en seront peu impactées, ce n'est pas le cas d'autres domaines, dont la psychiatrie. Le reflux des patients vers le cabinet des psychiatres qui ont eu un usage clinique de la téléconsultation a déjà débuté, ce qui suscite diverses remarques.

1.a) La fin de la pandémie pour les libéraux

L'usage de la télémédecine s'est développé de façon considérable à partir du premier confinement, la télémédecine a rendu de grands services sur le plan sanitaire. Mais cette période de développement provoquée par la pandémie est terminée. Une pseudo-normalité s'installe, dans une politique d'abandon des gestes barrière et de circulation virale. Les patients retrouvent les cabinets libéraux comme avant la crise, le masque en plus.

1.b) Un usage clinique limité

Dans une optique considérant qu'un acte médical de qualité nécessite toujours un examen physique, les signataires de l'avenant n°9 ont restreint l'usage de la télémédecine à des actes ponctuels, réservés à des situations médicales particulières compatibles avec une technique désignée de fait comme bas de gamme.

Paradoxalement, puisque la pratique de la télémédecine est découragée, on en sera réduit à utiliser, dans les relations distantes avec les patients, la bonne vieille méthode traditionnelle : le téléphone ! Nous en avons décrit plus haut les limites. Ce repli vers la gestion téléphonique des rapports à distance ne semble pas gêner beaucoup les signataires de l'avenant n°9.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Le retour à l'usage du téléphone n'est pas le seul exemple d'un repli traditionaliste. La multiplication des médicaments inscrits sur ordonnance sécurisée, avec pour corollaire l'augmentation des prescriptions manuscrites

Il sera possible d'avoir recours à une téléconsultation de façon ponctuelle (patient loin de son domicile, contagieux...). Mais les suivis qui sont, nous l'avons vu, l'une des bases de notre métier, sont interdits par les avenants. De même, les restrictions territoriales excluent d'utiliser la téléconsultation dans des situations où elle aurait pu être utile.¹⁰⁴

La limitation à 20 % peut s'entendre comme une limitation globale, laissant au praticien le droit de s'écarter de cet idéal dans certains cas particuliers, s'il suit le principe général. Mais c'est la caisse d'assurance maladie qui aura l'initiative de décider dans quels cas le principe n'est pas respecté. En cas de dépassement des 20 % en volume, la règle est claire, le redressement du contrevenant ne sera pas contestable. Mais qu'en est-il si l'on suit quelques patients majoritairement par télémedecine tout en ne dépassant pas la proportion globale de 20 % d'actes de télémedecine ? La caisse aura le loisir de laisser faire ou de contester. Dans ce cas, la défense risque d'être difficile, il faudra prouver que les actes de télémedecine étaient indispensables par rapport aux actes présentsiels, et encore il n'est pas sûr qu'une telle défense soit entendue. L'intérêt, pour la tutelle, de la régulation par un principe, c'est qu'on peut laisser se dérouler tout un ensemble de pratiques, et les sanctionner, ou pas, selon son bon vouloir. Avec la connaissance préalable du patient, on autorisait presque tout, avec le principe d'alternance, on peut presque tout sanctionner.

1.c) Le quota en question

L'expérience de ceux ayant beaucoup pratiqué la téléconsultation indique que si on entend proposer des suivis à tous ceux pour lesquels elle serait utile, il faudra choisir parmi les patients pour être en dessous des 20 %. Pour quels patients privilégier les téléconsultations ? Évidemment, pour ceux qui le nécessitent le plus et qui le demandent.¹⁰⁶ Il faudra aussi prendre en compte les téléconsultations occasionnelles, qui ont aussi des indications en psychiatrie, par exemple pour les patients atteints de pathologie contagieuse ou temporairement hors de leur domicile.

La limitation à 20 % du volume d'activité en télémedecine pose d'autres problèmes. Il faudra faire des calculs pour ne pas dépasser le quota. Il est difficile de savoir en temps réel quelle proportion de patients sont vus en présentiel ou en téléconsultation. Beaucoup de logiciels de feuilles de soins électroniques n'ont pas la fonctionnalité de produire les pourcentages d'activité par type de consultation. Dans ces cas, il faudra faire les calculs à la main. De plus, les modes de calcul de la CPAM sont opaques aux médecins¹⁰⁷. Il faudra donc s'assurer de rester très en-deça des 20 % pour ne pas risquer d'être sanctionné financièrement.

en toutes lettres, en est un autre exemple.

104 Citons un nouvel exemple : il arrive de temps à autre qu'un patient d'une région voisine vienne consulter un psychiatre libéral, parfois après qu'on lui a conseillé de consulter ce praticien, parfois pour ne pas consulter dans sa zone d'habitation pour des raisons de confidentialité (soignants, personnes travaillant dans l'administration de la santé). La téléconsultation est exclue pour ces patients !

106 Rappelons notamment le cas des patients handicapés ou malades pouvant difficilement se déplacer, des patients du territoire habitant dans des zones reculées ou n'ayant pas de moyen de locomotion, des patients en itinérance, des patients atteints de phobies graves, des patients en institution que la télémedecine rassure.

107 Et aux employés de la CPAM eux-mêmes selon notre expérience.

En outre, pour pratiquer des téléconsultations avec aisance, pour en connaître les limites et les intérêts, pour pouvoir réagir de façon pertinente en cas d'urgence, il faut en pratiquer beaucoup. Il n'est pas sûr que la limite de 20 % de l'activité globale suffise à acquérir suffisamment d'expérience. Pour reprendre à notre compte l'argumentation du Conseil National de l'Ordre, pratiquer des téléconsultations à moins de 20 % de son activité globale ne risquerait-il pas d'aboutir à une insuffisance professionnelle lors de la pratique des téléconsultations ? ¹⁰⁸

Il n'est pas habituel qu'une technique médicale soit limitée en volume. On ne limite pas (pour le moment...) le nombre de suivis psychothérapeutiques qu'un psychiatre peut effectuer en pourcentage du volume de ses consultations globales. On voit même des médecins se sur-spécialiser et ne pratiquer que dans un domaine du champ de leur spécialité. En psychiatrie, certains psychiatres se spécialisent par exemple dans un certain type de psychothérapie (TCC, psychodynamique...), quand d'autres au contraire orientent les patients vers des confrères lorsqu'une psychothérapie est jugée utile. La courte expérience de la télémédecine indique déjà que des médecins adressent préférentiellement certains patients à tel praticien connu pour pratiquer les prises en charge à distance. Il en est de même des patients, qui indiquent parfois d'emblée chercher un thérapeute qui pratique la téléconsultation notamment pour des raisons d'accès aux soins. Or, les autorités considèrent de fait qu'il n'y a pas d'indication préférentielle de la télémédecine, que les motifs d'accès aux soins ne sont pas des motifs valables pour encourager son développement. Ou tout du moins estiment-ils que la proportion de patients devant en bénéficier est inférieure à 20 % et que ces 20 % doivent être répartis entre les différents professionnels de santé. La limite des 20 % est bien sûr arbitraire et témoigne d'une vision statistique actuellement en vogue. ¹⁰⁹

De plus, il est douteux que des professionnels de santé débutent une activité de télémédecine s'ils ne l'ont pas fait alors qu'ils y étaient fortement incités par la situation sanitaire de 2020. Cet accélérateur qu'a été la pandémie à coronavirus a créé trois groupes de psychiatres parmi ceux qui ne pratiquaient pas la télémédecine auparavant : ceux qui l'ont beaucoup pratiquée et entendaient continuer, ceux qui l'ont pratiquée un peu et qui ont maintenu cette activité à une fréquence faible (bien en deçà des 20 %), et ceux qui ne l'ont pas pratiquée et qui très probablement ne la pratiqueront pas. Souhaitant interdire à ceux qui la pratiquent beaucoup de continuer ainsi, peut-être a-t-on voulu inciter ceux qui ne la pratiquent pas à s'y mettre ? C'est évidemment totalement illusoire pour une technique dont on connaît la mauvaise réputation auprès d'une partie des professionnels de santé.

108 Il y a quelques années, lorsque des maternités et autres hôpitaux périphériques ont été fermés, l'un des arguments des autorités était que ces structures faisaient peu d'actes, et qu'à ce titre, des soins de qualité ne pouvaient s'y dérouler. Cet argument ne semble pas valoir pour la téléconsultation ! Les autorités utilisent les arguments au gré de leur intérêt politique.

109 La CPAM aujourd'hui entend sanctionner les médecins dont la pratique s'écarte d'une valeur moyenne. Ainsi, on reprochera à tel praticien de prescrire plus d'arrêts maladie que la moyenne de ses confrères, sans considérer le bassin de population qu'il dessert. Il est évident qu'on prescrira plus d'arrêt maladie dans un bassin de population active sur le plan professionnel que dans une zone où le chômage est important.

La parenthèse d'une téléconsultation utilisée en pratique quotidienne se referme. On peut y voir le souhait d'un retour vers un système antérieur rassurant, mais aussi le signe d'une évolution inquiétante de notre système de santé.

IV.D.2) Au chevet du système de santé

Notre système de santé souffre de divers maux, dont une difficulté croissante d'accès aux soins. Malgré le coup de frein sévère porté à son usage, les signataires des avenants n'ont pas renoncé à tenter d'utiliser la télémédecine pour pallier ces difficultés.

2.a) Un système de santé en mauvaise santé

L'accès aux soins est un problème majeur de notre système de santé actuel, les avenants l'ont tous souligné.

i) La démographie médicale

Il existe un vieillissement de la population médicale et des disparités interrégionales qui s'aggravent dans la répartition de la densité médicale, comme l'indique l'étude par l'Ordre national des médecins de la démographie médicale.¹¹⁰ Ceci est vrai tant pour la médecine générale que pour les spécialités médicales et chirurgicales. On constate notamment une métropolisation pour tous les médecins, un attrait pour les zones possédant un centre hospitalo-universitaire pour les spécialistes, un déficit démographique qui s'est accentué dans les zones les moins dotées.¹¹¹ Ces disparités se retrouvent dans la région Grand-Est. L'Agence Régionale de Santé du Grand-Est a publié sur son site¹¹² des diagnostics territoriaux sur des données de 2016. Il existe de grandes disparités de densité médicale en fonction des territoires, tant pour les généralistes que pour les spécialistes. Un calcul simple à partir des données fournies indique une densité de psychiatres de 33 pour 100 000 habitants dans le territoire GHT 10 (Strasbourg Haguenau) et de 6,1 dans le territoire GHT 12 (Mulhouse Saint-Louis). La densité chute à 4,4 dans le territoire GHT 9 (Moselle est).¹¹³

110 Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2021, CNOM, p. 3. L'atlas est consultable ici :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf

111 Pour les généralistes, l'Ordre note une attractivité majoritaire pour les départements situés sur la bordure Atlantique, les DOM TOM et une frange Est de la région Auvergne-Rhône-Alpes, et la poursuite depuis une dizaine d'années d'une dynamique de métropolisation. Pour les spécialités médicales et chirurgicales, l'Ordre constate une métropolisation et une attractivité des zones possédant un centre hospitalo-universitaire. CNOM, Atlas de la démographie médicale en France, situation du 1er janvier 2021, *op.cit.*, p. 57 pour les généralistes, p. 70 et 81 pour les spécialistes, pp. 64-65 pour l'évolution des densités.

112 <https://www.grand-est.ars.sante.fr>.

113 De nouvelles données viennent d'être publiées par l'ARS. En 2018, la répartition des psychiatres libéraux du Haut-Rhin était la suivante : 25 à Mulhouse, 8 à Colmar, 3 à Guebwiller, 1 à Saint-Louis, 1 à Altkirch. Le diagnostic territorial est téléchargeable sur cette page : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/projets-territoriaux-de-sante-mentale-2>.

Les difficultés d'accès aux soins sont manifestes dans de nombreuses régions, dont la nôtre, avec des patients ne trouvant plus de médecin traitant. La psychiatrie n'est pas mieux lotie, et nous constatons quotidiennement notre incapacité à faire face à la demande de consultations.

ii) La distance entre le patient et son médecin

En plus des problèmes d'effectif, on observe des changements dans les habitudes des médecins et dans l'organisation des soins. Les jeunes médecins sont moins enclins à travailler autant que leurs aînés et à être disponibles pour leurs patients 7 jours sur 7. L'éloignement des médecins de leurs patients est une évolution actuelle qu'on constate dans le développement des plateformes de rendez-vous. Au lieu d'une secrétaire médicale, le patient entre en contact téléphonique avec une professionnelle des standards téléphoniques qui ne connaît rien à la médecine (c'est tout du moins l'impression qu'on en retire) et qui gère les rendez-vous de plusieurs médecins sans connaître aucunement ses patients. Comme nous l'avons vu, certains médecins ne répondent plus à leurs patients par téléphone, et beaucoup ne permettent plus aux patients de laisser des messages téléphoniques.

Il existe une augmentation de la pratique en cabinets de groupe, ce qui fait que les patients ne voient pas toujours le même médecin. Les médecins généralistes ne sont parfois plus à même à prendre en charge les soins non programmés. On note aussi un recours accru aux urgences hospitalières pour des situations n'en relevant pas, problème soulevé par l'avenant n°9 et auquel il se propose de tenter de remédier notamment par la mise en place du Service d'Accès aux Soins.

En définitive, le parcours de soins est menacé par l'insuffisance du nombre de médecins généralistes et spécialistes par rapport à la demande, par un éloignement des médecins de leurs patients et par une fragmentation de leur prise en charge. Les avenants permettront-ils d'améliorer cette situation ?

2.b) L'accès au médecin

Nous avons constaté que la téléconsultation et l'usage du numérique permettait dans certains cas au patient d'avoir un accès plus rapide et plus efficace au médecin. Une intervention téléphonique, si elle n'est pas un simple conseil, peut parfois être avantageusement remplacée par une téléconsultation, par exemple pour l'analyse d'une situation complexe en vue d'une modification du traitement, pour une intervention chez un patient anxieux qui nécessite du temps... Ces téléconsultations pourront être réalisées dans le cadre des avenants, puisque ce sont des actes ponctuels et non des suivis, à condition d'avoir fait en sorte de ne pas approcher la limite des 20 %.

En revanche, les avenants ne vont pas aider les patients ayant des difficultés pour se déplacer au cabinet. Ils devront se débrouiller pour venir en présentiel, certains en VSL aux frais de la sécurité sociale.

Notons que tandis qu'on élabore des avenants qui limitent l'usage de la télémédecine, les autorités ont fait appel, pour la gestion des rendez-vous de vaccination contre le coronavirus, à des

plateformes numériques de rendez-vous médicaux, leur accordant une immense publicité.¹¹⁴ On encourage donc une utilisation du numérique qui éloigne médecins et patients.

Comme nous l'avons vu, les avenants mettent en place une téléconsultation dont le seul usage est de prodiguer des réponses ponctuelles. On soutient donc une orientation fâcheuse de notre système de santé : la fragmentation des suivis, la distance entre patients et médecins, la gestion de la santé des patients par des réponses ponctuelles.

2.c) Le coût de la télémédecine

Dans son rapport d'octobre dernier, la Cour des comptes évoque l'effet d'aubaine qu'a pu entraîner le remboursement des consultations téléphoniques, propos appuyé par les résultats d'une enquête.¹¹⁵ Il n'est sans doute pas souhaitable de facturer à l'assurance maladie de simples conseils téléphoniques, ou des réponses brèves à des situations cliniques même urgentes. Ces actes ne constituent pas un soin, rappelle la Cour des comptes. Toutefois, pour des médecins surchargés, ces réponses téléphoniques constituent un surcroît de travail auquel un certain nombre renoncent, comme nous l'avons vu, en refusant de répondre au téléphone.

Cette même Cour craint que la télésanté ne s'installe « *comme une modalité supplémentaire de réalisation des actes* » et qu'il y a lieu « *d'en encourager un usage sélectif* ». ¹¹⁶ En d'autres termes, l'usage de la téléconsultation en pratique quotidienne risque de créer une offre de soins supplémentaire qui viendra s'ajouter inutilement à l'offre de soins présente, augmentant le nombre des actes. C'est sans doute vrai pour une téléconsultation pratiquée hors du parcours de soins et hors coordination, comme nous l'avons vu notamment avec l'émergence des plateformes commerciales. Un tel usage de la téléconsultation constitue une offre de soins supplémentaire et inutile. A ce titre, les dépenses qu'elle occasionne ne sont pas justifiées et n'ont pas à être remboursées par l'assurance maladie. Mais, pratiquée en coordination et dans le respect du parcours de soins, la téléconsultation ne s'ajoute pas à l'offre présente : elle la remplace dans certains cas. Elle est une modalité supplémentaire qui rend service à certains patients et pas à d'autres. Dans les régions caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins, ajouter une téléconsultation à son planning suppose qu'on enlève une consultation présente.

Le surcoût qu'on peut attendre est celui d'actes médicaux véritables qui sont jusqu'à présent non remboursés, telles des consultations téléphoniques de longue durée qui ne sont pas de simples conseils, et qui sont effectuées gratuitement par certains médecins. La Cour des comptes souligne dans son même rapport, à propos des expérimentations de télésurveillance à partir de 2018, que la facturation à l'assurance maladie des actes de télésurveillance n'a entraîné qu'une augmentation de 20 % des actes de télésurveillance. Elle en déduit qu'on a rémunéré des médecins pour des actes

114 Trois plateformes numériques ont été autorisées par le gouvernement à organiser les rendez-vous pour la vaccination contre le coronavirus : Doctolib, Maïia et Keldoc.

115 Cour des comptes, *op.cit.*, p. 224.

116 « *Il lui [la Cour] semble que le système de santé ne gagnerait pas en efficacité à voir la télésanté s'installer comme une modalité supplémentaire de réalisation des actes, mais qu'il conviendrait, au contraire, dans le cadre des politiques de transformation de l'offre de soins, d'en encourager un usage sélectif au service d'une meilleure coordination des soins selon des conditions à déterminer.* », Cour des comptes, *op.cit.*, p. 418.

qu'ils faisaient gratuitement auparavant.¹¹⁷ Mais le fait qu'une catégorie de personnes travaille gratuitement jusqu'à présent justifie-t-il le fait qu'on continue à ne pas les rémunérer ? Le travail non rémunéré est l'une des raisons, pas la seule, pour laquelle nombre des médecins ne répondent plus au téléphone à leurs patients. Et, dans l'optique de la Cour des comptes, pourquoi ne pas laisser les internes en médecine dans leur marasme, puisque qu'ils effectuent leurs tâches dans les mêmes conditions depuis longtemps ?

Que va-t-il advenir des plateformes commerciales ? La conjonction des principes de territorialité, d'alternance et la limite des 20 % paraît assez dissuasive : il faudrait que ces plateformes emploient des médecins à temps partiel, répartis géographiquement sur le territoire national, pour contourner les règles. Les soins que prodiguent ces plateformes sont donc probablement voués à n'être plus remboursés. Or, nous avons vu qu'on a sérieusement limité la télémédecine extraterritoriale en réponse à un manque d'offre de soins lorsqu'elle est organisée par une organisation territoriale, obligeant les régions sous-dotées à se débrouiller avec leurs propres moyens : chacun sa misère en somme. On en vient à se demander si l'un des buts de cette politique n'est pas de laisser prospérer des plateformes commerciales qui, profitant de la carence de l'offre de soins qui va croître ces prochaines années, vont proposer leurs soins hors de tout remboursement. Les patients auront de moins en moins le choix et devront payer leurs soins... s'ils en ont les moyens.¹¹⁸

Dans un tel contexte, on s'étonne d'entendre l'assurance maladie, relayée par la presse, chanter les louanges de l'avenant n°9.

