

**UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE**

Année 2013

N° 059

**THESE
pour le
DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE
par**

Justine RIOLI

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2013

LA TELEMEDECINE EN PHARMACIE

Président : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie

**Directeur de Thèse : M. Marcel JUGE, Maître de Conférence de Pharmacologie
et Pharmacocinétique**

Membre du jury : M. ROUX Philippe, Pharmacien d'officine

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	1
REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION	6
PARTIE 1 : LA TELEMEDECINE D’HIER A AUJOURD’HUI, EVOLUTION, DEFINITION, LEGISLATION	10
1- <i>Historique</i>	11
1-1- Un exemple concret: Saint-Lys radio	11
2- <i>Définitions</i>	12
2-1-Télémédecine	13
2-1-1-L'organisation Mondiale de la Santé (OMS).....	13
2-1-2- Le Conseil National de l’Ordre des Médecins (CNOM).....	14
2-1-3- La loi HPST donne une définition juridique française.....	14
2-2- La télémédecine : 5 actes reconnus	15
2-2-1- La téléconsultation	15
2-2-2- La télésurveillance médicale	16
2-2-3- La télé-expertise	17
2-2-4- La téléassistance	18
2-2-5- La régulation médicale	18
2-3- Télémédecine et télésanté	18
3- <i>Les lois encadrant la télémédecine</i>	19
3-1- La télémédecine, un acte médical à part entière	19
3-2- La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 : un cadre législatif pour la télémédecine.....	21
3-2-1- L’article 78 définit la télémédecine	22
3-2-2- L’article 51 mentionne les coopérations entre les professionnels de santé ...	22
3-2-3- Le décret d'application relatif à la télémédecine du 23 octobre 2010	23
3-2-4- L’ARS définit son « PRS » et son « PRT »	24
3-3- Les obligations liées à l’utilisation d’outils technologiques dans la réalisation des actes de télémédecine	26
3-3-1- La loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978	26
3-3-2- Le Dossier Médical Personnel.....	27
3-3-3- L’ASIP SANTÉ : l’Agence des Systèmes d’Information Partagés de santé.	27
3-3-4- La responsabilité du tiers technologique	29
4- <i>Le développement de la télémédecine : une volonté politique</i>	30
4-1- Un soutien de la part des politiques.....	30
4-2- Des outils mis a disposition	31
5- <i>La télémédecine en pharmacie</i>	32
5-1-Un pré-requis ! Le réseau de médecins télé-consultants	32
5-2- La pharmacie est-elle légitime à intégrer la télémédecine ?.....	37
PARTIE 2 : LA TELEMEDECINE EN PHARMACIE, MISE EN APPLICATION	40
1- <i>L'organisation de la télémédecine en pharmacie: le réseau, les locaux, le matériel, la télécommunication</i>	41
1-1- Le réseau de médecin téléconsultant	41
1-1-1- Soins d'urgences	42
1-1-2- Suivi de pathologies aiguës/chroniques	42
1-2- Des locaux adaptés	43

1-3- Le matériel	43
1-3-1-Les pré requis techniques du matériel	43
1-3-2-Choix des équipements.....	44
1-3-3- Le système audio et vidéo	45
1-3-4-Développements de logiciels spécifiques.....	55
1-4- Un partenariat avec l'assurance maladie	57
2- <i>Organisation d'une séance de télémedecine</i>	59
2-1- La télémedecine programmée.....	60
2-2- En cas d'urgence ou de garde	61
3- <i>Prise en charge des pathologies par télémedecine en pharmacie</i>	62
3-1- Pathologies aiguës	62
3-1-1- Angines.....	63
3-1-2- Otites	65
3-1-3- Infections urinaires	65
3-1-4- Autres... ..	65
3-1-5- Intérêt de la télémedecine pour le patient dans le cadre de téléconsultations pour des pathologies aiguës.....	65
3-2- Suivi de pathologies chroniques	66
3-2-1- Le suivi du patient diabétique	67
3-2-2- Le suivi du patient insuffisant cardiaque.....	68
3-2-3- Le suivi du patient hypertendu	68
3-2-4- Le suivi du patient asthmatique et des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive.....	69
3-2-5- Le suivi dermatologique	69
3-2-6- Le suivi gériatrique.....	69
3-2-7- Et autres suivis... ..	70
3-2-8- Intérêt de la télémedecine pour le patient dans le cadre de téléconsultations pour des pathologies chroniques	70
3-3- Avis d'un spécialiste.....	71
4- <i>Les ressentis médecins et patients concernant la téléconsultation</i>	71

PARTIE 3 : LA TELEMEDECINE UN MODELE ECONOMIQUE A CONSTRUIRE EN PHARMACIE **74**

1- <i>Le modèle médico-économique</i>	76
1-1- Définition des actes de télémedecines en pharmacie dans le projet	79
2- <i>Le modèle économique en pharmacie</i>	80
2-1- Un modèle économique à créer	81
2-1-1- Les besoins	82
2-1-2- Les ressources	83

CONCLUSION..... **86**

BIBLIOGRAPHIE **89**

LISTE DES ABREVIATIONS **98**

LISTE DES ILLUSTRATIONS ET FIGURES..... **101**

LISTE DES TABLEAUX..... **103**

DOCUMENT ANNEXE..... **105**

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur Marcel JUGE d'avoir accepté de diriger cette thèse.
Merci de votre confiance et du temps que vous avez bien voulu me consacrer.
Merci pour votre présence.

Je remercie le Professeur Alain PINEAU de me faire l'honneur de présider ce jury.

Je remercie Philippe ROUX de bien vouloir juger mon travail.
Je le remercie ainsi que Angéline BAUD, Mathieu GRANDHOMME et toute l'équipe de la pharmacie Olona de m'avoir accueillie et formée depuis ma deuxième année de pharmacie.
Merci de la confiance que vous m'accordez.

Merci à mes parents et mes sœurs de leur soutien indéfectible depuis toutes ces années.

Merci pour votre aide, votre patience et pour avoir eu la gentillesse de relire mon travail.

Merci à Stan de m'avoir encouragée et soutenue avec amour et tendresse.

Merci à Jean pour toutes ces années passées ensemble, merci pour ton aide et ton amitié.

Merci à Chloé pour son aide de dernière minute.

Merci à Guylaine, Carole et Driss pour leur aide et leur talent en informatique.

Merci à Gilles BONNEFOND pour son avis précieux et ses conseils.

Merci à Sophie d'avoir accepté de relire une dernière fois cette thèse.

Merci aux membres du Comité de pilotage de TELEMEDINOV de m'avoir permis de participer aux réunions.

Merci à tous !

INTRODUCTION

La télémédecine est un sujet présent depuis quelques années en France. Son essor prend tout son sens en sachant que les projets de télémédecine se fondent sur les besoins de santé des patients avec une volonté politique de développer les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) à son service.

C'est l'outil qui permettrait la mise en place d'une nouvelle organisation de soins susceptible de relever le défi actuel de notre système de santé, particularisé par le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques, l'inégalité de la répartition des professionnels de santé sur le territoire auxquels s'ajoutent les contraintes budgétaires de l'assurance maladie. Cette nouvelle organisation conduirait donc à l'amélioration d'un accès équitable aux soins, à leur coordination et à leur qualité en terme d'expertise. [1][2][3]

Pour une organisation efficiente, il est important de se focaliser sur les besoins des patients [4] comme point de départ de réflexion. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a rédigé la « réponse télémédecine » pour ces besoins qui sont : [5]

L'accès aux soins

La télémédecine supprime les distances en permettant au patient d'obtenir un avis médical en tout lieu du territoire. Elle permet de rééquilibrer l'inégalité d'accès aux soins dans les zones de déficit d'offres de soins. [6]

La qualité des soins

Par définition, un service est de qualité s'il répond positivement aux besoins de ses utilisateurs. [7]

La télémédecine permet :

- D'assurer un meilleur accès aux soins en augmentant la couverture médicale.
- De favoriser la coopération des pratiques médicales.
- D'apporter une aide aux diagnostics difficiles.
- De faciliter le suivi à distance des maladies chroniques en prévenant les complications.

- De limiter les déplacements inappropriés notamment ceux des personnes fragilisées.
- D'économiser du temps médical en limitant les déplacements, en permettant une analyse plus rapide et adaptée à certains cas d'urgence.
- D'accéder à une expertise dans les maisons médicales de garde et les maisons de santé pluridisciplinaires.
- De réduire les recours directs aux urgences dans de nombreux cas avec des applications en neurologie, cardiologie, néphrologie, psychiatrie, gériatrie...etc.
- D'offrir une médicalisation de qualité dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- Une prise en charge de qualité des patients en milieu pénitentiaire.

Il est pertinent de souligner un point non négligeable qui est la maîtrise des dépenses de santé. Dans le cadre des maladies chroniques le CNOM estime que le potentiel de réduction des dépenses de santé pourrait être de l'ordre de 60%.

La loi relative à l'Hôpital, aux Patients, à la Santé dans les Territoires (HPST) inscrit le pharmacien comme professionnel de santé pour l'accès aux soins de premiers recours (Art. L1411-11 du CSP- Art 36 loi HPST) ainsi que pour la prise en charge continue des maladies et crée le statut de pharmacien correspondant Art 38 loi HPST. [8]

Ces soins comprennent :

- **La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients**
- La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que **le conseil pharmaceutique**
- **L'orientation dans le système de soins** et le secteur médico-social
- **L'éducation pour la santé**

A ces missions obligatoires, s'ajoutent **les missions spécifiques** prévues par le décret n°2011-375 du 5 avril 2011. Celles-ci s'inscrivent dans le cadre d'un protocole portant sur un **traitement chronique**. Le pharmacien correspondant peut, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement le traitement concerné, ajuster au besoin la posologie au vu du bilan de médication qu'il a effectué, selon un rythme et des modalités définies dans le protocole.

En s'appuyant sur les articles de la loi HPST relatifs à la télémédecine (Art.78) et à ceux relatifs au pharmacien d'officine, nous envisagerons de démontrer la faisabilité de développer la télémédecine en pharmacie, de définir les possibilités d'utilisation et les pathologies qu'il serait possible de suivre avec l'appui d'un réseau de médecins télé-consultants.

Puis nous essaierons d'associer cet aspect technique à un modèle économique afin d'en permettre son développement.

**PARTIE 1 : LA TELEMEDECINE
D'HIER A AUJOURD'HUI,
EVOLUTION, DEFINITION,
LEGISLATION**

1- Historique

L'histoire de la médecine démontre que, à toute époque, les médecins ont incorporé dans leurs pratiques les innovations technologiques, afin d'améliorer l'exercice de leur art au service de la qualité des soins et de la prise en charge des patients. La diffusion de ces technologies a toujours conduit à une évolution dans l'exercice de la médecine. Si l'on considère que la télémédecine est un acte médical effectué à distance en utilisant les technologies de l'information et de la communication, elle a été utilisée dès l'apparition des premiers moyens de communication. [5]

Les origines de la télémédecine remontent au XIX^{ème} siècle lors de l'utilisation du télégraphe aux États-Unis pendant la guerre civile. L'armée américaine aurait utilisé ce moyen de communication pour coordonner les soins. [9]

Puis ce fut au tour de la téléphonie inventée en 1876 d'apporter son soutien à la médecine. Les patients et les médecins isolés pouvaient ainsi avoir un conseil médical à distance, et même transmettre des électrocardiogrammes et des électroencéphalogrammes. [10]

L'imagerie est arrivée plus tard dans les années 1950 avec de l'imagerie transmise par le réseau téléphonique. La visioconférence suit juste après, en 1965, entre les États-Unis et la Suisse sur le sujet de la chirurgie cardiaque. [1]

Le développement de la téléphonie mobile et des communications par satellite ont permis de mettre en place des programmes de médecine mobile, le premier exemple avait pour objectif d'évaluer les possibilités d'amélioration des soins de santé en Alaska en effectuant des vidéo-consultations par satellite. [10]

1-1- Un exemple concret : Saint-Lys radio

Un exemple Français, Saint-Lys Radio, a pratiqué la télémédecine pour gérer les

urgences médicales à bord des navires de 1948 à 1998 et vu évoluer la télé-médecine au fil des communications. De la radiotélégraphie au satellite... [11]

Être malade ou blessé sur un bateau, c'est se retrouver loin des professionnels de la santé auxquels on peut normalement avoir recours à terre. En situation d'isolement, le marin malade ou blessé ne pouvait compter que sur ses seules compétences et les moyens du bord pour se soigner : en l'absence de médecin, c'est le capitaine du navire qui est responsable des soins. Progressivement, les systèmes de télécommunication radio-maritime se sont développés, permettant un contact avec la terre, dès lors il fut possible de contacter un médecin et de prendre son avis avant de se prodiguer les soins. Le marin n'était plus isolé. Profitant de ces progrès des télécommunications, les services médicaux à distance se sont organisés, passant du simple conseil à une véritable consultation médicale à distance : la Télé-médecine. [13]

Cette station radio permettait d'avoir un avis médical à distance grâce au soutien de l'hôpital de Purpan à Toulouse, le navire se mettait en contact avec l'opérateur de Saint-Lys radio en décrivant les symptômes, le tout était alors transmis à l'internat de l'hôpital qui transmettait son diagnostic et les conseils au navire via l'opérateur radio. [11]

Depuis 1983 l'Hôpital de Purpan s'est organisé afin de mieux répondre aux besoins et a créé le Centre de Consultation Médicale Maritime (CCMM) appuyé sur la Directive 92/29/CEE [14] du Conseil du 31 mars 1992, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour promouvoir une meilleure assistance à bord des navires.

La télé-médecine s'étant imposée d'elle-même, il a fallu lui donner une définition précise ainsi qu'un cadre législatif.

2- Définitions

Il est important de noter que les définitions ci-dessous sont propres à la France. On

trouve parfois dans d'autres pays des désignations différentes.

Ces définitions sont propres aux pays qui ont identifié la télémédecine comme l'usage des TIC par les professionnels de santé pour une pratique médicale clinique à distance en conformité avec la recommandation faite par l'OMS. Les autres pays incluent ces pratiques médicales à distance dans le vaste champ de l'e-health ou tele-health qui est, entre autres, l'usage des technologies numériques pour le bien-être des citoyens au sens où le bien-être est un état de santé qui ne prend pas seulement en compte l'absence de maladie.