2.d) Les louanges de l'avenant n°9

L'avenant n°9 limite l'activité de télémédecine à 20 % du volume d'activité globale du médecin. Dans le texte, les signataires mettent en avant, pour justifier une telle limitation, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), qui a jugé que l'exercice exclusif de la télémédecine n'était pas déontologiquement admissible.¹¹⁹ Or, si le CNOM expose de façon très pertinente les dérives éthiques et légales de la pratique exclusive de la télémédecine,¹²⁰ il n'impose aucune limite en

117 « *Les expérimentations de télésurveillance n'ont commencé qu'en 2018 et ont été prolongées jusqu'à fin 2021 par la LFSS 2018. Leur mise en œuvre a aussi connu des difficultés de déploiement. Si près de 100 000 patients en avaient bénéficié à la date de décembre 2020, 80 % d'entre eux environ étaient inscrits au titre d'une prothèse cardiaque implantable. Or, le suivi par télésurveillance existait déjà avant ces expérimentations, qui ont apporté aux médecins une rémunération pour un service qu'ils effectuaient jusqu'alors gratuitement. Le nombre de patients inclus pour les autres pathologies concernées est donc bien plus faible, de l'ordre de 20 000.* », Cour des comptes, *op.cit.*, p. 213.

118 Nous avons récemment été en contact téléphonique avec une patiente qui nous a dit n'avoir trouvé qu'une plateforme de téléconsultation pour répondre à sa demande de consultation psychiatrique dans des délais compatibles avec sa demande.

119 Avenant n°9, article 2-4 paragraphe 2.

120 Comme nous l'avons vu plus haut, l'Ordre souligne, pour ce qui est des plateformes commerciales, le non-respect du parcours de soins, le non-respect du cadre territorial, l'absence de régulation de l'offre de soins, il rappelle que la médecine ne peut être un commerce et que les règles de sécurité des données ne sont pas respectées. Pour l'exercice de la télémédecine exclusive hors plateforme commerciale, il souligne que l'examen clinique est le pilier de la prise en charge du patient et que la perte prolongée de l'expérience clinique peut aboutir à une insuffisance professionnelle. Il souligne aussi la nécessité du respect du parcours de soins, de l'ancrage territorial et de la possibilité d'une continuité des soins.

termes de quantité d'actes. Le choix des 20 %, très faible au regard de l'avis du CNOM sur lequel il prétend s'appuyer, ne peut se justifier par ce motif. Le fossé entre la règle des 20 % et sa justification a sans doute plusieurs causes.

Nous avons vu que la règle des 20 % témoigne d'une méconnaissance de l'intérêt de la téléconsultation en pratique quotidienne, voire de la mauvaise opinion qu'en a une partie de la communauté médicale. Nous avons vu qu'il témoigne aussi de la nécessité, pour la caisse d'assurance maladie, de contourner son incapacité à repérer les manquements au parcours de soins. La justification des 20 % par l'avis du CNOM est un habillage servant à masquer ses faiblesses. Les signataires vont même jusqu'à intituler l'Article 2 : « *Renforcer le recours et le développement de la télémédecine* », et jusqu'à affirmer dans le même article que « *l'accès aux soins pour tous* » est un enjeu majeur pour les regroupements professionnels. C'est un comble pour un texte qui a pour effet une limitation drastique de la téléconsultation et une entrave aux démarches que peuvent entreprendre les organisations territoriales pour tenter d'améliorer l'accès aux soins dans les zones sous-dotées.

Ce discours laudatif masque l'échec des signataires à utiliser la téléconsultation comme outil au service des patients, tout comme l'échec d'en faire un moyen d'atténuer un peu les inégalités territoriales en matière d'offre de soins. Il est repris par Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), qui commente l'avenant n°9 en ces termes : « *Ces derniers mois, le recours à la e-santé a explosé, donnant un coup d'accélérateur au déploiement du numérique en santé. C'est une brique importante de l'avenant 9, qui prévoit des mesures d'assouplissement du recours à la téléconsultation et des dispositifs d'accompagnement des médecins dans l'usage des outils numériques* ». ¹²⁰ On comprend, à la lecture de l'avenant n°9, que l'assouplissement en question fait référence à la possibilité de pratiquer dans quelques cas des téléconsultations en exception au principe de territorialité. Mais résumer les dispositions de l'avenant n°9 relatives à la télémédecine à cette seule mesure relève d'une pirouette. M. Fâtome, dans sa présentation de l'avenant, se garde bien d'en évoquer les mesures restrictives qui en sont le cœur. L'avenant n°9 serait bâti sur l'accélération importante qu'a connu l'usage du numérique en santé. Or, c'est bien l'inverse qui s'est produit : le fort développement de la télémédecine durant la crise semble avoir fait peur à la tutelle et à nos syndicats qui ont opéré un revirement total et mis un frein à son développement. Mais cette vérité n'est pas bonne à dire. Aussi le directeur de la CNAM énonce-t-il une doctrine officielle : son propos est politique, c'est une langue de bois qui enjoint chacun, lorsqu'il parle de télémédecine, de dire l'inverse de ce qui se fait en pratique. ¹²²

Mais le discours de la Caisse d'Assurance Maladie est tout autre quand il n'émane pas de son directeur. Le texte du 30/07/2021 relatif à l'avenant n°9, présent sur le site Ameli de la caisse du Haut-Rhin, ¹²³ est un commentaire pragmatique et précis à destination des médecins. Ici, pas de

¹²⁰ Thomas Fatôme, <https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/actualites/avenant-9-des-avancees-majeures-pour-les-medecins-liberaux-et-laces-aux-soins>.

¹²² Autre exemple de langue de bois : du temps de l'ex-Union Soviétique, il était peu prudent aux informations météorologiques télévisées en Pologne de dire que la pluie venait de l'est...

¹²³ <https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/actualites/avenant-9-un-texte-pour-mieux-prendre-en-compte-les-besoins-mis-en-lumiere-pendant-la-crise>.

langue de bois, le rédacteur résume l'essence de l'avenant en ce qui concerne la téléconsultation. L'avenant a pour objectif, est-il écrit, de « *consolider le parcours de soins, en soutenant notamment les spécialités cliniques et en fixant un nouveau cadre à la téléconsultation et la téléexpertise* ». C'est bien un cadre qui a été donné à la téléconsultation, non pas au profit de la consolidation du parcours de soins comme l'affirme le rédacteur, mais selon nous dans le but de maintenir en l'état le système de soins. Le rédacteur précise plus loin les mesures qu'il juge importantes à connaître pour les médecins : « *Afin de permettre à la téléconsultation de poursuivre son essor, dans un cadre garantissant la qualité des soins et le respect du parcours de soins, **la téléconsultation sera par exemple possible pour un patient avec un médecin ne résidant pas sur son territoire s'il habite dans un désert médical** et qu'il n'y a pas d'offre sur son territoire ; **la télémédecine ne pourra pas représenter plus de 20 % de l'activité d'un médecin*** »¹²⁴. Après avoir rappelé l'argument mis en avant par son directeur (la mesure d'exception à la territorialité), le propos va droit au but : la limitation à 20 % de l'activité de télémédecine.

Alors que le directeur énonce le dogme, ses subordonnés énoncent les règles. En haut le pasteur, en bas le berger. L'un tient le missel, l'autre le bâton.

IV.E Et à présent ?

Les dispositions de l'avenant n°9 concernant la télémédecine s'appliqueront à partir de l'année 2022. Dans quelle direction aller, quelles mesures peut-on envisager pour atteindre les buts que les avenants se sont donnés : tirer parti de la télémédecine pour améliorer la prise en charge des patients et les difficultés d'accès aux soins ?

Rappelons l'avis de la Cour des comptes : « *Dans la perspective d'une sortie progressive de la crise sanitaire, la Cour considère cependant souhaitable une réflexion sur cette évolution. Il lui semble que le système de santé ne gagnerait pas en efficience à voir la télésanté s'installer comme une modalité supplémentaire de réalisation des actes, mais qu'il conviendrait, au contraire, dans le cadre des politiques de transformation de l'offre de soins, d'en encourager un usage sélectif au service d'une meilleure coordination des soins selon des conditions à déterminer.* »¹²⁵ Nous pensons tout le contraire. La Cour avalise l'abandon des signataires de l'avenant : limiter l'usage de la télémédecine en pratique courante et en favoriser un usage sélectif. Nous avons vu à quoi mène, hélas, cette approche ! La fin de la proposition de la Cour est plus dans notre optique : s'assurer d'une « *meilleure coordination des soins* ». Le parcours de soins est selon nous le meilleur outil de coordination. Il permet un usage raisonné de la télémédecine locale. Pour la télémédecine extra-territoriale, qu'il y a lieu de développer, les organisations territoriales peuvent se substituer au médecin traitant s'il s'agit d'organiser des parcours de soins dans les zones sous-dotées, ou pour les situations qui le nécessitent. Ceci suppose pour la caisse la nécessité impérieuse de pouvoir contrôler le respect effectif du parcours de soins par les médecins, de valider et de pouvoir contrôler l'organisation des parcours de soins par télémédecine mis en place par les organisations territoriales.

124 C'est l'auteur qui souligne.

125 Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2021, p. 21

Le respect du parcours de soins permettra de ne pas rembourser des pratiques de télémédecine exclusives ou quasi-exclusives déconnectées de toute territorialité, comme le proposent certaines plateformes commerciales actuellement en fonction voire comme le mettent en place certaines dispositions des avenants. La question de l'illégalité et de l'interdiction de ces plateformes et des médecins qui y travaillent au regard du droit et de la déontologie ne relève pas en premier lieu de l'assurance maladie, mais du Conseil de l'Ordre et des autorités de la santé notamment.¹²⁶ Il est clair néanmoins que si une activité médicale est illégale, elle est non remboursable.

Doit-on donc espérer un retour à l'avenant n°6, dont le principal défaut est l'incapacité des tutelles à le faire appliquer ? Ne rêvons pas. Il va bien falloir au contraire s'appuyer sur l'avenant n°9 et discuter de la multitude d'exceptions qu'il va falloir poser pour le rendre efficace.¹²⁷ Que proposer ?

Nous citerons pêle-mêle quelques idées :

- Élaborer des méthodes d'analyse du respect du parcours de soins en matière de télémédecine. Citons quelques pistes : analyse du ratio des patients locaux/extra-territoriaux, du ratio de premières consultations par rapport aux suivis selon de type d'activité¹²⁸, adhésion à une organisation territoriale.
- Accepter la téléconsultation en pratique courante dans le respect du parcours de soins, au moins dans les spécialités ou les situations où elle est utile (psychiatrie, sur-spécialisation à rayonnement extra-territorial...).
- Prendre en compte la situation des étudiants et des français vivant à l'étranger quand ils n'ont pas d'accès à des soins. Le passage par une organisation territoriale pourrait être privilégié pour trouver un thérapeute.
- Autoriser les pratiques extra-territoriales de télémédecine sous certaines conditions :
 - Les actes de télémédecine doivent être organisés par une organisation locale
 - Les téléconsultants doivent travailler spécifiquement avec une ou plusieurs organisations territoriales et ne pas recruter sur tout le territoire, hors le cas d'une sur-spécialité à rayonnement national qu'il y a lieu de faire valider.
 - Les téléconsultants doivent prendre en charge une population dans une zone définie, en coopération avec l'organisation territoriale.
 - Les téléconsultants doivent collaborer avec les médecins traitants.

126 Parmi les plateformes commerciales, citons l'offensive d'Amazon dans le domaine de la téléconsultation aux États-Unis : <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/des-cabines-de-teleconsultation-chez-monoprix-lordre-et-les-syndicats-medicaux-sindignent-et>, et en France les cabines de téléconsultation chez Monoprix ! (<https://www.lequotidiendumedecin.fr/etats-unis-amazon-se-lance-dans-la-teleconsultation-grande-echelle>).

127 En science, quand une théorie se voit contredite par les faits, il arrive qu'on lui ajoute des hypothèses dites *ad hoc* dans le but de maintenir la théorie. Plus une théorie échoue à décrire les faits, plus il faut d'hypothèses *ad hoc* pour la maintenir. Plus il faut d'exceptions à l'avenant pour le rendre efficace, plus l'avenant est mauvais.

128 Une activité de consultations psychiatriques n'aura pas le même ratio qu'une autre spécialité ou qu'une activité de soins non programmés.

- Ils doivent assurer les suivis des patients, par le même téléconsultant, selon la problématique. En psychiatrie, il s'agira s'assurer des suivis, même au long cours. Dans les soins non programmés, ils assurent le suivi du soin en question. En l'absence de médecin traitant, ils assurent le suivi dans l'attente d'un relai local.
 - En l'absence de médecin traitant, la collaboration se fait avec l'organisation territoriale, qui a la charge de trouver, dès que possible, un médecin traitant local.
 - L'organisation territoriale sert d'interface entre les médecins extra-territoriaux téléconsultants et les médecins traitants. Ces derniers s'adressent à l'organisation territoriale pour accéder à un téléconsultant. Ils font retour à l'organisation territoriale, s'il y a lieu, sur la qualité de soins. Ils signalent notamment les manquements aux règles du parcours de soins et les prises en charge qui leur paraissent abusives.¹²⁹
- La possibilité d'augmenter les quotas dans les spécialités où cela est utile pose le problème de la multiplication des exceptions. C'est peut-être pourtant une des seules mesures qui pourra être jugée compatible avec l'avenant n°9.
 - La sur-spécialisation extraterritoriale en télé médecine, pourvu qu'elle ne soit pas exclusive, peut être envisagée, à condition de respecter les règles ci-dessus. Elle n'est pas envisageable dans les zones en déficit d'offre de soins, car les médecins, qui n'arrivent pas à répondre à l'offre, ne vont pas pouvoir augmenter leur volume de consultation.
 - Une sur-spécialisation à la téléconsultation, limitée à une population locale ayant des problèmes de déplacement, pourrait améliorer la possibilité d'accéder à des soins. Rappelons qu'à notre connaissance, dans le Haut-Rhin, seuls trois psychiatres ont beaucoup pratiqué la télé médecine, ce qui paraît peu eu égard à l'intérêt de la téléconsultation tel que nous l'avons expérimenté. Néanmoins, la téléconsultation telle que nous l'avons pratiquée n'est pas une téléconsultation d'exception, mais de pratique clinique banale.
 - Le cas des accès directs spécifiques pose problème. Il existe un accès direct spécifique au psychiatre pour les patients âgés de moins de 26 ans. Ces derniers doivent néanmoins avoir déclaré un médecin traitant pour que l'acte soit remboursable. Dans ces cas, on voit mal comment on pourrait réguler les téléconsultations. Remarquons néanmoins qu'on ne les régule pas beaucoup plus en pratique présenteielle. S'il faut interroger un modèle, c'est plus celui de l'accès direct spécifique que celui de la téléconsultation. Néanmoins, en psychiatrie, la téléconsultation hors contrôle pouvant faciliter des pratiques déviantes, nous proposons de ne plus admettre l'accès direct spécifique dans le cas de téléconsultations extra-territoriales. Dans ce cas, le patient s'adressera à son médecin traitant qui, à l'aide de l'organisation territoriale, trouvera un téléconsultant.

129 En pratique présenteielle courante, le médecin traitant adresse son patient à un confrère. Une régulation se met en place par le retour que le patient fait au médecin traitant. Ce dernier pourra modifier les orientations selon les retours qui lui sont faits. Lors d'une pratique extra-territoriale de la téléconsultation, le médecin traitant aura le même retour du patient qu'il aura adressé au médecin téléconsultant à travers le parcours mis en place par l'organisation territoriale.

➤ Les centres de téléconsultation, en présence d'une infirmière, organisés par une organisation territoriale locale en coopération avec les médecins locaux, doivent être autorisés. Il y a aussi lieu d'autoriser les téléconsultations dans les établissements permettant la présence d'auxiliaires médicaux, comme ceux cités dans l'avenant n°8.

➤ Par organisation territoriale, il faut entendre une organisation ayant en charge une population conséquente correspondant à un véritable territoire de santé. Les maisons de santé composées de quelques praticiens n'ont pas vocation à organiser des téléconsultations à l'échelle extraterritoriale. Elles n'en ont d'ailleurs pas les moyens.

➤ Il y a lieu de travailler à la reconnaissance de la télémédecine, pour en cerner les intérêts, les limites et pour éviter son abandon du fait des risques juridiques qu'elle fait courir.

En somme, il s'agit de réintroduire l'un des piliers de notre système de santé : le parcours de soins et son corollaire, la collaboration entre les professionnels de santé. Un parcours centré sur le médecin traitant et sur les organisations territoriales. Malheureusement, ce n'est peut-être pas l'avenant n°9 qui est le pire ennemi du parcours de soins, mais l'insuffisance de l'offre de soins. Elle est déjà bien perceptible et va s'intensifier ces prochaines années. Et sans médecin traitant, sans médecin spécialiste, pas de parcours... et pas de soins.

V Conclusion

Notre expérience indique que la téléconsultation et la télépsychologie ouvrent un champ nouveau dans la prise en charge des patients. Elles apportent un bénéfice dans certaines situations cliniques et doivent être évitées dans d'autres situations. Elles sont adaptées à certaines prises en charge exclusivement à distance, y compris pour des psychothérapies. Elles s'accordent mal avec une alternance de consultations présentiels qui seraient majoritaires, hors quelques cas particuliers. Les contre-indications habituellement avancées doivent être nuancées, la télémédecine et la télépsychologie étant même susceptibles d'être la réponse la plus adaptée dans certains cas. Néanmoins, elles nécessitent d'être pratiquées régulièrement pour qu'elles soient recommandables.

Souhaitant réagir au développement de pratiques commerciales de la télémédecine irrespectueuses de notre système de santé, mais incapables de repérer et de définir les manquements au parcours de soins, cédant à une opinion se référant à une médecine dont la technique est essentiellement physique, et peut-être à l'opinion préconçue du caractère dangereux de l'utilisation du numérique en médecine, les représentants de la profession médicale et de l'assurance maladie ont limité la télémédecine à des actes précis, ponctuels, à une technique restreinte dans ses indications et dans ses possibilités thérapeutiques. Les psychothérapies et les suivis psychiatriques sont ainsi exclus de fait du domaine de la télémédecine. L'évolution de la réglementation signe la stagnation voire la régression de l'usage de la télémédecine en psychiatrie, y compris d'une télémédecine strictement territoriale. Elle prive les patients des bénéfices que peut apporter cette technique utile.

Posant des obstacles quasi insurmontables à l'organisation d'une télémédecine extra-territoriale par des organisations territoriales, la réglementation fait de la téléconsultation un instrument au service du renforcement d'un système de soins inégalitaire et exsangue où chacun est prié de gérer seul sa misère ou son opulence. Elle prive ceux qui vivent dans les zones à très faible densité médicale d'une solution efficace. La télémédecine est le diabolin qu'on sort de la boîte, le gadget d'une opération de communication.

Des discussions sont en cours entre les syndicats et l'assurance maladie pour faire évoluer la réglementation. Espérons qu'elles seront fructueuses et qu'elles ne poursuivront pas dans la logique actuelle.

Faut-il donc conseiller à nos collègues professionnels de santé et psychologues de s'investir dans ces techniques ? Probablement pas pour le moment. Ceux qui, poussés par la crise sanitaire, les ont pratiquées durant le premier confinement pourront continuer à proposer ces soins utiles à quelques patients tout au plus. Quant aux autres, nous pensons qu'il faut être téméraire pour oser se lancer dans une telle aventure au moment où les vents sont contraires.

VI Bibliographie

Agence Régionale de santé, Projets territoriaux de santé mentale (page consultée le 30/11/2021)
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/projets-territoriaux-de-sante-mentale-2>

Alexandre Mathieu-Fritz, Faire vivre la relation à distance, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020, 58-63

Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant no 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, *J.O.* du 10/08/2018

Avenant n°9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, *J.O.* du 25/09/2021

Avis relatif à l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée, le 22 juin 2007, *J.O.* du 13/06/2019

Avis relatif à l'avenant no 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, *J.O.* du 03/09/2020

Caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin, mail reçu le 20/03/2020

Carole Di Maggio, Télépsychiatrie, de quoi parle-t-on ?, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020, 20-24

Code de déontologie des psychologues, version consolidée au 09/09/2021, (page consultée le 30/11/2021)

http://www.codededeontologiedespsychologues.fr/IMG/pdf/Code_deontologie_psychologue_9-09-2021.pdf

Code de la santé publique, partie législative, sixième partie, livre III, Titre 1er, Chapitre VI : Télésanté (art. L6316-1 à L6316-2)

Code de la santé publique, partie réglementaire, sixième partie, livre III, Titre 1er, Chapitre VI : Télésanté (art. R6316-1 à R6316-6)

Commission nationale de l'informatique et des libertés, Délibération n° 2021-052 du 29 avril 2021 portant avis sur un projet décret relatif à la télésanté (demande d'avis n° 21003752)

Commission nationale de l'informatique et des libertés, Délibération n° 2021-052 du 29 avril 2021 portant avis sur un projet décret relatif à la télésanté (demande d'avis n° 21003752)

Commission nationale de l'informatique et des libertés (page consultée le 30/11/2021)
<https://www.cnil.fr/fr/comprendre-le-rgpd>

Conférence des présidents de Commissions médicales d'établissements des Centres hospitaliers spécialisés, La télé-psychiatrie en période COVID-19 : un outil d'appui aux soins en psychiatrie publique, 24/04/2020

Conseil national de l'ordre des médecins, Mésusage de la télémédecine, Rapport adopté lors de la session du Cnom de décembre 2020.

Conseil national de l'ordre des médecins, Code de déontologie (page consultée le 30/11/2021) <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>

Conseil national de l'ordre des médecins (page consultée le 30/11/2021) <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/sante/donnees-personnelles-sante/reglement-general>

Conseil National de l'Ordre des Médecins, Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2021 (page consultée le 30/11/2021) https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf

Cour des Comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021

Dominique Friard, L'entretien clinique infirmier au téléphone, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020,78-81

Fédération française des psychologues et de psychologie, COVID-19 Fiche de recommandations pour la télépsychologie

Fédération française des psychologues et de psychologie, *Fédérer* , n° 98-1 et 98-2 (page consultée le 30/11/2021) <https://ffpp.net/les-publications>

Fédération française des psychologues et de psychologie (page consultée le 30/11/2021) https://ffpp.net/wp-content/uploads/2021/02/2-2.fiche_de_recommandations.telepsychologie.29.03.2020.pdf

Gaëlle Riou, Ergothérapie à distance auprès d'adolescents, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020, 70-75

Haute autorité de santé,(page consultée le 30/11/2021) https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270557/fr/consulter-et-se-faire-soigner-a-distance-teleconsultation-telesoin

Haute autorité de santé, Fiche Mémo : Téléconsultation et téléexpertise : mise en œuvre, publiée en mai 2019 (page consultée le 30/11/2021) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf

Haute autorité de santé (page consultée le 30/11/2021)

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2056029/en/e-sante

Haute autorité de santé, avril 2020 (page consultée le 30/11/2021)

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin

Institut de recherche et de documentation en économie (page consultée le 30/11/2021)

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/e-sante.pdf>

Johanna Godet (site consulté le 30/11/2021) <https://www.johannagodet-psy.fr>

Le Quotidien du médecin, Des cabines de téléconsultation chez Monoprix : l'Ordre et les syndicats médicaux s'indignent et pointent une dérive commerciale (publié le 21/4/2021)

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/des-cabines-de-teleconsultation-chez-monoprix-lordre-et-les-syndicats-medicaux-sindignent-et>

Le Quotidien du médecin, États-Unis : Amazon se lance dans la téléconsultation à grande échelle (publié le 9/4/2021)

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/etats-unis-amazon-se-lance-dans-la-teleconsultation-grande-echelle>

Le Quotidien du médecin, Téléconsultation : craignez-vous l'erreur de diagnostic ? (publié le 12/5/2021)

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/teleconsultation-craignez-vous-lerreur-de-diagnostic>

Le Quotidien du médecin, Téléconsultation : une famille porte plainte pour « homicide involontaire » et relance le débat sur la généralisation des actes à distance (publié le 26/4/2021)

https://www.lequotidiendumedecin.fr/teleconsultation-une-famille-porte-plainte-pour-homicide-involontaire-et-relance-le-debat-sur-la?xtor=EPR-1-%5BNL_editionnumerique%5D-%5B20210426%5D&utm_content=20210426&utm_campaign=NL_editionnumerique&utm_medium=news

Le Quotidien du médecin, Télémédecine : un marché prometteur qui provoque la ruée des opérateurs (publié le 17/9/2018)

<https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/telemedecine-un-marche-prometteur-qui-provoque-la-ruée-des-operateurs>

Lina Williate-Pellitteri, Télésanté : attention au cadre juridique, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020, 30-36

Marguerite Charazac, Libres propos sur la téléconsultation, *Santé Mentale*, n°251, octobre 2020, 52-56

Ministère de la Santé (page consultée le 30/11/2021) https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-de-sante/article/teleconsultation-et-covid-19-qui-peut-pratiquer-a-distance-et-comment?var_ajax_redir=1

Moteur de recherche Duckduckgo <https://duckduckgo.com/>

Organisation de coopération et de développement économique, Measuring the information economy 2002, Annex 1. The OECD definition of the ICT sector (page consultée le 30/11/2021) <https://www.oecd.org/sti/ieconomy/2771153.pdf>

Organisation mondiale de la santé, mHealth New horizons for health through mobile technologies, Based on the findings of the second global survey on eHealth, Global Observatory for eHealth series - Volume 3, 2011 (page consultée le 30/11/2021) https://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

Site de l'assurance maladie en ligne (Ameli) (page consultée le 30/11/2021) https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/CP_Bilan_a_6_mois_de_la_Telemedecine.pdf

Site de l'assurance maladie en ligne (Ameli) (page consultée le 30/11/2021) <https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/actualites/avenant-9-un-texte-pour-mieux-prendre-en-compte-les-besoins-mis-en-lumiere-pendant-la-crise>

Site de l'assurance maladie en ligne (Ameli) (page consultée le 30/11/2021) <https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/actualites/teleconsultation-et-covid-19-croissance-spectaculaire-et-evolution-des-usages>

Site de téléconsultation Livi (page consultée le 30/11/2021) <https://www.livi.fr>

Site de téléconsultation Qare (page consultée le 30/11/2021) <https://www.qare.fr>

Syndicat national des psychologues (page consultée le 30/11/2021) <https://psychologues.org/actualites-single/covid-19-conseils-pour-les-psychologue-en-liberal/>

Thomas Fatôme Avenant 9 : Des avancées majeures pour les médecins libéraux et l'accès aux soins (publié le 24/09/2021) <https://www.ameli.fr/haut-rhin/medecin/actualites/avenant-9-des-avancees-majeures-pour-les-medecins-liberaux-et-laces-aux-soins>

Ville de Saint-Dizier (page consultée le 30/11/2021) <https://www.saint-dizier.fr/demarches-services/sante-et-prevention/cabinets-de-telemedecine.html>

VII Annexes

- I. Haute autorité de santé, Fiche Mémo : Téléconsultation et téléexpertise : mise en œuvre, publiée en mai 2019
- II. Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP) : COVID-19 Fiche de recommandations pour la télépsychologie
- III. Code de la santé publique, partie législative, sixième partie, livre III, Titre 1er, Chapitre VI : Télésanté (art. L6316-1 à L6316-2)
- IV. Code de la santé publique, partie réglementaire, sixième partie, livre III, Titre 1er, Chapitre VI : Télésanté (art. R6316-1 à R6316-6)
- V. Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant no 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, *J.O.* du 10/08/2018 (extrait)
- VI. Avis relatif à l'avenant n°6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée, le 22 juin 2007, *J.O.* du 13/06/2019 (extrait)
- VII. Avis relatif à l'avenant no 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, *J.O.* du 03/09/2020 (extrait)
- VIII. Avenant n°9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, *J.O.* du 25/09/2021 (extrait)

Objectif

Proposer des bonnes pratiques pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, remboursés ou non, aux professionnels médicaux qui les réalisent : chirurgiens-dentistes, médecins et sages-femmes.

Contexte

Les actes de télémédecine sont des actes médicaux réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication (article L. 6313-1 du Code de la santé publique).

Parmi eux :

- la **téléconsultation** a pour objet de permettre à un professionnel médical de **donner une consultation à distance à un patient**. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation ;
- la **téléexpertise** a pour objet de permettre à un professionnel médical (dit « requérant ») de **solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux** (dits « requis ») en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.

Les enjeux de qualité et de sécurité des soins, spécifiques à la téléconsultation et la téléexpertise, **sont liés à** :

- la qualité de la communication entre le patient et le professionnel médical (nécessité de communiquer à distance et absence d'examen physique direct) ;
- la protection et la sécurité des données personnelles de santé.

Les médecins libéraux ont signé un **accord conventionnel avec l'Assurance maladie le 14 juin 2018**, permettant le remboursement des actes de téléconsultation et des actes de téléexpertise (**annexe 1**).

Téléconsultation et téléexpertise : prérequis

Réglementation

- La téléconsultation et la téléexpertise répondent aux mêmes exigences que l'exercice médical en présentiel (lois et règlements applicables aux conditions d'exercice, aux règles de déontologie et aux standards de pratique clinique). De plus, la réglementation instaure des exigences spécifiques à la télémédecine (annexe 2).

Organiser son activité

- Prévoir des plages dédiées à la téléconsultation et/ou à la téléexpertise.

Locaux adaptés à la téléconsultation

- Lieu calme, permettant de respecter la confidentialité des échanges.

Matériel et équipements

- Disposer des outils de communication pour la téléconsultation (vidéotransmission).
- Disposer des outils informatiques pour l'échange, le partage et le stockage des données :
 - messagerie sécurisée de santé et/ou accès à une plateforme¹ d'échange sécurisée ;
 - hébergeur de données de santé agréé ou certifié en cas d'externalisation des données.

Documentation

- Disposer des procédures pour l'utilisation, la vérification du fonctionnement, la maintenance du matériel et des équipements.
- Prévoir les modalités de travail en mode dégradé (ex. : dysfonctionnement du matériel, rupture de la connexion internet, nécessité de prise en charge du patient en urgence, etc.).
- Établir des contrats avec ses prestataires de service et/ou fournisseurs (ex. : s'assurer que le fournisseur de solution technique assure la protection des données conformément à la réglementation, établir un contrat de maintenance, définir le délai d'intervention en cas de panne, etc.).

Protection et sécurité des données personnelles

- Mettre en place les mesures de sécurité relatives à la protection des données de santé en conformité avec le règlement général sur la protection des données (RGPD) et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S).
- Utiliser un système d'information communicant, qui permet le versement des comptes rendus des actes de télémédecine dans le dossier médical partagé du patient ; en conformité avec le cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS).
- Utiliser un hébergeur de données de santé agréé ou certifié.
- Les mesures de sécurité portent également sur la protection de l'accès aux locaux, la sécurisation du poste informatique (verrouillage automatique, mot de passe), la gestion des habilitations, la traçabilité des accès, la gestion des incidents.

Se former²

- Savoir communiquer à distance avec ses patients et réaliser un examen clinique à distance.
- Savoir utiliser le matériel et équipements : outils de communication à distance, outils informatiques de transmission et stockage des données, dispositifs médicaux connectés, etc.

Évaluer²

- Questionnaire de satisfaction des patients.
- Suivi et analyse des événements indésirables (ex. : problèmes techniques, interruption de téléconsultation, etc.).

1. Plateforme d'échange : permet le partage de données à distance, en temps réel ou en différé, avec un patient ou un autre professionnel.
2. La formation et/ou l'évaluation des pratiques professionnelles peuvent être réalisées dans le cadre du développement professionnel continu (DPC).

La téléconsultation

Avant la téléconsultation

Information et recueil du consentement du patient

L'information du patient et le recueil de son consentement doivent être réalisés avant la téléconsultation.

- L'information du patient porte, notamment, sur les modalités pratiques de cet acte à distance qui se fait via les technologies de l'information et de la communication, les alternatives possibles, la possibilité d'être accompagné, la confidentialité des échanges, le traitement informatique des données à caractère personnel, la protection et la sécurité des données de santé, le coût et le reste à charge. Elle peut s'accompagner d'une notice d'information remise au patient.
- Le recueil du consentement libre et éclairé du patient ou, le cas échéant, de son représentant légal est réalisé, et tracé dans le dossier du patient. Le patient doit donner son consentement pour l'acte médical et l'acte à distance via les technologies de l'information et de la communication.

Pertinence de la téléconsultation

Le professionnel médical qui va réaliser la téléconsultation doit juger de la pertinence d'une téléconsultation au regard :

- **de la situation clinique du patient**

Le professionnel médical peut estimer que la téléconsultation n'est pas adaptée à la situation clinique du patient. Par exemple, si le professionnel considère qu'un examen physique direct du patient est indispensable, si le patient est en urgence médicale, s'il s'agit d'une consultation d'annonce d'un mauvais pronostic.

- **de la disponibilité des données du patient**

Les données médicales et les informations administratives nécessaires à la réalisation de l'acte doivent être accessibles au professionnel médical.

L'utilisation du volet de synthèse médicale est recommandée pour structurer les données médicales du patient.

Le patient indique s'il a désigné un médecin traitant.

- **de la capacité du patient à communiquer à distance et à utiliser les outils informatiques**

Si l'organisation le permet (ex. : patient qui consulte depuis une maison de santé ou un EHPAD), en cas de besoin et avec l'accord du patient, le patient pourra être accompagné par un professionnel de santé, un proche ou un interprète qui l'assistera pendant la téléconsultation. Dans ce cas, la personne présente doit s'engager à respecter la confidentialité des échanges.

- ▶ **À tout moment, si le professionnel médical juge que la téléconsultation n'est pas ou n'est plus adaptée à la situation du patient, il trace la décision médicale de ne pas réaliser ou de mettre fin à la téléconsultation dans le dossier du patient (et dans le dossier médical partagé, si le patient en possède un), il propose au patient une prise en charge adaptée et informe le médecin traitant, le cas échéant.**

Cas d'une primo-consultation

La téléconsultation est d'autant plus pertinente que la relation patient-professionnel est bien établie ; néanmoins, la primo-consultation ne constitue pas un motif d'exclusion d'une téléconsultation. Il convient alors d'adapter la durée de la téléconsultation afin d'établir la relation patient-professionnel médical (interrogatoire détaillé : antécédents, traitement en cours, allergies, etc.).

Intégration au parcours de soins coordonné

La téléconsultation et la téléexpertise s'inscrivent, en priorité, dans le parcours de santé du patient coordonné par le médecin traitant.

Dans certaines circonstances, les patients pourront avoir besoin de recourir à la téléconsultation en dehors du parcours de santé coordonné par le médecin traitant (ex. : patients dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé, accès direct à une sage-femme). Dans ce cas, le professionnel médical ayant réalisé l'acte de téléconsultation doit faire un retour d'informations au médecin traitant, a minima par transmission du compte-rendu de téléconsultation.

Déroulé de la téléconsultation

La téléconsultation est réalisée par vidéo transmission

Il est recommandé de tester le bon fonctionnement du matériel de vidéo transmission avant l'heure de rendez-vous. Une fiche d'information peut être transmise au patient avant la téléconsultation pour lui fournir toutes les informations pratiques avec un lien pour tester sa connexion.

Le patient doit être identifié et la vérification de son identité est tracée

→ L'identification du patient permet de s'assurer :

- que l'identité du patient qui bénéficie de la téléconsultation est bien la bonne ;
- que les données de santé sont référencées dans le bon dossier patient.

Les données permettant d'identifier le patient sont notamment : nom de naissance, prénom(s), date et lieu de naissance, sexe.

Le professionnel médical doit également connaître la localisation exacte du patient au moment de l'acte et son téléphone (en cas de nécessité d'organiser une prise en charge en urgence ou de recontacter le patient si la téléconsultation est interrompue).

Le professionnel médical doit s'authentifier

Il existe différents dispositifs possibles d'authentification (mot de passe, carte à puce, etc.). Deux au moins doivent être combinés (dispositif d'authentification forte).

Compte-tenu de la barrière liée à l'écran, le professionnel doit être attentif à sa posture

→ Ne pas tourner le dos au patient, ne pas sortir du champ de la caméra.

→ S'assurer de la qualité du son et de l'image (luminosité adaptée, bonne distance à la caméra).

Il est important de veiller à favoriser l'expression du patient, et de ses proches le cas échéant, et de s'assurer de sa compréhension

Le respect mutuel et la bienveillance sont indispensables. Il est conseillé de veiller à ne pas être dérangé pendant la téléconsultation.

À tout moment, il peut être mis fin à la téléconsultation à l'initiative du professionnel médical ou du patient. Par exemple, si le professionnel estime que la téléconsultation n'est plus adaptée à la situation du patient

Cette décision est tracée dans le dossier et une prise en charge est organisée en lien avec le patient et le médecin traitant, le cas échéant.

Comme pour toute consultation, le professionnel médical fait part au patient de ses conclusions, réalise les prescriptions éventuelles et oriente le patient, le cas échéant en lien avec le médecin traitant, pour la suite de sa prise en charge (traitement, consultation auprès d'un médecin spécialiste, réalisation d'examen complémentaires, etc.)

Enregistrement du compte-rendu

Le professionnel médical enregistre le compte-rendu de téléconsultation dans son propre dossier patient, ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient, lorsqu'il existe. Le compte-rendu mentionne la date et l'heure de l'acte ; les actes et prescriptions médicamenteuses effectués; l'identité des professionnels de santé participant à l'acte ; le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Transmission du compte-rendu

Le compte-rendu, ainsi que les éventuelles prescriptions médicales et autres courriers (demande d'examen ou de consultation) sont transmis au patient, de manière sécurisée et dans un délai préalablement défini. Le patient doit avoir été préalablement informé de leur contenu par le professionnel médical ayant réalisé la téléconsultation.

Le cas échéant, le compte-rendu est transmis, de manière sécurisée et dans un délai préalablement défini, au médecin traitant et aux autres professionnels de santé désignés par le patient et impliqués dans sa prise en charge.

La téléexpertise

Le recours à la téléexpertise relève de la décision du professionnel médical requérant

L'information du patient et le recueil de son consentement doivent être réalisés avant la téléexpertise

- L'information du patient porte, notamment, sur les modalités pratiques de cet acte à distance qui se fait via les technologies de l'information et de la communication, les alternatives possibles, la confidentialité des échanges, le traitement informatique des données à caractère personnel, la protection et la sécurité des données de santé, le coût et le reste à charge.
- Le recueil du consentement libre et éclairé du patient ou, le cas échéant, de son représentant légal est réalisé, et tracé dans le dossier du patient. Le patient doit donner son consentement pour l'acte médical et l'acte à distance via les technologies de l'information et de la communication.

Le professionnel médical requérant transmet la demande de téléexpertise au professionnel médical requis, accompagnée des données nécessaires à la réalisation de l'acte :

- les informations médicales du patient (l'utilisation du volet de synthèse médicale est recommandée pour structurer les données médicales du patient) ;
- les examens précédents (comptes rendus, données d'imagerie, résultats biologiques, etc.) ;
- les informations administratives nécessaires à la réalisation de l'acte, notamment les données permettant de vérifier l'identité du patient ;
- le cas échéant, désignation du médecin traitant.