La France est aujourd'hui un des premier pays de l'UE à permettre un accès plus large à la télémédecine dans le cadre d'une réglementation spécifique.

2-1- Télémédecine

La télémédecine, outre son origine étymologique provenant du grec « *tele* » signifiant « à distance » et se traduisant par une médecine délivrée à distance, on peut trouver dans la littérature plusieurs définitions à cet acte.

C'est pourquoi il a fallu déterminer la formulation d'une définition précise, et partagée par tous les acteurs.

En effet cela s'imposait dans la mesure où l'usage des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé s'est fortement diversifié ces dernières années, donnant naissance à de multiples applications et services de télésanté sans véritable définition ni cadre légal.

2-1-1- L'organisation Mondiale de la Sante (OMS)

L'OMS définit la télémédecine en 1997 comme « *la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, compte rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique* » [1].

Pour l’OMS, la télémédecine est d’abord une branche de la médecine.

Elle permet d’améliorer la santé, dans des territoires où la distance et l’isolement sont des facteurs limitant son accès. Les médecins utilisent les NTIC à des fins diagnostics, de traitements et de prévention, de recherche et de prévention continue.

2-1-2- Le Conseil National de l’Ordre des Médecins (CNOM)

Le CNOM définit la télémédecine de la manière suivante [5]:

« La télémédecine est une des formes de coopération dans l’exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l’information et de la communication, un patient (et/ou les données médicales nécessaires) et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale. »

Il attache une importance toute particulière à la distinction entre télémédecine et télé-santé.

La télémédecine appartient à la télé-santé, dans le sens où elle caractérise et regroupe les moyens pouvant être mis en œuvre par les professions de santé réglementées.

2-1-3- La loi HPST donne une définition juridique française

Sur le plan juridique, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) a enfin donné en juillet 2009 une définition légale de la télémédecine dans son article 78 :

«La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l’information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d’autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télémédecine ainsi que leur condition de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et à l'enclavement géographique » [8].

2-2- La télémédecine : 5 actes reconnus

Très attendu, le cadre réglementaire de la télémédecine a été précisé dans le décret d'application n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, définissant cinq types d'actes relevant de la télémédecine :

1. La téléconsultation
2. La télésurveillance
3. La télé-expertise
4. La téléassistance
5. La télé-régulation

Il est donc important de définir ces actes et de bien savoir les différencier.

2-2-1- La téléconsultation

De façon simplifiée la **téléconsultation** permet à un patient accompagné d'un professionnel de santé de consulter un médecin à distance.

Elle s'exerce dans deux types de situation :

1. L'exemple le plus courant concerne la régulation médicale (environ 15 millions d'appels par an): le patient prend contact, par téléphone, avec un centre où le médecin régulateur établit le diagnostic de gravité et prend la décision d'orientation du patient. Cette pratique fait déjà appel à des protocoles de bonne pratique et peut s'appuyer sur des systèmes experts.
2. L'autre exemple de téléconsultation qui nous intéresse plus particulièrement permet à un patient assisté d'un professionnel de santé (médecin, infirmière, kinésithérapeute, pharmacien) de consulter un médecin.

Ce dernier mode de téléconsultation est actuellement évalué en gériatrie (en Ile-de-France et en Franche-Comté). Elle intéresse également les sites isolés (les îles, les prisons) ou mobiles (navires marchands ou bâtiments de guerre).

2-2-2- La télésurveillance médicale

La **télésurveillance** s'inscrit dans la chaîne des moyens disponibles pour assurer la sécurité : dispositifs de protection ou de soins, moyens électroniques de détection et d'analyse, moyens de transmission, moyens d'intervention.

La télésurveillance médicale, « *permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient, lequel peut se trouver à son domicile* ». [15]

Le service commence à la réception des informations en provenance de la personne qui est sous surveillance, se poursuit par leur analyse et se termine par une intervention éventuelle si nécessaire.

La notion de télésurveillance est appliquée depuis plusieurs décennies dans les unités de réanimation en anesthésie, d'Aide Médicale d'Urgence (AMU) et dans les soins

intensifs en service de cardiologie. Dans ces cas, des capteurs sont placés sur le patient et transmettent des signaux ou messages à un centre de réception local qui en fonction de la programmation va en temps réel donner une alarme visuelle ou auditive en ciblant le patient concerné. Cet apport technique permet à une équipe médicale spécialisée et restreinte de prendre en charge un ensemble de patients.

L'évolution dans les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication permet depuis quelques années, d'envisager une télésurveillance avec une éventuelle intervention d'une équipe médicale distante du patient. [16]

De nombreuses évaluations et expérimentations ont démontré l'intérêt de la télésurveillance des maladies chroniques à domicile dans le cas de l'insuffisance cardiaque, du diabète, de l'insuffisance respiratoire, de l'insuffisance rénale. [17]

2-2-3- La télé-expertise

La **télé-expertise** concerne « *un échange professionnel entre deux ou plusieurs médecins, soit par la concertation entre médecins, soit par la réponse d'un «médecin distant » sollicité par le médecin en charge directe du patient ».*

Elle n'est pas de nature différente de la consultation spécialisée ou du deuxième avis. Elle ne s'en distingue que parce qu'elle s'effectue par la transmission électronique de données cliniques, biologiques et / ou d'imagerie et non pas par le déplacement du patient ou du «médecin distant ». [15]

La télé-expertise repose sur la mutualisation de savoirs spécialisés.

La télé-expertise s'est particulièrement développée depuis plusieurs années dans le cadre des réseaux Périnat, en matière de diagnostic anténatal, ainsi qu'en cancérologie, pour faciliter les réunions de concertation pluridisciplinaires, et en néphrologie pour les patients en suspicion d'insuffisance rénale. Elle est amenée à prendre une place

déterminante en imagerie sous l'effet des incitations actuelles à la mutualisation des compétences et plateaux techniques. Mais elle est en train de s'étendre à beaucoup d'autres disciplines comme le note un certain nombre de rapports tel que, entre autre, le programme régional de télé-médecine Auvergne.

2-2-4- La téléassistance

Elle permet « à un médecin d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte. »[15].

La **téléassistance médicale** peut par exemple concerner des actes paramédicaux ou encore des actes de chirurgie. On parle dans ce dernier cas de télé-chirurgie.

Les domaines d'application de la téléassistance médicale peuvent également s'étendre à la radiologie où un médecin peut seconder un autre professionnel de santé pour la réalisation d'actes d'imagerie médicale.

La téléassistance médicale peut également prendre sa place lors de situations d'urgence (Médecins isolés, MSP, EHPAD, pharmacies isolées).

2-2-5- La régulation médicale

La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation des urgences ou de la permanence des soins (télé-régulation) constitue également un acte de télé-médecine, « la réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 [18] et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1 [19] » [15].

2-3- Télé-médecine et télésanté

La télé-médecine s'inscrit dans le vaste champ de la télé-santé, avec laquelle elle ne doit pas être confondue.

La télémédecine est la réalisation d'un acte médical à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication entre professionnels de santé, avec un engagement de responsabilité.

Alors que, la télé-santé est l'utilisation de technologies numériques au bénéfice de pratiques tant médicales que médico-sociales, au service du bien-être d'une personne. Seule la télémédecine a un cadre légal et réglementaire. [20]

Ainsi, dans la télé-santé se trouvent toutes les utilisations, sanitaires ou non, n'impliquant pas d'acte médical, comme par exemple :

- ✓ télé-information (portail grand public)
- ✓ télé-vigilance (capteurs du comportement de personnes à risque)
- ✓ télé-conseil (mises à disposition de plate-forme de conseils médicaux)
- ✓ télé-mentorat pour rompre l'isolement des personnes
- ✓ télé-majordome (commande à distance de services ou soins à domicile)
- ✓ télé-observance

La télémédecine relève du champ exclusivement médical de la télé-santé.

3- Les lois encadrant la télémédecine

3-1- La télémédecine, un acte médical à part entière

« L'acte de télémédecine constitue un acte médical à part entière quant à son indication et sa qualité. Il n'en est pas une forme dégradée. » [5]

Les lois régissant l'acte médical sont également la base de l'acte de télémédecine.

Il est donc important de ne pas oublier, les règles et fondamentaux qui encadrent la profession médicale.

Les principes du **code de déontologie** [21] restent applicables lors d'un acte de télémédecine :

- **Concernant les devoirs généraux du médecin :**

- le médecin agit dans le respect de la vie humaine, de la personne et de la dignité,
- il exerce dans l'intérêt de l'individu et de la santé publique,
- il est soumis au secret professionnel.

➤ **Concernant ses devoirs envers le patient :**

- Il doit au patient une information loyale, claire et appropriée, et veille à sa compréhension
- Le consentement du patient est recherché dans tous les cas
- Le dossier de suivi médical du patient doit être bien tenu, actualisé, confidentiel et conservé sous la responsabilité du médecin. Les informations et documents utiles à la continuité des soins doivent être transmis, avec le consentement du patient, aux médecins qui participent à sa prise en charge.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [22], fixe un certain nombre de grands principes concernant les droits du patient.

➔ Accès au système de santé

La loi proclame ainsi le « *droit fondamental à la protection de la santé* », qui doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles. Les établissements de santé doivent ainsi « *garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état et assurer la continuité des soins avec la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

➔ Règles de confidentialité et secret médical

La loi précise que la personne malade a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant. Ce secret couvre l'ensemble des informations portées à la connaissance du professionnel de santé; il s'impose à tous les professionnels de santé. **L'échange d'informations est possible entre professionnels** afin d'assurer la continuité de la prise en charge ou pour déterminer la meilleure prise en charge possible.

→ Droit aux soins

Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence, le **droit de recevoir les soins les plus appropriés** et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité au regard des connaissances médicales avérées.

→ L'article 11 [23,24] porte sur **l'information des patients** et l'expression de leur volonté qui constitue une obligation déontologique pour tous les médecins. Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. L'objectif est de permettre au patient de disposer de toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation personnelle, pour consentir de manière libre et éclairée aux actes médicaux et aux traitements, son accord peut être retiré à tout moment.

3-2- La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009 : un cadre législatif pour la télémédecine

Comment faisait-on avant la mise en place de la loi HPST et de son décret de mise en application du 19 octobre 2010 ?

- Comme cité au 1-1, le Centre de Consultation Médicale Maritime (CCMM) s'est appuyé sur la Directive 92/29/CEE du Conseil du 31 mars 1992, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour promouvoir une meilleure assistance à bord des navires.

En complément, un certain nombre de rapports ont été établis dans le but d'apporter un cadre écrit à la télémédecine:

- Juillet 2003: « *Rapport sur l'état des lieux 2003 de la télémédecine en France* », réalisé à la demande du cabinet de Madame Claudie HAIGNERE, Ministre déléguée à la recherche et aux nouvelles technologies, par Vincent HAZEBROUCQ.

- Novembre 2008 : « *La place de la télémédecine dans l'organisation des soins* » établi par Dr Pierre SIMON et Dominique ACKER (conseillers généraux des établissements de santé).
- Janvier 2009 : « *Télémédecine : les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins* », livre blanc rédigé par le CNOM.
- Octobre 2009 : « *La télésanté : Un nouvel atout au service de notre bien-être - Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France* », rapport remis à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé et des Sports, par Pierre LASBORDES, Député de l'Essonne et vice-président de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques pour le déploiement de la télésanté en France.

Concernant la télémédecine, ce texte de loi marque une rupture majeure : il ne s'agit plus uniquement de réguler l'usage ou l'utilisation de la télémédecine mais de dédier son déploiement à des intérêts de Santé publique. Selon le Dr Pierre Simon, « la télémédecine peut être un bras de levier puissant pour conduire la restructuration de l'organisation des soins voulue par le législateur dans la loi HPST ».

3-2-1- L'article 78 définit la télémédecine

Cet article donne une définition légale de la télémédecine (cf.2-1-3) [8].

3-2-2- L'article 51 mentionne les coopérations entre les professionnels de santé

Cet article [8] pose le principe général de coopération entre professionnels de santé et vise à l'étendre en le sortant du cadre expérimental qui a prévalu jusqu'alors. Il s'agit bien avec cet article 51 de favoriser les transferts d'activités et actes de soins, les réorganisations de prise en charge et modes d'intervention auprès des patients, ainsi

que des modes d'exercice partagé qui répondent à des besoins de santé, pour mieux s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant, bien sûr, un haut niveau de sécurité et de qualité.

Les professionnels de santé soumettent à l'Agence régionale de santé (ARS) des protocoles de coopération qu'ils initient ou les professionnels de santé sollicitent une adhésion à un protocole déjà autorisé.

L'ARS s'assure que les protocoles qui lui sont soumis répondent bien à un besoin de santé exprimé au niveau régional avant de les transmettre à la Haute Autorité de Santé (HAS). Ces protocoles doivent définir l'objet et la nature de la coopération (disciplines ou pathologies), les actes dérogatoires concernés, le lieu et le champ d'intervention des professionnels. Il peut s'agir d'organiser une nouvelle répartition de tâches ou d'activités, dans une logique de substitution, ou bien de répartition de nouvelles tâches émergentes, actes ou activités, dans une logique de diversification des activités. Ces protocoles doivent aussi permettre de régulariser des pratiques existantes non reconnues.

3-2-3- Le décret d'application relatif à la télémédecine du 23 octobre 2010

Ce décret [15] permet de définir les éléments qui relèvent de la télémédecine, et décrit les différents actes (téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et régulation médicale) dans la première section (cf. 2-2).