Le professionnel médical requis juge de la complétude des données et décide ou non de la réalisation de la téléexpertise

- Si la téléexpertise n'est pas réalisable, cette information est tracée dans le dossier du patient et le professionnel médical requérant propose au patient une prise en charge adaptée. Il informe également le médecin traitant, le cas échéant.
- Si la téléexpertise est réalisable, le délai de réponse est fixé par le professionnel médical requis en lien avec le professionnel médical requérant (ou en accord avec les protocoles partagés préalablement définis). Le patient, est informé du délai d'obtention des résultats.

Enregistrement du compte-rendu

Après la téléexpertise, le compte-rendu de téléexpertise est enregistré dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel, ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient, lorsqu'il existe. Le compte-rendu mentionne la date et l'heure de l'acte ; les actes et prescriptions médicamenteuses effectués ; l'identité des professionnels de santé participant à l'acte ; le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

Transmission du compte-rendu

Le compte-rendu, ainsi que les éventuelles prescriptions médicales et autres courriers (demande d'examen ou de consultation) sont transmis au patient, de manière sécurisée et dans un délai préalablement défini. Le patient doit avoir été préalablement informé de leur contenu par le professionnel médical requérant.

Le cas échéant, le compte-rendu est transmis, de manière sécurisée et dans un délai préalablement défini, au médecin traitant et aux autres professionnels de santé désignés par le patient et impliqués dans sa prise en charge.

Le professionnel médical (requérant) oriente le patient, le cas échéant en lien avec le médecin traitant, pour la suite de sa prise en charge (traitement, consultation auprès d'un médecin spécialiste, réalisation d'examens complémentaires, etc.)

Annexe 1

Remboursement de la téléconsultation et de la téléexpertise : extraits de l'avenant N° 6 à l'accord conventionnel entre médecins libéraux et l'assurance maladie.

La téléconsultation

L'ensemble des patients peut bénéficier de téléconsultations.

Pour pouvoir ouvrir droit à la facturation à l'Assurance maladie, les patients bénéficiant d'une téléconsultation doivent être :

- orientés initialement par leur médecin traitant, dans les conditions définies à l'article 18.1 de la convention, quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier ;
- connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire ayant bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents, avant toute facturation de téléconsultation, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Exceptions

- patients âgés de moins de 16 ans ;
- accès direct spécifique pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie) ;
- patients qui ne disposent pas de médecin traitant désigné ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé. Dans ces deux dernières situations, le médecin téléconsultant de premier recours n'a pas nécessairement à être connu du patient. Le recours aux téléconsultations est assuré dans le cadre d'une organisation territoriale (définie dans la convention).

La téléconsultation est obligatoirement réalisée par vidéo-transmission, et dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir la réalisation d'une consultation de qualité.

La téléexpertise

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le médecin requérant.

L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du médecin requis.

Dans un premier temps³, la téléexpertise est remboursée pour les patients dans les situations suivantes :

- en affection longue durée (ALD) ;
- atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation en vigueur, dans le cadre de l'organisation des centres de référence maladies rares ;
- résidant en zones sous denses, telles que définies à l'article 1434-4 du Code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles ;
- résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales ;
- détenus visés aux articles L. 381-30 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Deux niveaux de téléexpertise sont définis: Un premier niveau de téléexpertise, consistant en un avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale. Un second niveau de téléexpertise, consistant en un avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence.

Pour pouvoir ouvrir droit à la facturation, les patients bénéficiant d'une téléexpertise doivent en principe être connus du médecin requis, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité. Cette connaissance préalable du patient est facultative pour les téléexpertises de niveau 1.

3. Le calendrier de déploiement de la téléexpertise au profit de l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape définie dans l'avenant N° 6 à la convention médicale.

Annexe 2

Règles spécifiques à l'activité de télémédecine

Définition des actes de télémédecine Article R. 6316-1 du CSP	Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine : <ol style="list-style-type: none">1. La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;2. La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;3. La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;4. La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;5. La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.
Consentement libre et éclairé de la personne Article R. 6316-2 du CSP	Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4 . Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication.
Conditions de réalisation des actes Article R. 6316-3 du CSP	Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant : <ol style="list-style-type: none">1.a) L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;b) L'identification du patient,c) L'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ;2. Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.
Tenue du dossier patient Article R. 6316-4 du CSP	Sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation mentionnée à l'article R. 4127-45 : <ol style="list-style-type: none">1. le compte rendu de la réalisation de l'acte ;2. les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ;3. l'identité des professionnels de santé participant à l'acte ;4. la date et l'heure de l'acte ;5. le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.
Formation et compétences des professionnels Article R. 6316-9 du CSP	Les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémédecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémédecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.
Conformité aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel Article R. 6316-10 du CSP	Les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémédecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 .



COVID-19 Fiche de recommandations pour la télépsychologie

Contexte

Dans le cadre de l'épidémie, les consultations en ligne, notamment en vidéoconférence, représentent une alternative accessible pour réaliser des entretiens psychologiques. Beaucoup de psychologues favorisent généralement le contact en présentiel ([Code déontologie des psychologues 2012, art.27](#)) avec leur patient, mais pour la santé de tous, des solutions alternatives doivent être explorées aujourd'hui. Les recherches montrent que la qualité de la relation clinique établie à distance et médiatisée par un outil technologique comme la vidéoconférence peut être très proche de celle établie en face à face, bien que des spécificités existent dans ce cadre de prise en charge.

Prérequis

Le psychologue s'engage à respecter le code de déontologie, [en le signant](#), par exemple.

Le Code de déontologie des psychologues reste un support essentiel pour soutenir la pratique à distance du psychologue. Il formule un certain nombre « d'invariants déontologiques » comme le principe de compétence et de rigueur, de responsabilité professionnelle, de probité, de respect du but assigné et de respect des droits fondamentaux des personnes. De plus, la Commission nationale consultative de déontologie des psychologues ([CNCDP](#)) propose sur son site quelques avis sur certains aspects déontologiques de la pratique du psychologue utilisant un mode de communication non directe¹.

Le psychologue veille à rendre accessible toute information permettant de garantir son identité et son titre auprès de son patient (Nom, n° Adeli, qualifications, organisme pour lequel il intervient s'il y a lieu, situation géographique).

Il s'assure tout au long de la prise en charge du consentement éclairé de son patient, mais aussi de ses capacités à bénéficier d'une téléconsultation : âge, états cognitif, psychique et physique, barrières liées à la langue ou à l'utilisation des technologies, lieu adéquat préservant la confidentialité pour le patient chez lui et chez le psychologue.

Contre-indications

Si le patient présente des troubles anxieux ou dépressifs sévères, des idées suicidaires, d'autres troubles psychopathologiques majeurs, l'orienter vers le CMP de son domicile ou un psychiatre en libéral, selon le délai de réponse, en s'assurant de la réponse qui lui est donnée.

Outils

Utilisez des outils de vidéoconférence professionnels adaptés à la téléconsultation. Ne comptez pas sur les applications comme Facebook Messenger, WhatsApp, Skype... qui ne garantissent pas un niveau de sécurité des données suffisant.

Recommandations (d'après celles de l'Efpa)

¹ Voir notamment : <http://www.cncdp.fr/index.php/index-des-avis/index/419-avis-cncdp-2013-03>; <http://cncdp.fr/index.php/index-des-avis/index/505-avis-cncdp-2017-02>



Code de la santé publique

Version en vigueur au 05 décembre 2021

Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)

Sixième partie : Etablissements et services de santé (Articles L6111-1 à L6441-1)

Livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires, télésanté et autres services de santé (Articles L6311-1 à L6329-1)

Titre Ier : Aide médicale urgente, permanence des soins, télésanté et transports sanitaires (Articles L6311-1 à L6316-2)

Chapitre VI : Télésanté (Articles L6316-1 à L6316-2)

Section 1 : Télémedecine (Article L6316-1)

Article L6316-1

Modifié par LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 53

Modifié par LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 54

La télémedecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

La définition des actes de télémedecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre sont fixées par décret.

NOTA :

Conformément à l'article 51 VI de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017, l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1er janvier 2018. Les dispositions réglementaires et les stipulations conventionnelles prises en application du même article 36 continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur des dispositions conventionnelles fixant les tarifs des activités mentionnées au I du présent article, et au plus tard au 1er juillet 2019.

Section 2 : Télésoin (Article L6316-2)

Article L6316-2

Création LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 53

Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code.

Les activités de télésoin sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cet avis porte notamment sur les conditions de réalisation du télésoin permettant de garantir leur qualité et leur sécurité ainsi que sur les catégories de professionnels y participant.

Les conditions de mise en œuvre des activités de télésoin sont fixées par décret en Conseil d'Etat.



Code de la santé publique

Version en vigueur au 05 décembre 2021

Partie réglementaire (Articles R1110-1 à R6431-76)

Sixième partie : Etablissements et services de santé (Articles R6111-1 à R6431-76)

Livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé (Articles R6311-1 à D6327-6)

Titre Ier : Aide médicale urgente, permanence des soins et transports sanitaires (Articles R6311-1 à R6316-6)

Chapitre VI : Télésanté (Articles R6316-1 à R6316-6)

Section 1 : Définition des actes de télémédecine (Article R6316-1)

Article R6316-1

Modifié par Décret n°2021-707 du 3 juin 2021 - art. 1

Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :

1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations de santé liées à la prise en charge d'un patient ;

3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

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

5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

Section 2 : Conditions de mise en œuvre de la télésanté (Articles R6316-2 à R6316-5)

Article R6316-2

Modifié par Décret n°2021-707 du 3 juin 2021 - art. 1

La pertinence du recours à la télémédecine ou au télésoin est appréciée par le professionnel médical, le pharmacien ou l'auxiliaire médical.

Article R6316-3

Modifié par Décret n°2021-707 du 3 juin 2021 - art. 1

Chaque acte de télémédecine ou activité de télésoin est réalisé dans des conditions garantissant :

1° a) L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ou activité ;

b) L'identification du patient ;

c) L'accès des professionnels de santé aux données de santé du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ou de l'activité ;

2° Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine ou de télésoin.

Article R6316-4

Modifié par Décret n°2021-707 du 3 juin 2021 - art. 1

Le professionnel médical, le pharmacien ou l'auxiliaire médical intervenant en télésanté inscrit dans le dossier du patient et, le cas échéant, dans le dossier médical partagé défini à l'article L. 1111-14 :

1° Le compte rendu de la réalisation de l'acte de télémédecine ou de l'activité, et, le cas échéant, de la série d'activités, de télésoin ;

2° Les actes et les prescriptions effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ou de l'activité de télésoin ;

3° Son identité et éventuellement celles des autres professionnels participant à l'acte de télémédecine ou à l'activité de télésoin ;

4° La date et l'heure de l'acte de télémedecine ou de l'activite de telesoin ;

5° Le cas echéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte de télémedecine ou de l'activite de telesoin.

Article R6316-5

Modifié par Décret n°2021-707 du 3 juin 2021 - art. 1

Les organismes et les professionnels de santé libéraux qui organisent une activité de télémedecine ou de télésoin s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémedecine ou de télésoin ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.

Section 3 : Organisation (Article R6316-6)

Article R6316-6 (abrogé)

L'activité de télémedecine et son organisation font l'objet :

Abrogé par Décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 - art. 3
Création Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

1° Soit d'un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;

2° Soit d'une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, tels qu'ils sont respectivement mentionnés aux articles L. 6114-1, L. 1435-3 et L. 1435-4 du code de la santé publique et aux articles L. 313-11 et L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

3° Soit d'un contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité.

Les contrats mentionnés aux 2° et 3° du présent article doivent respecter les prescriptions du programme relatif au développement de la télémedecine mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

Article R6316-6

Modifié par Décret n°2021-707 du 3 juin 2021 - art. 1

Les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémedecine ou d'activités de télésoin s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés à l'article L. 1110-4-1.

Article R6316-7 (abrogé)

Les programmes et les contrats mentionnés à l'article R. 6316-6 précisent les conditions dans lesquelles s'exerce l'activité de télémedecine, en tenant compte notamment des spécificités de l'offre de soins dans le territoire considéré.

Abrogé par Décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 - art. 3
Création Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

Ils précisent en particulier les modalités retenues afin de s'assurer que le professionnel médical participant à un acte de télémedecine respecte les conditions d'exercice fixées à l'article L. 4111-1 ou à l'article L. 4112-7 ou qu'il est titulaire d'une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé et qu'il satisfait à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2.

Article R6316-8 (abrogé)

Les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémedecine, à l'exception de la réponse médicale donnée dans le cadre de la régulation médicale, concluent entre eux une convention respectant les dispositions inscrites dans les contrats ou programmes mentionnés à l'article R. 6316-6. Cette convention organise leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les exigences mentionnées dans le présent chapitre.

Abrogé par Décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 - art. 3
Création Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 - art. 1

Article R6316-11 (abrogé)

L'activité de télémedecine peut bénéficier des financements prévus à l'article L. 1435-8 ainsi que dans les conditions prévues aux articles L. 314-1 et L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles.

Abrogé par Décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 - art. 3
Modifié par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 1^{er} août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

NOR : SSAS1821639A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,
Vu le code la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 14 juin 2018, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes (MG), le syndicat « Le BLOC », la Fédération des médecins de France (FMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF).

Art. 2. – La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié *au Journal officiel* de la République française.

Fait le 1^{er} août 2018.

*La ministre des solidarités
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La chef de service adjointe
à la directrice générale de l'offre de soins,
S. DECOOPMAN*

*Le ministre de l'action
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :
*La directrice de la sécurité sociale,
M. LIGNOT-LELOUP*

ANNEXE

AVENANT N° 6 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 25 AOÛT 2016

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L.162-14-1 et L.162-15 ;
Vu la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, et notamment ses articles 15 et 54 ;
Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au *Journal officiel* du 23 octobre 2016, et ses avenants,

Il est convenu ce qui suit, entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

Et

La Fédération française des médecins généralistes,

La Fédération des médecins de France,

Le Bloc,

La Confédération des syndicats médicaux français,

Le Syndicat des médecins libéraux.

Préambule

Le déploiement de la télémédecine constitue un enjeu clé pour l'amélioration de l'organisation du système de santé et l'accès aux soins pour tous sur le territoire.

Le recours aux actes de télémédecine devrait ainsi faciliter l'accès aux soins notamment dans les zones sous denses en offre de soins en permettant aux patients d'obtenir une prise en charge et un suivi plus rapides susceptibles dans certaines situations de prévenir certaines hospitalisations et ré-hospitalisations et de diminuer le recours aux urgences.

La télémédecine peut également favoriser le partage d'informations et d'avis entre les professionnels de santé assurant la prise en charge des patients.

Afin de répondre à ces défis majeurs, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner l'essor des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, en inscrivant, dans le droit commun, les actes de téléconsultation et de téléexpertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018, dans le cadre du parcours de soins coordonné.

Afin que le déploiement de la télémédecine s'effectue dans les meilleures conditions possibles, les partenaires conventionnels souhaitent procéder par étapes.

La téléconsultation sera ouverte à l'ensemble des patients au 15 septembre 2018.

Toutefois, les parties signataires conviennent d'ouvrir dans un premier temps la téléexpertise aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique.

Le calendrier de déploiement de la téléexpertise à l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Les parties signataires conviennent également de procéder à des aménagements des dispositifs démographiques mis en place par la convention nationale, afin de les rendre plus attractifs et par là-même améliorer l'accès aux soins dans les zones sous denses.

En outre, elles souhaitent poursuivre la démarche initiée en 2016 dans la convention médicale visant à valoriser la prise en charge des patients en tenant compte de la complexité des différentes situations cliniques.

Par ailleurs, afin de favoriser l'accès aux soins des patients à des soins spécialisés aux tarifs opposables et réduire le reste à charge, les partenaires conventionnels poursuivent la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM) en ajustant de façon progressive les honoraires de certains actes compte tenu de l'évolution des techniques.

Enfin, quelques modifications techniques tenant compte notamment d'un certain nombre d'évolutions législatives et réglementaires sont également réalisées. Ces modifications portent notamment sur le dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Article 1^{er}

Le développement du recours à la télémédecine

L'article 28.6 de la convention nationale, intitulé : « Le développement du recours à la télémédecine » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Article 28.6. Le recours aux actes de télémédecine

L'encouragement au développement des regroupements professionnels et aux échanges d'information et d'avis entre professionnels de santé, notamment avec le déploiement de la télémédecine (téléexpertise et téléconsultation), participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous.

Face à ce défi, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner l'essor des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients en inscrivant, dans le droit commun, les actes de téléconsultation et de téléexpertise, conformément aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2018.

Afin que le déploiement de la télémédecine s'effectue dans les meilleures conditions possibles, les partenaires conventionnels souhaitent procéder par étapes.

La téléconsultation sera ouverte au 15 septembre 2018 à l'ensemble des patients après modification de la liste des actes et prestations prévue à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Le calendrier de déploiement de la téléexpertise à l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Dans ce cadre, ils conviennent de définir le champ de ces actes et leurs tarifs ainsi que leurs modalités de réalisation et de facturation.

Article 28.6.1. La téléconsultation

Article 28.6.1.1. Champ d'application de la téléconsultation

Définition

Dans le cadre de la présente convention, est entendue comme téléconsultation, la consultation à distance réalisée entre un médecin exerçant une activité libérale conventionnée, dit "téléconsultant", quel que soit son secteur

d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé.

L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas par le médecin traitant et le médecin correspondant.

Patients concernés

L'ensemble des patients peut bénéficier de téléconsultations.

Ils doivent être informés des conditions de réalisation de la téléconsultation et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte.

Parcours de soins et connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant

Les partenaires conventionnels souhaitent que les téléconsultations s'organisent dans le respect du parcours de soins coordonné.

Principe

Les téléconsultations s'inscrivent dans le respect du parcours de soins coordonné, tel que défini dans la présente convention.

Ainsi, pour pouvoir ouvrir droit à la facturation à l'Assurance maladie, les patients bénéficiant d'une téléconsultation doivent être :

- orientés initialement par leur médecin traitant, dans les conditions définies à l'article 18.1 de la convention, quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier ;
- connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire ayant bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents, avant toute facturation de téléconsultation, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Dans le cadre du suivi régulier des patients, le recours à la téléconsultation s'effectue en alternance avec des consultations dites « en présentiel », au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, conformément aux dispositions du présent article.

Exceptions

Les exceptions au parcours de soins définies à l'article 17 de la présente convention s'appliquent aux téléconsultations :

- patients âgés de moins de 16 ans ;
- accès direct spécifique pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie).

En outre, l'exigence de respect du parcours de soins coordonné ne s'applique pas aux patients, dès lors qu'ils sont dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- ne disposent pas de médecin traitant désigné ;
- ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé.

Dans ces deux dernières situations, le médecin téléconsultant de premier recours n'a pas nécessairement à être connu du patient (exception au principe de connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant défini dans le présent article). Le recours aux téléconsultations est assuré dans le cadre d'une organisation territoriale dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2.

Article 28.6.1.2. La mise en place d'organisations territoriales pour le recours aux téléconsultations sans orientation par le médecin traitant

Dans les situations dérogatoires au parcours de soins coordonné, telles que définies au dernier alinéa de l'article 28.6.1.1, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner la mise en place et la promotion d'organisations territoriales coordonnées.

Ces organisations doivent permettre aux patients :

- d'être pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins ;
- d'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins ;
- d'être en mesure dans un second temps de désigner un médecin traitant pour leur suivi au long cours et réintégrer ainsi le parcours de soins.