Dans une deuxième section sont fixées les conditions de mise en œuvre:

- Art.R. 6316-2 : les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé du patient.
- Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, par le biais des TIC.
- Art.R. 6316-3: pour chaque acte de télémédecine, il est obligatoire de garantir :

- ✓ l'authentification des professionnels de santé,
 - ✓ l'identification du patient,
 - ✓ l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient,
 - ✓ la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine si nécessaire.
- Art.R. 6316-4: chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine doit inscrire dans le dossier du patient :
- ✓ le compte rendu de la réalisation de l'acte,
 - ✓ les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués,
 - ✓ l'identité des professionnels de santé,
 - ✓ la date et l'heure de l'acte,
 - ✓ le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.
- Art.R. 6316-5: les actes de télémédecine sont pris en charge dans les conditions prévues aux articles du code de la sécurité sociale qui portent sur la catégorie des prestations, leur classification, les tarifs des honoraires et les modalités de remboursement [15].

Une troisième section décrit l'organisation (programme national, contrat d'objectifs et de moyens, contrat ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, contrat particulier signé par le directeur général de l'ARS et le professionnel de santé).

3-2-4- L'ARS définit son « PRS » et son « PRT »

Les Agences Régionales de Santé ont pour mission de mettre en place la politique de santé dans leur région. Elles sont compétentes dans le domaine de la santé, de la prévention aux soins, à l'accompagnement médico-social. Elles définissent un projet de santé élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers, dans un souci d'efficacité et de transparence.

Le but étant de mettre en œuvre la politique régionale de santé, en coordination avec

les partenaires et en tenant compte des spécificités de chaque région et de ses territoires. Ses actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre l'organisation des soins la plus efficace possible. Elle est la clef de voûte de la nouvelle organisation prévue par la Loi « Hôpital Patients Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 (article 118). [25]

La loi “Hôpital, Patients, Santé et Territoires” du 21 juillet 2009 a confié aux ARS la mission d'élaborer un Projet régional de santé (PRS) pour 5 ans (Article L. 1434,2 du Code de la Santé Publique) [26], il détermine les priorités, les objectifs et les actions de santé qui devront être conduits dans chaque région.

« Le PRS est constitué (...) de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application des schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. »

C'est dans ces PRS que s'inscrivent les Projets Régionaux de Télémédecine (PRT), ces PRT sont d'ailleurs portés par un grand nombre d'ARS comme celles de la Guyane, de l'Ile de France, et des Pays de Loire.

Plus précisément et conformément à l'article R.1434-7 (décret du 18 mai 2010), le PRT définit :

- les actions et les financements permettant la mise en œuvre du PRS;
- les résultats attendus de ces actions;
- les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation;
- le calendrier de mise en œuvre des actions prévues;
- et les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions.

Ce qui l'inscrit dans une démarche stratégique, prospective et concertée afin de proposer un ensemble cohérent et organisé des activités de télémédecine à l'échelle d'un territoire.

3-3- Les obligations liées à l'utilisation d'outils technologiques dans la réalisation des actes de télémédecine

3-3-1- La loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978

L'article 1 de cette loi pose le premier principe [27] indiquant que l'informatique ne doit porter atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques.

Le 6 janvier 1978, le Parlement instaurait non seulement la loi informatique et libertés mais aussi l'autorité de contrôle permettant sa bonne application : la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), organisme qualifié d'autorité administrative indépendante. Elle est chargée d'assurer le respect des dispositions de cette loi [27,28].

Concernant la télémédecine, la CNIL considère que [28,29] :

- ✓ un haut niveau de sécurité des échanges doit être assuré compte tenu des risques que comporteraient la transmission d'informations dégradées ou la divulgation de celles-ci à des tiers,
- ✓ les dispositifs de télémédecine doivent garantir, outre l'authentification des professionnels de santé, la confidentialité des données, le chiffrement des données transmises, la traçabilité des connexions, l'intégrité des données et la mise en place d'un archivage sécurisé des données,
- ✓ les technologies utilisées dans le cadre de la télémédecine doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP-Santé),
- ✓ lorsque le traitement fait appel à un hébergeur de données de santé agréé, le consentement exprès du patient à cet hébergement est requis.

La déclaration du dispositif de télémédecine est effectuée auprès de la CNIL par chaque site [28].

3-3-2- Le Dossier Médical Personnel

Le Dossier Médical Personnel (DMP) a été créé par la loi du 13 août 2004, dans le but de contribuer à l'amélioration de la coordination, de la continuité et de la qualité des soins [1].

Le DMP est un dossier médical dématérialisé, accessible via internet. Il permet de regrouper et de partager, entre les professionnels et établissements de santé, des informations utiles à la coordination et à la continuité des soins. [28]

L'objectif du DMP est de contribuer à améliorer la qualité des soins et à faciliter la prise en charge globale d'un patient notamment dans le cadre de maladies chroniques.

Tout bénéficiaire de l'assurance maladie doté d'une carte vitale peut ouvrir un DMP auprès d'un professionnel de santé, à partir du site www.dmp.gouv.fr ou à l'accueil d'un établissement de soins. La création d'un DMP est volontaire et chaque patient donne son consentement à sa création. Il a la faculté de fermer son DMP à tout moment. [28]

Le DMP est un outil clé du développement de la télémédecine selon le Dr Pierre SIMON, président de l'Association Nationale de Télémédecine (ANTEL), elle se développera plus efficacement accompagné d'un dossier médical patient structuré et accessible à tous les professionnels de santé. [30]

3-3-3- L'ASIP SANTÉ : l'Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé

L'ASIP santé est une agence d'État placée sous la tutelle du Ministère des affaires sociales et de la santé créée en 2009, elle témoigne de la volonté des pouvoirs publics de favoriser le développement des systèmes d'information dans le domaine de la santé et d'accompagner l'émergence de technologies numériques en santé afin d'améliorer l'accès aux soins et de contribuer à l'amélioration de la coordination et de la qualité des soins tout en veillant au respect des droits des patients. [31]

L'ASIP Santé s'est vue confier sept missions. [31,32]

- la **maîtrise d'ouvrage des projets de systèmes d'information en santé** qui lui sont délégués par ses membres ;
- la **réalisation et le déploiement du Dossier Médical Personnel (DMP)**, et en particulier la maîtrise d'ouvrage de son hébergement ;
- la **définition, la promotion et l'homologation de référentiels, standards, produits ou services contribuant à l'interopérabilité, la sécurité et l'usage des systèmes d'information de santé et de la télé-santé**, ainsi que la surveillance de leur bonne application ;
- la **maîtrise d'ouvrage et la gestion, dans le cadre des missions qui lui sont déléguées, des annuaires et référentiels nationaux** regroupant les identités et informations associées relatives aux professionnels de santé, ainsi qu'aux services et établissements de santé et du secteur médico-social ;
- la **certification, la production, la gestion et le déploiement de la Carte de Professionnel de Santé (CPS)** et, plus généralement, de dispositifs assurant les fonctions d'identification, d'authentification, de signature permettant aux professionnels de santé de faire reconnaître, dans les conditions de sécurité et de confidentialité requises, leur identité et leurs qualifications professionnelles par les systèmes d'information et d'échanges électroniques qu'ils utilisent ;
- l'**accompagnement et l'encadrement des initiatives publiques et privées concourant à son objet** (notamment sous forme de conventions d'assistance à maîtrise d'ouvrage ou de conventions de partenariat) ;
- la **participation à la préparation et à l'application des accords ou projets internationaux dans le domaine des systèmes de partage et d'échange de l'information de santé**, à la demande du ministre ou des ministres compétents.

3-3-4- La responsabilité du tiers technologique

Les responsabilités juridiques des professionnels de santé demeurent inchangées, elles sont fondées sur l'application du droit commun de la responsabilité civile professionnelle (il est conseillé d'informer l'assureur qui pourra rédiger un avenant au contrat d'assurance précisant la pratique de la télémédecine au besoin). [33]

Pour les salariés, les actions en responsabilité sont dirigées contre l'établissement de santé (sauf faute détachée du service).

En exercice libéral, le professionnel de santé peut voir sa responsabilité directement engagée, sur le fondement de la relation contractuelle qui le lie au patient [34].

Un protocole de coopération doit être mis en place dans le cadre de la délégation de tâches médicales à des auxiliaires médicaux (conformément à l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 (*cf.* 3-2-1) afin d'encadrer ce transfert de compétences et les conséquences pouvant en résulter en termes de responsabilité. [18]

Le médecin doit connaître l'usage, le maniement et les limites des technologies qui sont mises en œuvre. [33]

L'acte de la télémédecine est un acte médical à part entière, qui introduit un nouveau partenaire en matière de responsabilité : le « tiers technologique » fabriquant les outils bio-médicaux communicants.

Les tiers-technologiques doivent fournir un matériel dont la fiabilité et la sécurité sont conformes aux règles prévues par le CSP en matière de dispositifs médicaux. Les tiers technologiques sont responsables de la maintenance de ces outils technologiques mais également de l'information des professionnels et établissements de santé dans le cadre de leur obligation de conseil renforcé. [33]

La détermination des rôles des différents tiers dans le préjudice engendré par l'acte de télémédecine peut se révéler difficile à analyser et ainsi créer une dilution des responsabilités. L'action des patients sera menée en priorité contre les médecins et les établissements sur le fondement de la responsabilité contractuelle et légale. Ces derniers pourront alors se retourner par une action récursoire vers les tiers technologiques en cas de dommage lié au dysfonctionnement du matériel de télémédecine. [1,33]

4- Le développement de la télémédecine : une volonté politique

Une stratégie nationale de déploiement de la télémédecine a été mise en œuvre dès la publication du décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. Ce projet est piloté par la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Un comité de pilotage national a été mis en place afin de mieux coordonner les initiatives des nombreux acteurs intervenant sur le sujet. Ce comité est animé par la DGOS avec l'appui d'autres partenaires institutionnels tels que la DSSIS, l'ASIP Santé, la DSS, la CNAMTS, l'ANAP, la HAS, la DATAR, la DGCIS et les représentants des usagers.

4-1- Un soutien de la part des politiques

Mme NORA BERRA, secrétaire d'État chargée de la Santé en 2011, parle d'un enjeu industriel et de croissance dans son discours du 20 Octobre 2011 en ouverture de la journée scientifique sur les innovations technologiques en télésanté et place la télémédecine « *au même titre que l'éducation nationale ou la justice, le passage de notre système de santé à l'ère du numérique est un enjeu national. Il constitue une priorité du gouvernement affirmée en Conseil des ministres le 8 juin dernier.* » [35]

Mme MARISOL TOURAINE, Ministre actuel des Affaires sociales et de la Santé a présenté les grandes lignes de sa stratégie pour « la e-santé » en réitérant la volonté de continuer à développer notre système de santé autour de ces nouvelles technologies par deux fois.

Une première fois lors de la présentation du Pacte Territoire Santé pour lutter contre les déserts médicaux le 13 décembre 2012 dans lequel elle parle de transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé notamment en développant la télémédecine (engagement 7) ainsi qu'en accélérant le transfert de compétence (engagement 8) mais aussi d'investir dans les territoires isolés afin de garantir un accès

aux soins urgents en moins de 30 minutes (engagement9). [36]

Puis une deuxième fois lors de son discours du 28 mars 2013 dans le cadre de la 13^{ème} journée de la télémédecine organisée par la CATEL. [37]

4-2- Des outils mis a disposition

Un certain nombre d'«outils» participant de la mise en œuvre du plan national de déploiement de la télémédecine sont par ailleurs mis progressivement à la disposition des acteurs:

- **Un guide d'aide à l'élaboration des programmes régionaux de télémédecine**, élaboré par la DGOS, a été publié le 1er décembre 2012. L'objectif de ce guide est de fournir une aide méthodologique aux ARS dans l'élaboration de leur programme régional de télémédecine, qui doit constituer l'un des éléments de leur projet régional de santé (PRS). [38]
- **Un guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine**. Ce guide a été rédigé afin de mettre les contrats au service des objectifs poursuivis au niveau régional et national concernant le déploiement de la télémédecine, c'est-à-dire permettre la mise en place d'une organisation assurant une certaine qualité, la sécurité des soins et d'aider à développer les nouveaux projets. Mais aussi dans le but d'alléger les démarches en évitant de faire peser une charge trop importante sur les porteurs de projets alors que la télémédecine se situe encore dans une phase d'expérimentation.

Ce document fournit :

- des recommandations sur les enjeux de la contractualisation et du conventionnement dans le domaine de la télémédecine .
- des outils pour l'animation de la démarche par les ARS .
- un contrat et une convention type directement utilisable sur le terrain.

[39]

- **Des recommandations pour le déploiement technique d'un projet de télémédecine**

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan national de déploiement de la télémédecine, le groupe de travail « Technique / Systèmes d'information » a produit en mars 2012 des recommandations relatives à l'urbanisation et aux infrastructures des projets de télémédecine.

Ces recommandations présentent les principes généraux d'urbanisation des dispositifs de télémédecine en détaillant les référentiels fonctionnels applicables, l'intégration des services nationaux comme la messagerie sécurisée et le DMP et les référentiels de sécurité. [40]

- **Un document relatif à la responsabilité des acteurs impliqués dans la réalisation d'un acte de télémédecine**

Ce document, sous forme de question/réponse pratique a pour objectif d'apporter des précisions sur les nouvelles situations créées par la télémédecine en matière de responsabilité et de répondre aux questions concrètes que se posent les acteurs de terrain. [33]

5- La télémédecine en pharmacie

5-1- Un pré-requis ! Le réseau de médecins télé-consultants

Pour un projet coopératif, cohérent et réalisable il faut construire au préalable un réseau de médecins télé-consultants comprenant, des médecins libéraux, des médecins généralistes et spécialistes, des médecins coordonnateurs d'EHPAD, des médecins urgentistes dans le cadre de la régulation des urgences, des médecins hospitaliers. L'objectif de la télémédecine n'est pas de s'appuyer uniquement sur l'Hôpital pour nombre d'entre eux en situation contrainte mais de s'ouvrir au secteur libéral.

Afin que ce réseau fonctionne de façon pérenne, il est nécessaire qu'un modèle économique pour les professionnels de santé libéraux soit mis en place.

Ce modèle nécessite la prise en charge des actes de télémédecine par l'Assurance Maladie (CNAM).