Il peut s'agir de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de centres de santé (CDS) ou de toute organisation territoriale qui se proposent notamment d'organiser une réponse en télémédecine de manière coordonnée et ouverte à tous les professionnels de santé du territoire.

Dans ce dernier cas, la commission paritaire locale (CPL) ou régionale (CPR) saisie, valide l'organisation proposée afin de vérifier si celle-ci répond à l'organisation territoriale souhaitée par les partenaires conventionnels dans le cadre des téléconsultations.

Les téléconsultations réalisées dans ce cadre doivent répondre aux conditions définies aux articles 28.6.1 et suivants de la présente convention.

Article 28.6.1.3. Modalités de réalisation de l'acte de téléconsultation

Conditions de réalisation

La téléconsultation est obligatoirement réalisée par vidéotransmission, et dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques des patients permettant de garantir la réalisation d'une consultation de qualité.

Elle doit également être réalisée :

- dans des lieux permettant la confidentialité des échanges entre le patient et le médecin consultant ;
- dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés, dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

Les médecins souhaitant recourir aux téléconsultations peuvent se référer utilement aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités ou opérateurs sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Compte-rendu de la téléconsultation

L'acte de téléconsultation doit faire l'objet d'un compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires, et doit être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être, le cas échéant, intégré par le médecin assurant la téléconsultation, quand il n'est pas le médecin traitant du patient, dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

Aide à l'équipement

Les parties signataires souhaitent accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant le recours à la télémédecine.

Dans cette perspective, ils proposent de contribuer aux investissements nécessaires, par la mise en place de deux nouveaux indicateurs du forfait structure, défini à l'article 20 de la présente convention.

Article 28.6.1.4. Modalités de rémunération de l'acte de téléconsultation

Rémunération du médecin téléconsultant

Les partenaires conventionnels considèrent que les actes de téléconsultation sont valorisés dans les mêmes conditions que les consultations dites "en présentiel" (en présence du patient), décrites à l'article 28.1 de la présente convention relatif à la consultation de référence et à l'article 28.2 relatif à la consultation coordonnée, auxquelles elles se substituent. Ces actes sont facturés sous les codes TCG et TC selon la spécialité et le secteur d'exercice du médecin (cf. annexe 1 de la convention médicale).

Les majorations associées à ces consultations s'appliquent dans les mêmes conditions y compris pour la majoration pour le suivi des personnes âgées (MPA), définie à l'article 28.5 de la convention.

Ces actes sont facturés conformément aux dispositions applicables aux secteurs conventionnels, définis aux articles 37 et 38 de la convention.

Ces dispositions entreront en vigueur le 15 septembre 2018, après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Rémunération du médecin associé à la téléconsultation

Dans le cas où un médecin assiste le patient au moment de la réalisation de la téléconsultation, ce médecin peut facturer une consultation dans les conditions habituelles, parallèlement à la facturation de la téléconsultation par le médecin téléconsultant.

Article 28.6.1.5. Modalités de facturation de l'acte de téléconsultation

Dans le cadre des téléconsultations, le patient étant en principe connu du médecin téléconsultant, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du médecin.

Dans les cas particuliers, définis à l'article 28.6.1.1, où le médecin téléconsultant ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants droit, en sus la date de naissance et le rang gémellaire) sont transmises par le médecin traitant au médecin associé à la téléconsultation ou à l'organisation mise en place dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte par le médecin téléconsultant, un appel au web service ADRI, dans les conditions définies à l'article 60.5.4 de la présente convention, est réalisé, afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

En outre, le médecin téléconsultant doit mentionner, le cas échéant, dans la feuille de soins, le numéro d'identification du professionnel de santé éventuellement présent auprès du patient.

En l'absence de possibilité de lire la carte vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

De manière dérogatoire, dans l'attente de la modification de l'article précité pour intégrer les actes de télémédecine, le médecin a la possibilité de facturer en mode SESAM "dégradé" dans les conditions définies à l'article 61 de la présente convention. Dans ce cadre particulier, le médecin est exonéré de l'envoi des pièces justificatives papier, parallèlement au flux électronique, et ce par dérogation aux dispositions de l'article 61.1.2 de la convention.

Un groupe de travail associant l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats signataires de la convention sera réuni afin de préciser, avant le 15 septembre 2018, les modalités de facturation et de remboursement des actes de téléconsultation.

Article 28.6.2. La téléexpertise

Article 28.6.2.1. Champ d'application de la téléexpertise

Définition

Dans le cadre de la présente convention, est entendue comme téléexpertise, l'expertise sollicitée par un médecin dit "médecin requérant" et donnée par un médecin dit "médecin requis", en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier.

Est visé l'ensemble des médecins libéraux conventionnés, quels que soient leur secteur d'exercice et leur spécialité médicale.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le médecin requérant. L'opportunité de sa réalisation relève de la responsabilité du médecin requis.

Patients concernés

Les partenaires conventionnels se fixent pour objectif d'ouvrir la téléexpertise à l'ensemble des patients.

Toutefois, afin que le déploiement de la téléexpertise s'effectue dans les meilleures conditions possibles, ils s'accordent à procéder par étapes.

Ainsi, ils conviennent d'ouvrir, dans un premier temps, la téléexpertise aux patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leurs situation géographique.

Le calendrier de déploiement de la téléexpertise au profit de l'ensemble des patients sera défini avant la fin de l'année 2020, au regard de l'observation du recours aux actes de téléexpertise à l'issue de la première étape.

Au cours de cette première étape, entrent dans le champ de la présente convention, les téléexpertises réalisées auprès des patients entrant dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- en affection longue durée (ALD) ;
- atteints de maladies rares telles que définies par la réglementation en vigueur, dans le cadre de l'organisation des centres de référence maladies rares ;
- résidant en zones sous denses, telles que définies à l'article 1434-4 du code de la santé publique et dans lesquelles s'appliquent les aides démographiques conventionnelles ;
- résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales ;
- détenus visés aux articles L. 381-30 et suivants du code de la sécurité sociale.

Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations

Connaissance préalable du patient par le médecin requis

Pour pouvoir ouvrir droit à la facturation, les patients bénéficiant d'une téléexpertise doivent en principe être connus du médecin requis, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Cette connaissance préalable du patient est facultative pour les téléexpertises de niveau 1, telles que définies à l'article 28.6.2.3.

Article 28.6.2.2. Modalités de réalisation de l'acte de téléexpertise

Conditions de réalisation

La téléexpertise doit être réalisée dans des conditions permettant de garantir :

- la confidentialité des échanges entre les médecins ;
- la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité de la facturation des actes réalisés ;
- le respect des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données.

L'équipement doit être adapté à l'usage de la téléexpertise avec une couverture des services nécessaires (images, photographies, tracés, etc.).

Les échanges dans le cadre de la téléexpertise entre le médecin requérant et le médecin requis doivent s'appuyer sur le recours à une messagerie sécurisée de santé.

Les médecins souhaitant recourir à la téléexpertise peuvent se référer utilement aux différents référentiels, cahiers des charges, recommandations encadrant ces conditions de réalisation émanant des autorités sanitaires ou d'autres autorités publiques.

Compte-rendu de la téléexpertise

L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte rendu, établi par le médecin requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au médecin traitant et au médecin requérant ayant sollicité l'acte.

Un compte rendu doit être intégré, le cas échéant, dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert. Cette intégration s'effectue dans les conditions définies par les articles L. 1111-14 et suivants et R. 1111-30 et suivants du code de la santé publique et relatifs aux conditions d'alimentation du DMP et aux conditions d'accès du patient et des professionnels de santé aux informations présentes dans ce dossier.

Article 28.6.2.3. Niveaux de téléexpertise

Deux niveaux de téléexpertise sont définis :

Un premier niveau de téléexpertise, consistant en un avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale. En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis de premier niveau correspond à l'analyse de documents en nombre limité (photographie, résultat d'examen complémentaire isolé, données cliniques y compris pour aider à l'orientation de la prescription, etc.).

Relèvent notamment d'une téléexpertise de niveau 1, les situations et pathologies suivantes :

- interprétation d'une photographie de tympan, ou de pathologie amygdalienne ;
- lecture d'une rétinographie ;
- étude d'une spirométrie ;
- lecture de photos pour une lésion cutanée, pour le suivi d'une plaie chronique d'évolution favorable ;
- titration des Beta bloquants dans l'insuffisance cardiaque, interprétation d'un électrocardiogramme ;
- surveillance cancérologique simple selon les référentiels ;
- ...

Cette liste a vocation à évoluer en fonction des pratiques et des cas d'usages et au regard des recommandations et référentiels (Haute Autorité de santé, Conseils nationaux professionnels – CNP, etc.).

Les partenaires conventionnels conviennent d'enrichir par la voie d'avenants conventionnels, cette liste au regard de ces pratiques, cas d'usages, recommandations et référentiels.

Le contenu des téléexpertises de niveau 1 et leurs modalités de réalisation et de facturation sont définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

- Un second niveau de téléexpertise, consistant en un avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence.

En dehors de la prise en compte du contexte clinique qui est indispensable à toute téléexpertise, l'avis de second niveau correspond à l'analyse de plusieurs types de documents.

Relèvent notamment d'une téléexpertise de niveau 2 les situations et pathologies suivantes :

- surveillance en cancérologie dans le cadre de la suspicion d'une évolution ;
- suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation ;
- suivi d'évolution complexe de maladie inflammatoire chronique ;
- adaptation d'un traitement anti épileptique ;
- bilan pré chimiothérapie, lors de son initiation ;
- ...

Cette liste a vocation à évoluer en fonction des pratiques et des cas d'usages et au regard des recommandations et référentiels (Haute Autorité de santé, Conseils nationaux professionnels – CNP, etc.).

Les partenaires conventionnels conviennent d'enrichir cette liste par voie d'avenants conventionnels, au regard de ces pratiques, cas d'usages, recommandations et référentiels.

Le contenu des téléexpertises de niveau 2 et leurs modalités de réalisation et de facturation sont définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Au terme d'une période d'une année de mise en œuvre, les partenaires conventionnels, conviennent d'identifier en lien avec les recommandations et référentiels de la HAS et des CNP, les actes de téléexpertise qui seraient susceptibles de justifier la création d'un troisième niveau de tarification correspondant à des actes particulièrement complexes.

Article 28.6.2.4. Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise

Les téléexpertises, effectuées entre médecin requérant et médecin requis, peuvent être ponctuelles ou répétées, asynchrones ou synchrones.

Rémunération du médecin requis

Le niveau de valorisation des actes de téléexpertise tient compte :

- du niveau de l'expertise réalisée : premier niveau ou second niveau ;
- et de sa fréquence de réalisation : ponctuelle ou répétée.

Les téléexpertises de niveau 1 sont effectuées de manière ponctuelle ou répétée et sont facturables dans les conditions suivantes :

- 12 euros par téléexpertise ;
- et dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient.

Les téléexpertises de niveau 2 sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables dans les conditions suivantes :

- 20 euros par téléexpertise ;
- et dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient.

Les actes de téléexpertise de niveau 1 et 2 sont cumulables pour un même patient dans les limites fixées pour chacun d'entre eux.

L'acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant et facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant, correspond à une téléexpertise de niveau 2.

L'ensemble de ces actes de téléexpertise ne peut pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Rémunération du médecin requérant

Le travail de coordination du médecin requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un confrère, est valorisé dans les conditions suivantes.

La rémunération est la suivante :

- valorisation par un forfait de 5 € par téléexpertise de niveau 1 et 10 € par téléexpertise de niveau 2 ;
- avec un maximum de 500 € par an pour l'ensemble des téléexpertises requises quel que soit leur niveau.

Le calcul du montant de cette rémunération est réalisé à partir des facturations des actes du médecin requis (le numéro du médecin requérant devant être renseigné dans la facturation de l'acte du médecin requis).

Le versement de ce forfait s'effectue selon une fréquence annuelle.

La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

Article 28.6.2.5. Modalités de facturation de l'acte de téléexpertise

Dans le cadre des téléexpertises, le patient étant en principe connu du médecin requis, les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel du médecin.

Dans les cas où le médecin requis ne connaît pas le patient, les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants droit, en sus la date de naissance et le rang gémellaire), sont transmises par le médecin requérant dans les conditions définies à l'article 28.6.1.5.

En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte par le médecin téléconsultant, un appel au web service ADRI, dans les conditions définies à l'article 60.5.4 de la présente convention, est réalisé, afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

En outre, le médecin requis doit obligatoirement mentionner, dans la feuille de soins, le numéro d'identification du médecin requérant.

En l'absence de possibilité de lire la carte vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans vitale, dans les conditions définies à l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale.

De manière dérogatoire, dans l'attente de la modification de l'article précité, pour intégrer les actes de télé médecine, le médecin a la possibilité de facturer en mode SESAM "dégradé" dans les conditions définies à l'article 61 de la présente convention.

Dans ce cadre particulier, le médecin est exonéré de l'envoi des pièces justificatives papier, parallèlement au flux électronique, et ce par dérogation aux dispositions de l'article 61.1.2 de la convention.

Un groupe de travail associant l'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats signataires de la convention sera réuni afin de préciser, avant le 1^{er} novembre 2018, les modalités de facturation et de remboursement des actes des médecins requis.

Article 28.6.3. Suivi des actes de télé médecine

Le déploiement des actes de télé médecine fait l'objet d'un suivi dans le cadre de l'observatoire des mesures conventionnelles prévu à l'article 81 de la convention.

En fonction des résultats observés, les partenaires conventionnels se réservent la possibilité de redéfinir, à partir de 2020, le périmètre, les modalités de réalisation et de tarification des actes de téléconsultation et de téléexpertise.

Ce dispositif sera amené à évoluer, dans la durée, en tenant compte des éléments disponibles quant à l'évaluation des impacts médicaux et économiques liés au déploiement des actes de téléconsultation et de téléexpertise. ».

Article 2

Missions de l'observatoire des mesures conventionnelles

Les dispositions de l'article 81.1 de la convention nationale intitulé « Missions de l'observatoire » sont complétées comme suit. Après les termes : « – l'évolution de la rémunération sur objectifs de santé publique », ajouter les termes : « – le suivi des modalités de réalisation et de facturation des actes de télémedecine ainsi que les impacts médicaux et économiques liés au déploiement des actes de téléconsultation et de téléexpertise. ».

Article 3

La valorisation du forfait structure

L'article 20 de la convention nationale, intitulé « La mise en place d'un forfait structure » est modifié comme suit :

La dernière phrase avant les termes : « Article 20.1 » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes : « Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points pour l'année 2017, 460 points pour l'année 2018 et 735 points pour l'année 2019.

La valeur du point est fixée à 7 euros. ».

L'article 20.2 de la convention nationale intitulé « Deuxième volet du forfait structure : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients » est modifié comme suit :

Après les dispositions relatives à l'indicateur 5 sont ajoutées les dispositions suivantes :

« –Indicateur 6 : valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

« Cet indicateur mis en place à compter de l'année 2019 est affecté de 50 points pour l'aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémedecine, etc.

« – Indicateur 7 : valoriser le recours à la télémedecine – aide à l'équipement en équipements médicaux connectés

« Cet indicateur mis en place à compter de l'année 2019 est affecté de 25 points pour l'aide à l'acquisition d'équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémedecine ; la liste de ces équipements sera établie, avant la fin 2018, sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année. »

A l'article 20.2, la phrase : « Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 380 points en 2019 » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes :

« Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 455 points en 2019. »

En outre, l'annexe 12, intitulée « LE FORFAIT STRUCTURE » est supprimée et remplacée par l'annexe 1 du présent avenant.

Article 4

Mesures relatives aux actes cliniques et techniques

Les partenaires conventionnels souhaitent poursuivre la démarche initiée en 2016 dans la nouvelle convention médicale, visant à valoriser la prise en charge des patients, en tenant compte de la complexité des différentes situations cliniques.

Dans ce cadre, ils s'accordent sur les mesures suivantes.

A l'article 28.3.2 concernant la consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable valorisée par une majoration « PPN » de 16 euros, les partenaires conventionnels proposent d'élargir cette consultation à d'autres maladies neurodégénératives dans des conditions qui seront définies dans le cadre de l'inscription à la NGAP.

– A la fin de l'article 28.3.1 de la convention, sont ajoutés les termes suivants :

« – consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre, dénommée CSE (consultation suivi de l'enfant) réalisée à tarif opposable, qui serait valorisée à hauteur de 46 euros.

Cette valorisation sera mise en œuvre au sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. La mise en oeuvre de ces mesures tarifaires est soumise au délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. »

– A l'article 28.4 intitulé « les consultations très complexes » dans le paragraphe consacré à la consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signée le 22 juin 2007

NOR : SSAS1916881V

A fait l'objet d'une approbation, en application de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, conclu le 29 mars 2019, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, la Fédération nationale des infirmiers (FNI) et le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL).

AVENANT N° 6 A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES INFIRMIERS ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 22 JUIN 2007

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-12-2, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 1434-4 ;

Vu la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007, publiée au *Journal officiel* du 25 juillet 2007, ses avenants et ses annexes ;

Vu l'accord-cadre interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale, signé le 10 octobre 2018 ;

Il est convenu ce qui suit entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),

et

La Fédération nationale des infirmiers,

Le Syndicat national des infirmières et des infirmiers libéraux,

Convergence infirmière.

Les parties signataires du présent avenant conviennent que les dispositions de la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie obligatoire, signée le 22 juin 2007 ainsi que les dispositions de ses avenants 1 à 5 sont remplacées par les dispositions qui suivent.

Ces dispositions entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article.6.2. Soutenir l'investissement des infirmiers dans la mise en œuvre de la télémédecine

Dans le prolongement des engagements des parties signataires de l'accord cadre interprofessionnel mentionné à l'article L.162-1-13 signé le 10 octobre 2018 et sur la base des principes fondateurs de cet accord, notamment celui tenant à l'amélioration de l'accès aux soins, les parties signataires conviennent du rôle essentiel des infirmiers dans le déploiement de la télémédecine.

La télémédecine constitue un nouveau mode d'organisation déterminant dans l'amélioration de l'accès aux soins. En effet, la télémédecine permet une prise en charge plus rapide et au plus près du lieu de vie des patients. Elle évite notamment des déplacements inutiles et peut contribuer au désengorgement des services d'urgence en apportant une offre de soins de premier recours très accessible.

Afin de répondre à ces défis d'organisation des soins, les parties signataires s'entendent pour contribuer au développement de la télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, en s'appuyant sur les infirmiers et la proximité d'accès qu'ils offrent à la population. Dans ce cadre, les parties signataires s'entendent, dans le respect des dispositions législatives et du parcours de soins, pour positionner l'infirmier comme professionnel de santé accompagnant. La mission qui leur est confiée dans ce cadre consiste à proposer une offre organisationnelle des téléconsultations ainsi qu'une assistance au médecin téléconsultant pour la réalisation des actes nécessaires à l'examen clinique.

Article.6.2.1. Champ d'application de la téléconsultation

La téléconsultation se définit comme la consultation à distance réalisée par un médecin exerçant une activité libérale conventionnée, dit « téléconsultant », quel que soit son secteur d'exercice et sa spécialité médicale, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé.

Tout patient peut bénéficier de téléconsultations dès lors que le médecin l'estime opportun.

Les patients doivent être informés des conditions de réalisation de la téléconsultation et, après avoir reçu ces informations, avoir donné leur consentement préalablement à la réalisation de l'acte.