Les bases juridiques permettant de facturer une télé-consultation existent:

- **Art.78 de la loi HPST** qui définit la télémédecine comme un acte médical. [8]
- **Décret d'application du 19/10/2010 de la télémédecine** qui définit les actes médicaux qui relèvent de la télémédecine ainsi que les conditions de mise en œuvre de la télémédecine sur les plans techniques et organisationnels. [15]
- **L'art. L162-3 inséré dans la loi de Financement de la Sécurité Sociale permet à la télémédecine d'être rémunérée comme une consultation médicale classique.** [41]

« Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'[article L. 6316-1 du code de la santé publique](#). Les consultations médicales sont également données dans les maisons médicales. »

- La convention de télémédecine entre les professionnels de santé et l'ARS
- **Art. 29 du PLFSS 2014: Expérimentation de financement d'actes de télémédecine**

« I. — Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2014 et pour une période n'excédant pas trois ans, dans des régions pilotes, portant sur le déploiement de la télémédecine, définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, pour des patients pris en charge, d'une part, en ville et, d'autre part, en structures médico-sociales, par télé-expertise, téléconsultation et télésurveillance. Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La liste des régions pilotes est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les expérimentations sont mises en œuvre par les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, centres de santé, établissements de santé et établissements médico-sociaux volontaires.

II. - Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I, en tant que de

besoin, il peut être dérogé :

1° aux règles de facturation, de tarification et de remboursement mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-26, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux établissements de santé, centres de santé et professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

2° aux articles L. 314-1, L. 314-2, L. 314-8 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles en tant qu'ils concernent les modes de tarification des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du même code ;

3° aux règles tarifaires et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

4° à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

5° aux articles L. 322-1, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds prévu aux articles L. 1435-8 et suivants du code de la santé publique. Elles s'imputent sur la dotation mentionnée au 1° de l'article L. 1435-9 du même code et font l'objet d'une identification spécifique au sein de l'arrêté prévu au même article L. 1435-9. Par dérogation audit article L. 1435-9, les crédits affectés aux régions pilotes par cet arrêté ne peuvent être affectés au financement d'autres activités.

III. - Les agences régionales de santé et les organismes de sécurité sociale des régions pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des patients pris en charge par télémédecine dans le cadre de l'expérimentation définie au I et des dépenses associées. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention. La caisse nationale d'assurance maladie met en œuvre les adaptations de ses systèmes d'information qui s'avèreraient nécessaires pour le suivi de l'activité réalisée en

télé médecine dans le cadre de l'expérimentation.

Exposé des motifs

Le présent article autorise l'expérimentation du financement d'actes de télé médecine dans le but d'accélérer le déploiement de nouveaux usages de la télé médecine en ville et au sein de structures médico-sociales. Cette expérimentation poursuit un triple objectif :

- faciliter l'accès aux soins, notamment dans les zones sous-denses ou enclavées ;*
- optimiser les parcours de santé, notamment des personnes âgées et handicapées;*
- renforcer l'efficacité de la prise en charge pour les patients.*

L'expérimentation porte sur le déploiement de la télé médecine pour les patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales (EHPAD notamment), sur plusieurs régions pilotes, sur une durée de trois ans.

Cette expérimentation, fondée sur un cahier des charges national défini par arrêté et dont le pilotage reposera fortement sur les agences régionales de santé, portera sur des activités de télé-expertise, de téléconsultation et de télésurveillance. Elle pourra notamment s'appliquer au suivi des plaies chroniques ou aux consultations dans les structures médico-sociales.

Elle nécessite de déroger aux règles de tarification de droit commun. »

Un amendement à cet article a été voté par l'assemblée nationale le 15 octobre 2013 qui cite dans le texte la pharmacie d'officine:

ASSEMBLÉE NATIONALE

15 octobre 2013

N°AS305

PLFSS 2014 - (N° 1412)

Adopté

AMENDEMENT N°AS305

présenté par

M. Paul, rapporteur

ARTICLE 29

A l'alinéa 5, après la référence :

« L. 162-14-1, »,

insérer la référence :

« L. 162-16-1, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les pharmaciens d'officine peuvent jouer un rôle dans le déploiement de la télémédecine, en particulier en milieu rural, c'est pourquoi leur participation à l'expérimentation prévue au présent article est intéressante. Les dispositions conventionnelles qui leur sont applicables doivent donc être prises en compte dans le cadre des dérogations mentionnées au II.

La ministre de la santé a donné son accord de principe à l'extension du champ de l'expérimentation aux pharmaciens d'officine lors de son audition par la commission

L'article 29 du PLFSS 2014 permettra la rémunération des projets expérimentaux de télémédecine soumis et validés par les ARS dans les régions pilotes définies par décret.

En effet, en considérant que l'acte de téléconsultation est un acte de consultation médicale à part entière comme démontré au 3-1, sa valorisation vaut un C à 23€ pour un généraliste et un CS pour un spécialiste. [42]

Le médecin libéral pourrait facturer son acte à la CPAM en éditant une facture électronique ce qui est rendu possible par la lecture de la carte vitale du patient.

Aujourd'hui, grâce à un logiciel de télé-facturation, une facturation électronique avec la lecture de la carte à distance reconnue dans le lecteur d'un second professionnel de santé avec sa carte CPS est techniquement possible.

5-2- La pharmacie est-elle légitime à intégrer la télémédecine ?

- Les articles 36 et 38 de la loi HPST du 21 juillet 2009 inscrivent le pharmacien comme étant un **professionnel de santé** à part entière au sein du parcours de soin.

Article 36: « Art. L. 1411-11. - L'accès aux soins de premiers recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

« 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi de patients.

« 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique.

« 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social.

« 4° L'éducation pour la santé.

« Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. »

[8]

Article 38:

1° « L'intitulé est ainsi rédigé : « Pharmacie d'officine ».

2° Après l'article L. 5125-1, il est inséré un article L. 5125-1-1 A ainsi rédigé :

« Art.L. 5125-1-1 A.-Dans les conditions définies par le présent code, les pharmaciens d'officine.

« 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11.

« 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé.

« 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins.

« 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaire organisées par les

autorités-de santé.

« 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles L. 1161-1 à L. 1161-5.

« 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ayant souscrit la convention pluriannuelle visée au I de l'article L. 313-12 du même code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur.

« 7° Peuvent, dans le cadre des coopérations prévues par l'article L. 4011-1 du présent code, être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. A ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets.

« 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes. « Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7° et 8°. » [8]

- **L'article 51** de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de réorganisations des modes d'intervention auprès des patients dans la limite de leur compétence et de leur expérience.

La loi HPST reconnaît donc au pharmacien le conseil pharmaceutique dans la prise en charge du patient pour les soins de premiers recours et lui permet de prendre en charge le suivi des patients chroniques en collaboration avec le médecin traitant.

La pharmacie devient plus communément un portail d'entrée accessible dans le parcours de soins, le pharmacien doit donc être en mesure de réorienter le patient dans la filière de soins quand un diagnostic médical lui semble nécessaire.

Le pharmacien s'est vu confié de nouvelles missions dont la prise en charge du patient chronique, cependant s'il est présent en tout lieu du territoire grâce à son maillage

démographique, ce n'est pas toujours le cas pour l'offre de soins or cette prise en charge nécessite une coopération entre les différents professionnels de santé. A défaut de médecins de proximité, la télémédecine en pharmacie offre aux patients âgés atteints de maladies chroniques la possibilité de consulter à distance dans un établissement accessible et ouvert au parcours de soins, la pharmacie.