Les parties signataires s'accordent sur la nécessité d'organiser les téléconsultations dans le respect du parcours de soins coordonné. Cette modalité de consultation médicale doit être préalablement convenue entre le patient et son médecin.

Lorsque l'exigence tenant au respect du parcours de soins ne peut pas être satisfaite (patient ne disposant pas de médecin traitant désigné ou médecin traitant non disponible dans un délai

compatible avec l'état de santé du patient), la téléconsultation est assurée dans le cadre d'organisations territoriales coordonnées, telles que les centres de santé, les maisons pluriprofessionnelles de santé (MSP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les équipes de soins primaires (ESP) ou toute organisation territoriale, validée par les instances paritaires conventionnelles des médecins, qui se propose d'organiser, au niveau du territoire, une réponse en télémédecine de manière coordonnée, ouverte à tous les professionnels de santé du territoire et s'inscrivant dans une démarche de suivi global et régulier du patient.

Article.6.2.2. Rôle de l'infirmier accompagnant

L'infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

Article.6.2.3. Les conditions de réalisation de la téléconsultation

L'infirmier peut être amené à accompagner les patients dans le cadre de téléconsultations organisées à la demande du médecin. Elles doivent être obligatoirement réalisées par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises, la traçabilité des échanges, la confidentialité des échanges et l'intimité des patients. Lorsque la téléconsultation est réalisée dans des conditions définies à l'alinéa 5 de l'article 6.2.1, l'infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au médecin.

L'infirmier doit disposer des équipements nécessaires, adaptés aux situations cliniques des patients, afin de garantir la réalisation d'une téléconsultation de qualité.

Article.6.2.4. Modalités de rémunération de l'acte d'accompagnement à la téléconsultation

Les parties signataires s'accordent pour valoriser l'intervention des infirmiers dans le cadre des téléconsultations. Ils proposent dans ce cadre que soit créé à la nomenclature générale des actes professionnels un acte valorisant l'intervention de l'infirmier au titre de l'acte de téléconsultation.

Cet acte d'accompagnement à la téléconsultation serait valorisé différemment selon qu'il intervient ou non au décours d'un soin infirmier.

Lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient au décours d'un soin infirmier réalisé, l'acte serait valorisé à hauteur de 10 euros (code prestation TLS).

Lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient de manière spécifique (non réalisée au décours de soins infirmiers) dans un lieu dédié aux téléconsultations, l'acte serait valorisé à hauteur de 12 euros (code prestation TLL).

Lorsque l'accompagnement à la téléconsultation intervient de manière spécifique à domicile (intervention ponctuelle non réalisée au décours de soins infirmiers), l'acte serait valorisé à hauteur de 15 euros (code prestation TLD).

Les partenaires conventionnels proposent à titre dérogatoire que cet acte, lorsqu'il est réalisé au domicile du patient au cours d'une séance de soins infirmiers, soit associable à taux plein avec les actes réalisés au cours de la même séance, en dérogation à l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels. Il est également associable aux indemnités de déplacement.

L'infirmier assistant le médecin dans le cadre de la téléconsultation mentionne obligatoirement, sur la feuille de soins, le numéro d'identification du médecin téléconsultant dans la zone réservée à l'identification du prescripteur.

Ces dispositions entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2020 après modification préalable de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article.6.2.5. Aide à l'équipement nécessaire pour le déploiement de l'activité de télémédecine

Pour soutenir l'investissement des infirmiers dans le déploiement de l'activité de télémédecine, les parties signataires conviennent de mettre en place une aide à l'équipement selon les modalités suivantes :

-350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télémédecine,

-175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste sera établie, avant la fin de l'année 2019, sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.

Cette participation forfaitaire est versée annuellement dans le cadre du forfait d'aide à l'équipement du cabinet mentionné à l'article 22.

Article.6.2.6. Le suivi de la mise en œuvre de la téléconsultation

La télémédecine constitue une innovation dans les modalités de prise en charge des patients. A ce titre, les parties signataires s'accordent sur la nécessité d'assurer le suivi de la participation des infirmiers aux téléconsultations dans le cadre de la CPN.

Sous réserve d'une évolution du cadre législatif, les partenaires conventionnels examineront les modalités d'organisation et de valorisation des infirmiers au titre de l'activité de télésoin réalisée en libéral.

Avis et communications

AVIS DIVERS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

**Avis relatif à l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports
entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016**

NOR : SSAS2015271V

A fait l'objet d'une approbation, en application des articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162 15 du code de la sécurité sociale, l'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins libéraux, conclu le 14 avril 2020, entre d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et d'autre part, le Syndicat des médecins libéraux (SML), la Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF), la Fédération française des médecins généralistes (MG France), le syndicat « Le BLOC » et la Fédération des Médecins de France (FMF).

AVENANT N° 8
A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT
LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNEE LE 25 AOUT 2016

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L.162-14-1 et L.162-15, L. 861-1

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au Journal officiel du 23 octobre 2016, et ses avenants.

Il est convenu ce qui suit, entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM),

et

La Fédération Française des Médecins Généralistes,

La Fédération des Médecins de France,

Le Bloc,

La Confédération des Syndicats Médicaux Français,

Le Syndicat des Médecins Libéraux.

Préambule

L'avenant 6 à la convention médicale prévoit que la téléconsultation s'inscrit dans un cadre assurant une prise en charge de qualité et respectueuse des principes d'organisation de notre système de soins et notamment du parcours de soins.

Quelques exceptions à ces principes ont été définies dans ce même texte par les partenaires conventionnels afin de permettre un accès à la téléconsultation lorsque le patient ne dispose pas d'un médecin traitant ou que ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient. Une réponse par téléconsultation doit être nécessairement organisée en proximité et s'appuyer sur des organisations coordonnées, mises en place par les médecins au sein de leurs territoires d'exercice.

Dans le cadre du présent avenant, les partenaires conventionnels souhaitent apporter des précisions complémentaires sur la mise en œuvre de ces exceptions à l'application du parcours de soins de manière à garantir une prise en charge et un suivi des patients de qualité en cohérence avec l'organisation du système de soins.

Par ailleurs, afin d'améliorer l'accès aux soins et faciliter le déploiement de la télémédecine, les parties signataires souhaitent mettre en place un cadre expérimental autorisant le déploiement et l'évaluation de solutions de télémédecine dans des conditions dérogatoires à certains principes de l'avenant 6.

Au vu du résultat de ces expérimentations, les partenaires conventionnels étudieront la nécessité de réviser le texte conventionnel.

En outre, les partenaires conventionnels conviennent de procéder à un certain nombre d'adaptations du texte conventionnel, au regard de différentes réformes législatives et évolutions conventionnelles intervenues au cours des derniers mois. Ils conviennent ainsi :

- de rénover le modèle de devis dentaire conventionnel conformément avec la réforme du « 100% santé », et par ailleurs d'adapter le texte conventionnel à la mise en place de la Complémentaire santé solidaire, en lieu et place de la CMUC et de l'ACS, à compter du 1^{er} novembre 2019. Ils conviennent en outre de transposer aux médecins spécialistes des actes bucco-dentaires, un certain nombre de mesures issues de l'avenant n°3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.
- d'apporter des compléments aux dispositions relatives à l'aide à l'embauche d'un assistant médical.

Les modifications apportées à la convention nationale sont les suivantes.

Article 1^{er} - Champ d'application de la téléconsultation

A l'article 28.6.1.1 de la convention médicale intitulé « Champ d'application de la téléconsultation », dans le premier sous-titre intitulé « Définition » les modifications suivantes sont apportées.

Après, les termes « exerçant une activité libérale conventionnée » sont ajoutés les termes suivants : « ou dans une structure conventionnée. ».

Au même article, le troisième sous-titre intitulé, « Parcours de soins et connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Parcours de soins, connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant et alternance des soins en téléconsultations »

Principe

Les partenaires conventionnels souhaitent que les téléconsultations s'organisent dans le respect du parcours de soins coordonné, tel que défini dans la présente convention.

Ainsi, pour pouvoir ouvrir droit à la facturation à l'Assurance maladie, les patients bénéficiant d'une téléconsultation doivent être orientés initialement par leur médecin traitant, dans les conditions définies à l'article 18.1 de la convention, quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier.

Pour assurer la qualité des soins, les patients doivent également être connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire ayant bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents, avant toute facturation de téléconsultation, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Enfin, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations (au moins une consultation présentielle avec le même médecin dans les 12 mois précédent une téléconsultation) au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, conformément aux dispositions du présent article.

Le respect cumulatif de ces principes conditionne la prise en charge de la téléconsultation par l'assurance maladie.

Exceptions et aménagements

Les aménagements au parcours de soins définis à l'article 17 de la présente convention s'appliquent aux téléconsultations dans les cas suivants :

- patients âgés de moins de 16 ans,
- accès direct spécifique pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie).

En outre et par exception, l'exigence de respect du parcours de soins coordonné ne s'applique pas aux patients, dès lors qu'ils sont dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- ne disposent pas de médecin traitant désigné,
- ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé,
- ou en situation d'urgence, telle que définie par le code de la sécurité sociale,
- ou résidant en établissement pour personnes âgées dépendantes ou établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial,
- ou détenus visés aux articles L. 381-30 et suivants du Code de la Sécurité sociale

« Dans ces cinq dernières situations, le médecin téléconsultant de premier recours n'a pas nécessairement à être connu du patient (exception au principe de connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant défini dans le présent article). Le recours aux téléconsultations doit alors être organisé dans le cadre d'une organisation territoriale dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2. ».

Article 2 – Les organisations territoriales coordonnées de soins pour le recours aux téléconsultations

Les modifications apportées à la convention nationale sont les suivantes.

L'article 28.6.1.2 de la convention médicale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

«Article 28.6.1.2 : L'organisation territoriale de téléconsultation

Principe

La territorialité de la réponse à la demande de soins par la voie de la téléconsultation constitue un principe général s'appliquant tant aux téléconsultations organisées sur orientation du médecin traitant qu'aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant.

Le recours aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant

Dans les situations dérogatoires au parcours de soins coordonné, telles que définies au dernier alinéa de l'article 28.6.1.1, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner la mise en place et la promotion d'organisations territoriales coordonnées.

Ces organisations doivent permettre aux patients :

- d'être orienté et pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins,
- d'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins,
- d'être en mesure dans un second temps d'orienter le patient vers un médecin traitant pour leur suivi au long cours et réintégrer ainsi le parcours de soins.

Il peut s'agir de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de centres de santé (CDS), ou de toute organisation territoriale qui se proposent notamment d'organiser une réponse en télémédecine de manière coordonnée et ouverte à tous les professionnels de santé du territoire.

Les modalités de recours aux actes de téléconsultation mises en place par ces organisations territoriales coordonnées sont définies dans une logique d'ancrage territorial de proximité, afin de respecter les principes définis ci-dessus et de permettre de pouvoir également orienter les patients dont la situation le nécessite vers une consultation dites « en présentiel » conformément aux dispositions de l'article 28.6.1.1 de la convention et de pouvoir réintégrer à terme le parcours de soins.

Les organisations territoriales coordonnées organisées sous la forme de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé sont référencées par la caisse primaire de leur lieu d'implantation, après avoir recueilli l'avis, à titre consultatif, de la commission paritaire locale des médecins libéraux (CPL), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est départemental, ou de la commission paritaire régionale des médecins libéraux (CPR), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est limitrophe à plusieurs départements, et l'avis complémentaire de la commission paritaire régionale des centres de santé dans le cas où l'organisation est constituée sous la forme d'un centre de santé.

Cet avis consultatif peut être recueilli sur pièces, sans nécessité de réunion formelle de l'instance paritaire.

Une fois l'avis de la commission recueilli, le directeur de la caisse informe, par tous moyens, le porteur de projet du référencement ou non de l'organisation territoriale envisagée.

Cette information est rendue dans un délai de deux mois suivants le dépôt de la demande de référencement par le porteur de projet.

Les organisations territoriales coordonnées constituées sous une autre forme doivent faire l'objet d'une validation devant les instances paritaires conventionnelles médecins locales ou régionales (avant de pouvoir faire l'objet d'un référencement par la caisse primaire de leur lieu d'implantation), en fonction de la taille du territoire que recouvre le projet d'organisation territoriale, afin de vérifier qu'elles répondent bien aux principes définis dans la présente convention quant aux conditions de prise en charge des actes de téléconsultations.

La procédure de validation devant les instances paritaires des projets déposés est définie à l'annexe 23.

La caisse dresse une liste exhaustive et complète de l'ensemble des organisations territoriales référencées dans les conditions définies supra afin de mettre à disposition cette liste aux patients, professionnels de santé, et autres acteurs concernés du territoire. ».

Article 3 - Téléconsultations - Mise en place d'un cadre permettant la réalisation d'expérimentations

Un article 28.6.1.6 est créé rédigé de la manière suivante.

« Afin d'améliorer l'accès aux soins et faciliter le déploiement de la télémédecine, les parties signataires souhaitent mettre en place un cadre visant à permettre la réalisation d'expérimentations de solutions de télémédecine nécessitant des dérogations aux principes posés par la présente convention pour encadrer les modalités de prise en charge des actes de téléconsultations : orientation initiale par le médecin traitant, connaissance préalable du patient et alternance sur douze mois de consultations présentielles et de téléconsultations, caractère territorial de la réponse. Au vu du résultat de ces expérimentations, les partenaires conventionnels étudieront la nécessité de réviser le texte conventionnel afin de les inscrire dans le cadre de droit commun.

Ainsi, tout porteur de projet souhaitant mettre en place des modalités de recours aux actes de téléconsultations ne répondant pas aux principes sus visés, peut déposer une demande auprès du Secrétariat de la Commission Paritaire nationale définie à l'article 80 de la présente convention visant à mettre en place une expérimentation de son modèle d'organisation.

Le dossier de demande d'une expérimentation doit notamment préciser le schéma précis de l'organisation envisagée, les dérogations prévues par rapport aux modalités d'organisation et de prise en charge des actes de téléconsultations définies dans la convention, les motifs pour lesquels il apparaît nécessaire de déroger au cadre défini dans la convention, le territoire envisagé pour la mise en place de l'expérimentation, les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

Les membres de la CPN se prononcent sur l'opportunité de mettre en place cette expérimentation, sa durée, le ou les territoires retenus pour sa réalisation.

Les modalités de vote sont celles définies à l'annexe 23 de la convention médicale. Une audition du porteur de projet est possible en séance.

La décision conforme à l'avis de la CPN est notifiée par le Directeur de l'UNCAM.

La CPN effectue un suivi régulier des expérimentations menées. ».

Article 4 - Modification du règlement intérieur type des commissions paritaires

Est ajouté à la fin de l'annexe 23 de la convention médicale intitulé « règlement intérieur type des commissions paritaires un article 6 rédigé de la manière suivante.

« Article 6 - Dispositions particulières sur les organisations coordonnées territoriales de proximité dans le cadre de la téléconsultation

Conformément aux dispositions de l'article 28.6.1.2 de la présente convention, les organisations territoriales coordonnées constituées sous une autre forme que communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé sont référencées par la caisse primaire à l'issue de la validation de l'organisation proposée par la commission paritaire locale (CPL) ou régionale des médecins libéraux (CPR) selon le territoire d'intervention de l'organisation, afin de s'assurer que celle-ci répond à l'organisation territoriale souhaitée par les partenaires conventionnels dans le cadre des téléconsultations.

Ainsi :

- la commission paritaire locale (CPL) est compétente, si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est départemental,
- la commission paritaire régionale (CPR), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est limitrophe à deux ou trois départements.

Les membres de la CPL/CPR se prononcent sur la validation de cette organisation lors d'une réunion de l'instance, qui doit se tenir au plus tard dans un délai de trois mois suivants la réception du dossier complet remis par le porteur de projet.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, à la demande du porteur de projet, ce dernier peut être entendu en séance, pour fournir les explications complémentaires qu'il juge utile.

Les modalités de vote suivent celles définies à l'article 2.2 de la présente annexe.

La commission paritaire émet en séance un avis sur la décision à prendre.

Une fois l'avis de la commission rendu, le directeur de la caisse arrête la décision conforme à l'avis de la commission et la notifie au porteur de projet dans un délai d'un mois.

Dans le cas où l'avis de la commission est réputé rendu (non tenue de la réunion, partage égal des voix) le directeur arrête la décision après avis du Directeur de l'UNCAM.

Dans les deux cas, le directeur de la caisse, adresse simultanément une copie de sa décision au Président et au Vice-Président de la CPL ou de la CPR.

Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le porteur de projet pour contester la décision. ».

Article 5 - Modification du modèle de devis dentaire

Dans l'hypothèse où les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale proposeraient aux patients un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de l'assurance maladie complémentaire), ceux-ci s'engagent à proposer une alternative sans reste à charge ou, à défaut, avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.

Le modèle de devis établi conformément à ces dispositions est joint en annexe 28 de la convention nationale, accompagné d'une fiche explicative.

Ainsi, l'annexe 28 de la convention nationale intitulée : « devis type pour les traitements et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe » est annulée et remplacée par l'annexe 28 figurant en **annexe 1** du présent avenant.

Article 6- Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère

Les dispositions de l'article 12.1 de l'annexe 13 de la convention nationale intitulé « Patients concernés » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap et pour lesquels une adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire est nécessaire sont concernés par les mesures décrites ci-après.

Afin de faciliter l'identification des situations nécessitant une adaptation de prise en charge en santé bucco-dentaire et permettant au médecin de bénéficier de ces mesures, une grille d'évaluation du comportement et de la coopération de ces patients au cours d'une séance de soins dentaires est proposée en annexe 13 bis de la présente convention. Dès lors que pour un des domaines de la grille, l'adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire du patient en situation de handicap nécessaire est « modérée » ou « majeure », les mesures de

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

NOR : SSAS2128599A

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;
Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, annexé au présent arrêté, conclu le 30 juillet 2021, entre d'une part l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Fédération Française des Médecins Généralistes (MG France), l'Union syndicale Avenir-Spé-le BLOC et la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF).

Art. 2. – Le présent arrêté sera publié *au Journal officiel* de la République française.

Fait le 22 septembre 2021.

Le ministre des solidarités et de la santé,
Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
K. JULIENNE

*Le ministre de l'économie,
des finances et de la relance,*
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
F. VON LENNEP

ANNEXE 1

AVENANT N° 9 À LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉE LE 25 AOÛT 2016

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;
Vu les lignes directrices du Ministre de la santé et des solidarités en date du 19 août 2020 ;
Vu les orientations du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 27 août 2020 ;
Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au *Journal officiel* du 23 octobre 2016, et ses avenants,

Il est convenu ce qui suit, entre :

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM),
et

La Fédération Française des Médecins Généralistes,
L'Union Syndicale Avenir Spé-Le Bloc,
La Confédération des Syndicats Médicaux Français,

Préambule

Les négociations de ce présent avenant se placent dans un contexte particulier et inédit : les partenaires conventionnels ont souhaité tirer collectivement les enseignements de la crise sanitaire liée au COVID-19 en procédant à des aménagements structurants, afin d'adapter notre système de santé, de sorte à mieux prendre en compte les besoins des assurés et des professionnels de santé libéraux mis en exergue par cette crise. La dynamique amorcée par la stratégie « Ma santé 2022 » doit être poursuivie, en lien avec les objectifs du Ségur de la santé.

Les partenaires conventionnels souhaitent prioritairement s'attacher à la question de la prise en charge à domicile des personnes âgées. La campagne de vaccination contre le COVID-19 a démontré l'importance de « l'aller-vers » pour les personnes en situation de dépendance. Plus généralement, l'accompagnement du grand âge et de l'autonomie nécessite de revoir le modèle de prise en charge à domicile. Les partenaires conventionnels s'accordent à inciter les médecins traitants à se rendre au domicile de leurs patients âgés, en particulier en perte d'autonomie, au moins une fois par trimestre. Aussi, la rémunération de la visite à domicile des médecins généralistes sera doublée pour les patients de 80 ans et plus en ALD.

Dans ce contexte de crise, la santé mentale et la santé des enfants sont plus que jamais des enjeux prioritaires. Aussi, les partenaires conventionnels s'accordent sur un effort substantiel en faveur de la psychiatrie et la pédiatrie, avec une attention particulière portée à la pédopsychiatrie et à la prise en charge des enfants souffrant de troubles du neuro-développement. De surcroît, afin d'assurer une meilleure prise en charge des enfants admis à l'Aide sociale à l'enfance, leur bilan de santé par les généralistes et les pédiatres relèvera désormais d'une consultation complexe. Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, la constitution et la transmission du dossier MDPH, qui requièrent beaucoup de temps, seront de surcroît valorisées comme des consultations très complexes.

Les partenaires conventionnels s'accordent également à renforcer la qualité du parcours de soins, d'une part en élargissant le champ de la télé-expertise, d'autre part en revalorisant l'avis ponctuel de consultant.

Les partenaires conventionnels souhaitent en outre tirer les enseignements des dérogations accordées durant la crise sanitaire afin de permettre à la téléconsultation de poursuivre son essor, dans un cadre garantissant la qualité des soins et le respect du parcours de soins.

Face aux difficultés d'accès aux soins, il est prévu de mettre en place, dès 2022, un Service d'accès aux soins (SAS) permettant d'orienter les patients ressentant un besoin de soins urgent ou immédiat. Il s'agit de permettre à ces patients de trouver une réponse adéquate au sein du système de santé, en donnant à la médecine libérale les moyens de construire cette organisation, notamment dans le cadre des expérimentations en cours de déploiement.

Par ailleurs, le Ségur de la Santé porte une nouvelle politique d'investissement massif en faveur du numérique en santé, condition indispensable à la transformation du système de santé, dans un cadre éthique, respectueux des droits de l'ensemble des acteurs de l'écosystème, usagers et professionnels. Les partenaires conventionnels s'accordent ainsi à accompagner les médecins libéraux à l'usage des nouvelles modalités offertes par le Ségur numérique, parmi lesquelles le volet médical de synthèse, la messagerie sécurisée, la e-prescription et l'application Carte Vitale.

En outre, les partenaires conventionnels s'accordent pour mettre en œuvre un nouveau dispositif valorisant l'engagement des médecins dans une démarche d'efficacité des prescriptions, à travers la mise en place d'un dispositif optionnel d'intérêt à la prescription de médicaments biosimilaires, conforme aux recommandations de bonne pratique et respectueux des choix des patients.

Par ailleurs, les dispositions conventionnelles encadrant les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO) seront modifiées pour permettre aux médecins adhérents un suivi plus réactif de leurs résultats afin de leur permettre un meilleur pilotage de leur pratique tarifaire.

Enfin, les partenaires conventionnels conviennent de procéder à certaines adaptations du texte conventionnel à diverses mesures législatives et réglementaires. Il s'agit notamment de :

- l'intégration des praticiens hospitalier à temps partiel dans le champ d'application de la convention ;
- et de la valorisation de l'aide financière complémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale pour cause de paternité.

Dans ce cadre, il est convenu ce qui suit :

Article 1^{er}

Renforcer le recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins, soutenir les spécialités en tension et renforcer l'accès aux soins des personnes fragiles

Article 1-1

Renforcer le recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins, et soutenir les spécialités en tension

- valoriser l'activité psychiatrique :

Le dernier alinéa de l'article 28.1 intitulé « La consultation de référence » de la convention nationale est remplacé par l'alinéa suivant :

« La consultation des psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (CNPSY) est portée « de 39 euros à 42,5 euros (tarif métropole). »

Au même article, un nouvel alinéa est ajouté en fin d'article comme suit :

« Les partenaires conviennent de la création d'une majoration spécifique de la consultation des psychiatres pour les patients de moins de 16 ans, pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et en secteur à honoraires différents adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable, avec une valeur de 3 euros. »

- valoriser l'activité pédiatrique :

Le deuxième alinéa de l'article 28.2.2 de la convention nationale intitulé : « Les consultations de suivi de l'enfant de moins de 6 ans par les médecins généralistes et les pédiatres » est remplacé par l'alinéa suivant :

« Pour les pédiatres, ils proposent la revalorisation de la majoration spécifique - Nouveau Forfait Pédiatrique (NFP) - applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin avec une valeur de 10 euros afin de valoriser la consultation pour les nourrissons de 0 à 2 ans. »

- valoriser la prise en charge sans délai des patients en ville par les médecins libéraux :

Le quatrième alinéa de l'article 28.2.4 de la convention nationale intitulé : « Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant pour une prise en charge dans les 48 heures », est complété par la phrase suivante :

« Pour les psychiatres, la consultation réalisée à la demande du médecin traitant ou par le régulateur libéral du SAS, dans les deux jours ouvrables suivant cette demande telle que définie en NGAP par la décision UNCAM du 20/12/11 est valorisée 2 CNPSY. »

- valoriser l'activité de gynécologie médicale

Après l'article 29.6 de la convention nationale, est inséré un nouvel article 29.7 intitulé : « Valorisation de l'activité de gynécologie médicale » rédigé comme suit :

« Les partenaires proposent la création d'une majoration spécifique des consultations ou visites cotées CS ou VS des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79) exerçant en secteur à honoraires opposables et en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque la consultation ou la visite est facturée à tarif opposable, avec une valeur de 2 euros.

Les partenaires s'accordent pour valoriser le temps médical et diagnostic réalisé dans le prolongement d'une colposcopie (JLQE002) par la création d'un supplément d'une valeur de 15 euros. »

Article 1-2

Améliorer la prise en charge des patients fragiles

- mesures en faveur de la prise en charge des enfants dans le cadre de l'Aide Sociale à l'enfance (ASE) :

1° L'article 28.3.1 intitulé « Consultations à fort enjeu de santé publique », est complété par l'alinéa suivant :

« – Conformément aux dispositions de l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, les partenaires conventionnels s'accordent à créer une consultation complexe "ASE" valorisée à 46 euros (tarif métropole) ouverte aux médecins généralistes et aux pédiatres, afin de réaliser le bilan de santé et de prévention obligatoire prévu à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. »

2° Le cinquième alinéa de l'article 28.3.4 de la convention nationale intitulé : « Revalorisation de certaines consultations complexes de la NGAP et création de nouvelles consultations complexes », est supprimé et remplacé de la manière suivante :

« – Consultation pour diabète compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant ou première consultation pour endocrinopathie complexe réalisée par l'endocrinologue ou le médecin spécialiste en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie, qui est valorisée par la majoration MCE, portée à 22 euros (tarif métropole). »

3° Le 2^e alinéa de l'article 28.3.5 intitulé : « Valorisation de l'avis ponctuel de consultant » est remplacé par l'alinéa suivant :

« Sa valeur est portée à 55 euros, (tarif métropole). »

- dispositions en faveur de l'amélioration de la prise en charge des troubles autistiques et de la prise en charge des patients en situation de handicap :

L'article 28.4 de la convention nationale intitulé : « Les consultations très complexes » est modifié comme suit :

– le 3^e alinéa est complété par la phrase suivante : « Les partenaires conventionnels conviennent de l'extension de la MIS aux troubles du spectre de l'autisme et aux troubles du neuro-développement permettant de rendre cohérent le parcours du patient via les plateformes de coordination et d'orientation dites TND et de prendre en compte les dernières recommandations de bonne pratique de la HAS sur les troubles du neuro-développement : « Repérage et orientation des enfants à risque » (du 17 mars 2020) ;

– le 13^e alinéa de ce même article est complété par les deux phrases suivantes : « Les partenaires conventionnels s'accordent pour étendre le périmètre de la consultation CTE de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme, aux troubles du neuro-développement englobant également les troubles de la relation précoce mère/enfant.

De façon plus générale, les partenaires conventionnels s'accordent également sur la création d'une nouvelle consultation très complexe MPH valorisée à 60€ (tarif métropole), qui pourra être facturée une seule fois par patient dans les contextes suivants :

- passage de dossier entre ancien et nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (facturable par les deux médecins) pour les patients vivants avec un handicap sévère ;

- remplissage complet du premier certificat médical du dossier de demande de droits MDPH d'un patient.

A la fin de l'article 28.4 de la convention nationale, sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les partenaires conventionnels s'accordent pour introduire la notion de « consultation blanche » à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Une « consultation blanche » s'entend d'une part comme le temps de rencontre planifié entre le patient vivant avec un handicap et le praticien ainsi que son lieu de consultation (appropriation de l'espace, du matériel, reconnaissance des personnes), ou d'autre part comme une consultation au cours de laquelle les soins prévus n'ont pas pu être réalisés compte tenu du handicap du patient.

Ils s'accordent pour valoriser les consultations blanches à même hauteur que la consultation de référence.

En outre, afin d'inciter les médecins libéraux à participer aux dispositifs de consultations dédiés aux personnes en situation de handicap dans les structures de soins spécialisées pour pratiquer des soins, la majoration de déplacement « MD » est facturable, en sus des consultations, dans ce cadre par les médecins, toutes spécialités confondues.

Enfin, les partenaires examineront, par le biais d'un groupe de travail spécifique dont les travaux devraient aboutir d'ici la prochaine convention médicale, la possibilité de mise en place de mesures incitatives afin de favoriser l'accès à un médecin des patients en situation de handicap pour assurer au mieux la coordination des soins et tenir compte de la complexité des soins prodigués dans ce cadre. »

- mesures en faveur du renforcement de la prise en charge des patients âgés à domicile :

A l'article 28.4 de la convention nationale intitulé : « Les consultations très complexes », après la phrase « Au-delà, afin de préserver l'accès aux soins à domicile des patients les plus âgés ou en situation de handicap, notamment celles dans l'incapacité de se déplacer, ils conviennent d'examiner les conditions dans lesquelles le champ d'application de la visite très complexe « VL » pourrait être élargi progressivement, dans le courant de la convention en cours, à d'autres situations médicales qui le justifient », sont insérés les quatre alinéas suivants :

« Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et favoriser le maintien à domicile, les partenaires conventionnels conviennent d'étendre les indications de la visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, dite "VL", définie à l'article 15.2.3 de la NGAP, aux patients de 80 ans et plus en ALD. La VL est facturable une fois par trimestre par patient. Les partenaires conventionnels conviennent également, dans un souci d'harmonisation et de simplification, d'augmenter la fréquence de facturation de la VL de trois à quatre consultations par an, pour les consultations réalisées au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative, dans la limite d'une consultation par trimestre.

Les consultations réalisées au domicile du patient pour soins palliatifs sont facturables quatre fois par patient dans l'année civile.

Les partenaires conventionnels conviennent enfin d'ouvrir aux médecins gériatres la majoration de déplacement prévue à l'article 14.2 de la NGAP. »

Article 1-3

Mesures diverses

- 1° L'article 29.5 de la convention nationale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le prolongement des annonces du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) de juillet 2021 concernant l'accès aux actes innovants, les partenaires conventionnels s'engagent à mettre en place, à l'entrée en vigueur du présent avenant, un groupe de travail visant à accélérer l'inscription aux nomenclatures des tests diagnostiques et thérapeutiques innovants, réalisés notamment par les anatomo-cytopathologistes et figurant actuellement dans les listes Référentiel des actes Innovants Hors Nomenclature (RIHN) et complémentaire.

Les partenaires conventionnels conviennent également de mettre en place un groupe de travail pour examiner l'opportunité d'étendre la durée dans laquelle les soins réalisés sur adressage peuvent donner lieu à cotation d'une MCU en cohérence avec des objectifs de favoriser l'accès à des soins spécialisés dans un délai rapide. »

- 2° Après l'article 29.7 de la convention nationale, sont insérés les deux articles suivants :

« Article 29.8 Convergence test HPV

Les partenaires conventionnels souhaitent que soient mises en œuvre les évolutions de nomenclature relatives aux actes d'anatomie et cytologie pathologiques inscrits à la liste des actes et prestations visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et décrits à la CCAM Technique dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, afin de tenir compte du déploiement des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 10 juillet 2019.

Ces évolutions tarifaires tiennent également compte de l'évolution des dispositions du programme national de santé de dépistage organisé de ce cancer et de l'ensemble des ressources et moyens techniques mobilisés par les professionnels de santé pour mettre en œuvre ce programme.

Les partenaires conventionnels conviennent de mettre en place un suivi régulier de ces évolutions partagé notamment avec les représentants des médecins pathologistes qui réalisent ces activités, afin, le cas échéant, de définir et mettre en œuvre de nouvelles évolutions pour ces actes.

Article 29.9 Valorisation de certains actes et prestations réalisés dans les DROM

Les partenaires s'accordent pour revaloriser les actes listés à la liste des actes et prestations visés à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et inscrits à la CCAM réalisés dans les DROM, conformément aux annexes 1 et 2 du présent avenant. »

3° L'article 18.3 de la convention médicale est ainsi modifié :

- son intitulé « L'adressage par le médecin traitant vers le médecin correspondant pour une prise en charge du patient dans les 48 heures » est remplacé par l'intitulé « L'adressage par le médecin traitant ou le médecin régulateur du Service d'accès aux soins vers le médecin correspondant pour une prise en charge du patient dans les 48 heures » ;
- à la première phrase, après les mots : « par le médecin traitant » sont insérés les mots : « ou par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins. » ;
- à la deuxième phrase après les mots : « par le médecin traitant » sont insérés les mots : « ou via le régulateur du SAS » ;
- au troisième alinéa, après les mots « sans délai par le médecin traitant », sont ajoutés les mots suivants : « ou par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins. »

4° L'article 28.2.4 de la convention médicale est ainsi modifié :

- l'intitulé « Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant pour une prise en charge dans les 48 heures » est remplacé par l'intitulé suivant : « Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant ou par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins pour une prise en charge dans les 48 heures » ;
- à la première phrase après les mots : « l'orientation par le médecin traitant » sont insérés les mots : « ou par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins. » ;
- aux deuxième, troisième et quatrième alinéas, après les mots « médecin traitant » sont insérés les mots « ou le médecin régulateur du Service d'accès aux soins ».

Les mesures tarifaires prévues au présent article entrent en vigueur au premier jour du mois suivant l'expiration du délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. Pour celles qui le nécessitent, cette entrée en vigueur est subordonnée à la modification préalable de la liste des actes et prestations définies à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Renforcer le recours et le développement de la télémédecine

Les dispositions de l'article 28.6, intitulé « Le recours aux actes de télémédecine » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« L'encouragement au développement des regroupements professionnels et aux échanges d'information et d'avis entre professionnels de santé, notamment avec le déploiement de la télémédecine (téléexpertise et téléconsultation), participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous.

Face à ce défi, les partenaires conventionnels souhaitent accompagner le développement des pratiques de télémédecine sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients en inscrivant, dans le droit commun, les actes de téléconsultation et de téléexpertise.

Sont définis aux articles suivants, le champ des actes de téléconsultation et de téléexpertise, leurs tarifs ainsi que leurs modalités de réalisation et de facturation. ».

Article 2-1

Champ d'application de la téléconsultation

1° L'article 28.6.1.1 intitulé « Champ d'application de la téléconsultation » est ainsi modifié :

- le titre du troisième sous-titre est remplacé comme suit : « Parcours de soins et alternance des soins en téléconsultation. » ;
- les troisième et quatrième alinéas du paragraphe intitulé « Principes » sont supprimés et remplacés comme suit :

« Pour assurer la qualité des soins en téléconsultation, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, et ce afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité. »

- le paragraphe intitulé « Exceptions et aménagements » est complété par les alinéas suivants :

« Par exception également, l'exigence du respect du principe de territorialité pour recourir à la téléconsultation ne s'applique pas pour les patients résidant dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par

des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique dans les cas mentionnés ci-dessous :

- pour les téléconsultations de médecine générale :
- pour les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné ;
- et en l'absence d'organisation territoriale telle que définie à l'article 28.6.1.2.
- pour les téléconsultations d'autres spécialités :
- en l'absence d'organisation territoriale telle que définie à l'article 28.6.1.2.

Pour les téléconsultations de médecine générale et d'autres spécialités, il peut également être dérogé à l'exigence du respect du principe de territorialité, lorsque le patient est orienté par le régulateur du Services d'accès aux soins (SAS) en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire. »

2° L'article 28.6.1.2 intitulé « L'organisation territoriale de téléconsultation » est ainsi modifié : après les mots « équipes de soins primaires (ESP) » sont insérés les mots « équipes de soins spécialisés (ESS). »

En outre, l'article 6 de l'annexe 23 de la convention médicale intitulé « REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES COMMISSIONS PARITAIRES » est ainsi modifié : après les mots « équipes de soins primaires (ESP) » sont insérés les mots « équipes de soins spécialisés (ESS). »

3° L'article 28.6.1.3 intitulé « Modalités de réalisation de l'acte de téléconsultation » est ainsi modifié :

- le premier sous-titre intitulé « Conditions de réalisation », est complété par l'alinéa suivant : « Les partenaires conventionnels examineront dans le cadre d'un groupe de travail spécifique l'opportunité de développer et de valoriser de nouveaux modes de communication sans contact entre le patient et le médecin, y compris la téléconsultation par téléphone, quand la vidéotransmission n'est pas possible ainsi que l'usage de la messagerie sécurisée de santé avec les patients. »
- le premier alinéa du deuxième sous-titre intitulé « Compte-rendu de la téléconsultation » est remplacé par l'alinéa suivant : « L'acte de téléconsultation doit faire l'objet d'un compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires, et doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte. »

4° Les partenaires conventionnels précisent que dans le cadre du forfait thermal, dont les modalités de prise en charge sont définies au Titre XV, Chapitre IV, article 2 de la NGAP, il est possible qu'une des trois consultations incluses dans ce forfait puisse être réalisée en téléconsultation.

5° En outre, ils conviennent de travailler à l'élaboration d'une charte visant à garantir le bon usage, la qualité et la protection des données dans le cadre de l'activité de télésanté.

Article 2-2

Aménagement du cadre permettant la réalisation d'expérimentations

Au premier alinéa de l'article 28.6.1.6 de la convention médicale intitulé « Mise en place d'un cadre permettant la réalisation d'expérimentations », les mots : « connaissance préalable du patient et alternance sur douze mois de consultations présentielles et de téléconsultations » sont remplacés par les mots : « alternance de consultations présentielles et de téléconsultations. »

Article 2-3

Champ d'application de la téléexpertise

Afin de tenir compte de l'entrée en vigueur des dispositions du décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté ouvrant la téléexpertise aux professions de santé, les partenaires conventionnels conviennent de procéder aux adaptations suivantes :

Aux articles 28.6.2.1 et 28.6.2.2 et de la convention médicale les termes « médecin requérant » sont remplacés par les mots « professionnel de santé requérant ».

Article 2-3-1

Ouverture du champ d'application de la téléexpertise

A l'article 28.6.2.1 intitulé « Champ d'application de la téléexpertise », les dispositions du deuxième sous-titre intitulé « Patients concernés » sont supprimées et remplacées comme suivant :

« L'ensemble des patients peut bénéficier de téléexpertise.

Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations. »

Article 2-3-2

Modification des niveaux de téléexpertise

L'article 28.6.2.3 est ainsi modifié :

- l'intitulé « Niveaux de téléexpertise » est remplacé par l'intitulé : « Prise en charge de la téléexpertise » ;
- les dispositions dudit article sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Afin de simplifier et de faciliter le recours à la téléexpertise et d'ancrer ce type de pratique chez les médecins, les partenaires conventionnels s'accordent sur un seul niveau de téléexpertise.

Dans ce cadre de téléexpertise, en dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par le médecin requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

A titre indicatif, ce peut être une demande de téléexpertise pour :

- interprétation d'une photographie de tympan, ou de pathologie amygdalienne ;
- lecture d'une rétinographie ;
- étude d'une spirométrie ;
- lecture de photos pour une lésion cutanée, pour le suivi d'une plaie chronique d'évolution favorable ;
- titration des Beta bloquants dans l'insuffisance cardiaque, interprétation d'un électrocardiogramme ;
- surveillance cancérologique simple selon les référentiels ;
- surveillance en cancérologie dans le cadre de la suspicion d'une évolution ;
- suivi d'une plaie chronique en état d'aggravation ;
- suivi d'évolution complexe de maladie inflammatoire chronique ;
- adaptation d'un traitement anti épileptique ;
- bilan pré chimiothérapie, lors de son initiation ;
- ...

Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du médecin expert pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels (HAS, professionnelles des CNP, internationales).

Le contenu des téléexpertises et leurs modalités de réalisation et de facturation sont définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Un groupe de travail spécifique sera lancé avant la fin de l'année 2021 pour étudier les conditions de mise en œuvre d'une téléexpertise dite synchrone entre les professionnels de santé requis et requérant. Ce groupe de travail veillera notamment à garantir le respect des recommandations et bonnes pratiques en matière de recours à la téléexpertise, dans le cadre élargi par le décret du 3 juin 2021. »

Article 2-3-3

Modifications des modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise

L'article 28.6.2.4 intitulé « Modalités de rémunération de l'acte de téléexpertise » est ainsi modifié :

- les dispositions du sous-titre intitulé « Rémunération du médecin requis » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables dans les conditions suivantes :

- 20 euros par téléexpertise ;
- et dans la limite de 4 actes par an, par médecin requis, pour un même patient.

L'acte de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant.

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et par le délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. »

- les dispositions du sous-titre intitulé « Rémunération du médecin requérant » sont supprimées et remplacées comme suivant :

« Le travail de coordination du médecin requérant, sollicitant pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un confrère, est valorisé dans les conditions suivantes :

- acte de demande de téléexpertise valorisé à hauteur de 10 euros par téléexpertise ;
- et dans la limite de 4 actes par an, par médecin requérant, pour un même patient.

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et par le délai défini à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale. »

Article 2-4

Suivi et contrôle des actes de télémedecine

L'article 28.6.3 est ainsi modifié :

- intitulé « Suivi des actes de télémedecine est remplacé par l'intitulé « Suivi et contrôle des actes de télémedecine ».
- il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les partenaires conventionnels s'accordent pour considérer qu'un médecin conventionné ne peut donc pas réaliser plus de 20% de son volume d'activité globale conventionnée à distance (téléconsultations et téléexpertises cumulées) sur une année civile.

Cette limite s'inscrit dans la position du Conseil national de l'Ordre des médecins après interrogation des conseils nationaux professionnels, l'exercice exclusif de la télémedecine par un médecin ne peut être déontologiquement admis.

Le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télémedecine telles que définies dans la présente convention et du seuil maximal d'activité à distance tel que fixé plus haut est susceptible d'enclencher la procédure décrite à l'article 85 de la convention nationale et pourra donner lieu à la récupération des sommes indûment versées, dans le respect du contradictoire et après avertissement du professionnel. »

Article 2-5

Evolution des cas de non-respect des engagements conventionnels

Après le 10^e alinéa de l'article 84, intitulé « De l'examen des cas de manquements », sont ajoutés les deux alinéas suivants :

- « le non-respect du seuil maximum d'activité pouvant être réalisée à distance par un médecin libéral conventionné défini aux articles 28.6.3 de la présente convention ;
- le non-respect des conditions de réalisation et de facturation des actes de télémedecine prévues aux articles 28.6.1.1 et 28.6.2.1 de la présente convention. »

Article 3

Valoriser l'engagement des medecins libéraux dans le dispositif de prise en charge des soins non programmés à travers la participation au Service d'accès aux soins (SAS).

Issu du Pacte pour la refondation des urgences et réaffirmé lors du Ségur de la santé, le Service d'accès aux soins (SAS) a pour objectif de répondre à la demande de soins non urgents et non programmés de la population de façon coordonnée entre les acteurs de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour définir les modalités de valorisation de la participation des médecins libéraux aux soins non programmés, dans le cadre du SAS. Ce cadre étant en cours d'expérimentation, ces modalités pourront être ultérieurement précisées ou réexaminées par les partenaires conventionnels, en particulier dans le cadre des discussions relatives aux communautés professionnelles territoriales de santé.

Après l'article 9.6, il est créé un sous-titre 2 *bis* intitulé « Valoriser la prise en charge des soins non programmés par les médecins libéraux via le Service d'accès aux soins (SAS) », comprenant les dispositions suivantes :

« Article 9.7 Les principes de participation des médecins libéraux aux soins non programmés via le SAS

Le SAS vise à assurer au patient, en cas d'indisponibilité de son médecin traitant et d'incapacité à trouver un autre rendez-vous médical sur le territoire, un contact unique dans sa demande de conseils ou de consultation lorsqu'il ressent le besoin d'un avis médical urgent.

Celui-ci a pour but d'organiser une réponse aux demandes de soins dans la journée en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoire (PDSA). Il offre une orientation immédiate vers le moyen de prise en charge le plus adéquat, y compris une consultation de médecine libérale lorsqu'une prise en charge hospitalière n'est pas requise. Ce dispositif a notamment pour objectif de désengorger les urgences en proposant au patient une alternative en ville lorsque ce niveau de prise en charge est jugé adéquat par la régulation libérale.

9.7.1 Définition des soins non programmés - champ de l'accompagnement conventionnel

Les partenaires conventionnels s'accordent à définir les soins non programmés au sens de la présente convention comme une urgence ressentie mais ne relevant pas, a priori, médicalement de l'urgence immédiate et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Ces soins s'entendent comme les actes réalisés dans le cadre du SAS dans les 48 heures sur adressage par la régulation libérale à un médecin généraliste ou à un médecin spécialiste, en cas d'absence de créneaux médicaux disponibles sur le territoire, c'est-à-dire après échec d'une prise de rendez-vous par le régulateur via ses outils de prise de rendez-vous en ligne.

Ces actes de soins non programmés ne sont pas cumulables avec :

- la majoration de coordination du médecin généraliste dans le cadre des soins non urgents ;
- les autres majorations dédiées aux soins urgents ou PDSA ;
- les consultations complexes et très complexes du champ des soins non programmés ;
- les consultations de soins non programmés réalisées pour les patients de la patientèle médecin traitant.

Ces actes doivent être facturés au tarif opposable, quel que soit le secteur d'exercice du médecin. Cette facturation à tarif opposable s'impose à la seule consultation prise par le SAS.

9.7.2. La valorisation des médecins libéraux à la prise en charge des soins non programmés (SNP) via le SAS

Le présent avenant a vocation à définir les modalités permettant de valoriser les engagements des médecins libéraux dans la régulation et la réalisation des soins non programmés mis en place dans les territoires dans le cadre du SAS.

– *Au titre de la régulation libérale*

La participation des médecins à la régulation libérale est valorisée à hauteur de 90 euros par heure avec prise en charge des cotisations sociales pour les médecins de secteur 1. Le fonctionnement de la régulation libérale est organisé sous l'autorité de l'Agence régionale de santé en lien avec les acteurs de la médecine de ville.

– *Réalisation des SNP*

Article 4

Favoriser l'essor du numérique en santé

Après l'article 19.2, il est inséré un nouvel article 19.3 intitulé « Le développement du numérique en santé » rédigé de la manière suivante :

« Article 19.3 Le développement du numérique en santé

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que la transformation de notre système de soins ne peut avoir lieu sans un développement du numérique en santé. En effet, les outils numériques constituent un des moyens pour faciliter la coordination entre les professionnels de santé, développer des innovations thérapeutiques et organisationnelles, mais aussi positionner les citoyens comme des acteurs de leur santé.

L'offre numérique doit être mise au service du parcours de santé des patients-usagers et des professionnels qui les prennent en charge. Elle doit être cohérente et s'intégrer dans la pratique quotidienne des professionnels de santé pour améliorer leur cadre de travail et dans la vie quotidienne des usagers du système de santé.

La crise sanitaire liée au COVID 19 a confirmé l'importance et la nécessité d'accélérer le déploiement des services numériques d'échanges et de partage de données de santé.

Le constat partagé est que le déploiement massif de ces outils n'est envisageable que si ces derniers répondent aux exigences suivantes :

- être simples d'utilisation, ergonomiques, et adaptés aux usages des professionnels et des patients ;
- garantir la sécurisation des données transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la traçabilité des échanges dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité en vigueur ;
- garantir l'accès de l'ensemble des citoyens à leurs propres données et préparer au mieux l'arrivée en janvier 2022 de l'Espace Numérique de Santé (ENS) dénommé "Mon espace santé" ;
- être compatibles et interopérables entre eux.

C'est dans ce contexte que le Ségur de la Santé définit une nouvelle politique d'investissement et de financement massif du numérique, condition indispensable à la transformation du système de santé, dans un cadre éthique, respectueux des droits de l'ensemble des acteurs de l'écosystème, usagers du système de santé et professionnels, de façon à garantir la confiance, l'adhésion, et par voie de conséquence, les usages.

19. 3.1 Le financement à l'équipement mis en place dans le cadre du Ségur de la Santé

A travers le volet numérique du Ségur, l'Etat mobilise un investissement historique pour soutenir financièrement les professionnels de santé dans leur équipement en solutions logicielles facilitant l'échange et le partage de données de santé entre les acteurs du parcours de soins et avec l'utilisateur.

Afin d'identifier les besoins, analyser les pratiques et définir les leviers à mettre en place pour faciliter l'usage par les professionnels de santé des outils de partage de données dont le Dossier Médical Partagé (DMP), la messagerie sécurisée de santé (MSS), des groupes de travail ont été mis en place. A l'issue de ces travaux, des dossiers de spécifications de référencement labellisation (DSL) ont été élaborés à destination des éditeurs de logiciels. Ces dossiers ont pour objectif de donner aux éditeurs tous les éléments nécessaires aux développements et à l'implémentation des fonctionnalités attendues par les professionnels de santé.

Un "parcours de référencement" est mis en place par l'Agence du Numérique en Santé, afin de valider la conformité des solutions logicielles aux dossiers de spécifications de référencement auxquels l'éditeur va candidater. La validation du respect des exigences va permettre aux éditeurs d'obtenir le référencement de leur solution, étape obligatoire pour qu'ils puissent prétendre à un financement par l'Etat. Ce financement versé par l'Etat directement aux éditeurs de logiciels va permettre d'apporter un soutien majeur aux professionnels de santé dans l'acquisition, la mise à jour et l'usage de leurs solutions logicielles.

Pour la médecine de ville deux vagues de référencement des logiciels ont été déterminées, correspondant à deux paliers en termes d'ambition sur le partage des documents au cours du parcours de soins.

L'enjeu principal porte sur la réception et la lecture des documents partagés et échangés au cours du parcours de soins. Ces documents sont accessibles via le DMP ou reçus par la messagerie sécurisée de santé (MSS) par les médecins de ville. Un enjeu majeur pour les médecins de ville est de créer et mettre à jour le Volet de Synthèse Médicale (VSM), progressivement en format structuré selon le référentiel en vigueur.

Le référencement doit permettre de vérifier la mise en place des services socles suivants :

- L'Identité Nationale de Santé (INS), permettant l'échange et le partage de données de santé en toute sécurité autour d'une identité unique de référence du patient à jour et commune à tous les acteurs du parcours de soins. Elle comporte cinq traits d'identité (nom de naissance, prénom(s) de naissance, date de naissance, sexe, code et lieu de naissance) et un matricule unique pour chaque patient (là où le numéro de sécurité sociale est généralement partagé entre plusieurs membres d'une famille), qui correspond au numéro d'inscription au répertoire (NIR) de la personne, ou à son numéro d'identification d'attente (NIA).
- Le fédérateur de moyens d'identification électroniques Pro Santé Connect (PSC), permettant aux professionnels de santé d'accéder en toute sécurité à leurs services numériques avec leur moyen d'identification électronique carte CPS et l'application mobile e-CPS, et de basculer d'un outil à l'autre sans ré-identification électronique (solution complémentaire à la solution d'authentification par carte CPS notamment pour faciliter l'accès aux services de santé en mobilité) ;
- La Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) permet l'échange de documents structurés et non structurés dans un espace de confiance, entre professionnels et avec les patients, qui seront équipés d'une messagerie dans leur espace numérique de santé Mon espace santé ;
- Le Dossier Médical Partagé (DMP) comprend un Volet de Synthèse Médicale (VSM), créé et mis à jour par les médecins, afin de faciliter la coordination des soins entre professionnels de santé. Il permet également au patient de stocker et conserver ses documents médicaux, notamment ses prescriptions ;
- L'identification des assurés par l'application mobile carte Vitale (apCV) permettant d'authentifier de manière simple et sécurisée les assurés via leur smartphone pour faciliter notamment la facturation des soins aux régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire et les accès au service Mon espace santé et autres services santé nécessitant une identification / authentification ;
- Le service e-prescription unifiée, service qui permet de dématérialiser, simplifier et fiabiliser les échanges entre les prescripteurs et les professionnels qui délivrent les prestations prescrites. La e-prescription sécurise le circuit de transmission de l'ordonnance depuis la prescription jusqu'à la dispensation du produit de santé ou la réalisation de l'acte par le professionnel prescrit. Elle concourt à fluidifier et à fiabiliser les échanges entre les prescripteurs et les professions prescrites et ainsi à favoriser la coordination des soins, notamment grâce au partage des informations dans le dossier médical partagé.

Ce mécanisme de financement des éditeurs de logiciels pour favoriser l'équipement des médecins est novateur dans la mesure où les dispositifs d'accompagnement financier à l'équipement en faveur des médecins étaient précédemment définis dans le cadre conventionnel. Dans ce contexte, et même si ce dispositif de financement via les éditeurs défini dans le cadre du Ségur ne constitue pas directement un engagement à dimension conventionnelle, les partenaires conventionnels ont souhaité l'évoquer dans la présente convention dans la mesure où il va bénéficier directement aux médecins dans leur pratique quotidienne et va permettre la mise en place de financement conventionnel visant à inciter les médecins à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients.

19.3.2 Mise en place de financement visant à inciter les médecins à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients

Parallèlement, à la mise en place de ce mécanisme de financement à l'équipement dans le cadre du Ségur de la santé, les partenaires conventionnels souhaitent valoriser l'usage des outils numériques en faveur de la prise en charge coordonnée des patients.

Ainsi, ils s'accordent pour faire évoluer le forfait structure défini à l'article 20 de la présente convention en mettant en place des indicateurs valorisant l'alimentation du DMP, le déploiement des échanges par messagerie sécurisée de santé, la généralisation progressive de la e prescription et de l'e carte Vitale. Par ailleurs, ils poursuivent leur volonté de favoriser le recours aux téléservices de l'assurance maladie visant à faciliter la pratique quotidienne des médecins dans la gestion des droits des patients.

En outre, parallèlement à cette évolution du forfait structure, les partenaires conventionnels souhaitent mettre en place une aide financière pour accompagner les médecins dans la montée en charge de la saisie dans leurs logiciels des volets de synthèse médicale (VSM). En effet, ces VSM constituent un outil clé pour le suivi du patient et la bonne coordination des soins au sein du parcours. Ce déploiement des VSM représente un enjeu de santé publique tout particulièrement pour les patients en ALD.

Dans ce cadre un nouveau forfait intitulé forfait élaboration initiale du VSM est créé. Ce forfait est calculé de la manière suivante.

- versement d'un forfait d'un montant de 1 500 euros si le médecin a élaboré des VSM pour au moins la moitié de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP ;
- ce forfait est porté à 3 000 euros si le médecin a élaboré des VSM pour 90 % de sa patientèle ALD et que ces VSM alimentent le DMP.

Ce forfait est pondéré par la taille de la patientèle médecin traitant du médecin sur la base de la patientèle de référence retenue pour le calcul de la ROSP prévue à l'article 27.3.

Ce forfait est valable si le VSM est établi en format non structuré. Afin d'inciter à la structuration des VSM, laquelle demande plus de temps, le forfait est majoré de 20 % si plus d'un tiers des VSM alimentant le DMP sont générés de manière structurée dans le format conforme au Cadre d'interopérabilité des Systèmes d'information de Santé (CI-SIS).

Ce forfait est versé une seule fois dans la mesure où l'objectif est de valoriser l'initiation de l'élaboration des VSM. Ce forfait est versé, au cours du second semestre 2023, dès lors que les objectifs fixés ci-dessus sont atteints au plus tard le 30 juin 2023. »

Article 5

Révision des dispositions sur le forfait structure

L'article 20 de la convention intitulé « la mise en place d'un forfait structure » est ainsi modifié :

1° Les dispositions de l'article 20.1 intitulé « Premier volet du forfait structure » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Ce premier volet du forfait structure vise à accompagner les médecins pour l'investissement dans l'équipement du cabinet.

Les indicateurs de ce premier volet sont des prérequis, qui doivent tous être atteints pour déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet et conditionnent la rémunération du deuxième volet.

Les indicateurs sont les suivants :

	2021	2022	2023
1 - Disposer d'un logiciel métier compatible DMP et d'un LAP certifié	Utilisation d'un logiciel métier compatible DMP avec un LAP certifié HAS	Utilisation d'un logiciel métier compatible DMP avec un LAP certifié HAS	Disposer d'un logiciel référencé Ségur avec un LAP certifié HAS
2 - Disposer d'une messagerie sécurisée de santé	Disposer d'une messagerie sécurisée de santé (MSS)		
3 - Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale intégrant les avenants publiés au 31/12/N-1	Disposer d'un logiciel équipé d'une version minimale du Cahier des Charges Sesam-Vitale *		
4 - Taux de télétransmission	Taux de télétransmission > 2/3		
5 - Affichage des horaires du cabinet dans l'annuaire ameli	Affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé		
6 - Implication dans les démarches de prise en charge coordonnée	-	Indicateur transféré du volet 2	
Nb points	280 points	400 points	400 points

* Pour 2021 est requise la version du cahier des charges Sesam-Vitale avec version addendum 6 PC/SC ; pour 2022 est requise la version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application Carte Vitale ou d'un logiciel référencé Ségur intégré dans le dossier de spécification de référencement Ségur cf. article 19.3.1 ; pour 2023 est requise la version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application carte Vitale. La version du cahier des charges SESAM-Vitale comprend également l'intégration des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie

** Pour les patients affiliés au régime général

Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels. Des travaux vont être conduits avec les éditeurs spécialisés de sorte à faire bénéficier l'ensemble des médecins de logiciels ergonomiques et adaptés à leurs pratiques. ».

2° L'article 20.2 intitulé « Deuxième volet du forfait structure : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients » est ainsi modifié :

a) Les dispositions de la partie « Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de services » sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Sont compris dans ce bouquet, les téléservices suivants : la prescription d'arrêt de travail en ligne (AAT), la déclaration médecin traitant en ligne (DCMT), le protocole de soins électronique (PS), la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne (CMATMP).

- à compter de 2022 est ajouté le service de prescription électronique de transport (SPE) ;
- à compter de 2023 est ajouté le service de Déclaration simplifiée de grossesse (DSG).