Dans l'impossibilité de joindre un médecin de proximité pour une pathologie aigüe une télé-consultation pourrait être organisée au sein d'un réseau afin de prendre en charge le patient rapidement et dans les meilleures conditions (MSP).

Une télé-consultation avec la régulation des urgences, par exemple, quand la pharmacie est de garde (week-end et nuit) pourrait éviter de réorienter systématiquement le patient vers le service des urgences. Il y aurait un grand intérêt surtout pour les pharmacies insulaires par exemple celle de l'île d'Yeu qui est de garde 365 jours sur 365.

- L'ARS des Pays de Loire soutient un projet pilote de télémédecine, le projet TELEMEDINOV, qui comporte 2 pharmacies au sein de son développement afin d'optimiser le parcours de santé des ligériens. (Annexe 1)
- L'amendement n°AS305 du PLFSS 2014 inclut clairement la pharmacie comme lieu d'expérimentation de la télémédecine

**PARTIE 2 : LA TELEMEDECINE
EN PHARMACIE, MISE EN
APPLICATION**

Dans cette deuxième partie nous allons mettre en avant la mise en application concrète de la télémédecine en pharmacie en s'appuyant sur un projet pilote de télémédecine.

Le projet TELEMEDINOV (Télémédecine Interopérable Nord Ouest Vendée) s'est développé afin de répondre à la demande de soins des patients sur ce territoire en mettant en œuvre une nouvelle organisation du parcours de soins entre la ville et l'hôpital en reliant les acteurs de santé du secteur privé (EHPAD, médecins libéraux, pharmacies) et des acteurs de santé du secteur public (CH-LVO, EHPAD).

La pharmacie s'affirme comme un portail d'entrée dans le parcours de soins, accessible pour les patients grâce à son maillage géo-démographique sur tout le territoire.

La loi HPST a reconnu le pharmacien comme étant un professionnel de santé faisant parti du circuit apte à prendre en charge les soins de premiers recours, à participer à la permanence des soins ainsi qu'à la coopération entre les professionnels de santé. Elle a aussi statué sur le rôle du pharmacien à promouvoir la qualité de la dispensation et à valoriser des missions de santé publique comme le suivi de pathologies chroniques.

Pour toutes ces raisons la pharmacie est apparue comme un maillon cohérent dans la construction du projet TELEMEDINOV dans la chaîne de soins.

1- L'organisation de la télémédecine en pharmacie: le réseau, les locaux, le matériel, la télécommunication...

1-1- Le réseau de médecin téléconsultant

La base de la télémédecine est bien évidemment d'édifier un réseau de médecins téléconsultants répondant aux besoins concrets des patients éloignés de l'offre de soins mais proche de leur pharmacie.

Il sera nécessaire d'être en capacité de répondre à des demandes très diversifiées

pouvant aller éventuellement jusqu'à des cas d'urgences vitales, mais plus communément à des suivis de patients chroniques ou à un besoin d'avis médical afin de rediriger au mieux le patient dans le parcours de soins.

1-1-1- Soins d'urgences

- ➔ Un médecin généraliste distant lorsqu'il n'y a pas d'offre de soin de proximité accessible au patient: lieux isolés: insularité, monde rural, village isolé de montagne...
- ➔ Un médecin régulateur des urgences pour un avis médical urgent afin de rediriger au mieux le patient et d'éviter de l'envoyer systématiquement aux urgences hospitalières permettant d'en éviter ainsi l'engorgement.

Le diagnostic émis par le médecin s'inscrirait ainsi dans un système de pré-régulation à la pharmacie.

1-1-2- Suivi de pathologies aiguës/chroniques

- ➔ Un médecin généraliste
- ➔ Un dermatologue
- ➔ Un ophtalmologiste
- ➔ Un diabétologue du CH-LVO

Le but n'est pas de faire une liste exhaustive mais de s'entourer en fonction des besoins des patients d'un réseau cohérent et réactif.

A l'avenir, nous pouvons imaginer que le réseau se construira plus aisément puisque la télémédecine se développant, des cabinets de médecins télé-consultants devraient voir le jour afin d'offrir un réseau opérationnel, dès lors que l'assurance maladie reconnaitra l'acte de téléconsultation comme un acte médical de droit commun avec sa rémunération attachée.

1-2- Des locaux adaptés

Aucune norme, ne régit le local de la télé médecine pour le moment à part le bon sens, le respect de l'hygiène et de la confidentialité du patient.

En pharmacie, l'espace de confidentialité obligatoire pour les nouvelles missions, propre, et équipé permet tout à fait de recevoir les patients pour une consultation de télé médecine.

Il peut soit être adapté et réaménagé pour recevoir des consultations de télé médecine en plus de son rôle classique ou créé et pensé à cet effet lors de réaménagement d'officine ou de transferts.

Il doit être équipé au minimum:

- d'un point d'eau: pour le lavage des mains...
- d'une table d'examen: pour allonger le patient
- des outils médicaux nécessaires à la téléconsultation

Il est nécessaire que l'espace soit suffisamment grand pour pouvoir circuler autour du patient, afin d'apporter une bonne ergonomie pour l'opérateur de télé médecine, du confort pour le patient mais aussi afin de pouvoir installer le matériel adéquat.

1-3- Le matériel

1-3-1- Les pré requis techniques du matériel

Dans un premier temps, les opérateurs ont dû définir les critères permettant de choisir le matériel adapté à la téléconsultation en pharmacie, et de garder à l'esprit que les qualités techniques du système sont indispensables pour un projet de télé médecine. Il était donc nécessaire de prendre en compte plusieurs critères pour concevoir une « solution télé médecine » :

- **Qualité visuelle et d'écoute** : Afin de limiter l'effet de distance entre le patient et le médecin, la solution se doit d'offrir une qualité d'écoute excellente et une qualité visuelle haute définition.
Afin de pouvoir converser de façon naturelle entre patient, médecin et télé-opérateur et donc faire l'anamnèse de la maladie.
Afin de pouvoir poser un diagnostic médical d'une plaie, l'image doit être la plus fidèle possible avec une qualité d'image nette et des couleurs fidèles.

- **Simplicité du système** : Afin d'obtenir une appropriation rapide des outils et de simplifier l'utilisation du système par le personnel médical, une télécommande intuitive et tactile est mise en œuvre.
Afin de ne pas perdre de temps sur les outils ou les logiciels et de rendre le système attrayant.

- **Ergonomie** : En effet, il faut étudier l'espace afin de le rendre adapté à l'acte, entre les outils de télémédecine, la télécommunication, les logiciels et le patient avec une organisation fluide et simple.

1-3-2- Choix des équipements

Le choix des équipements est primordial et important dans la conception d'un projet de télémédecine.

Aujourd'hui, sur le marché, il existe de nombreuses solutions indépendantes telles que la visioconférence, les dispositifs médicaux et les applications métiers.

C'est pourquoi, il était nécessaire de concevoir une « solution de télémédecine ».

C'est ce qu'a fait le comité de pilotage du projet TELEMEDINOV qui a équipé la pharmacie et les différentes salles de télémédecine afférentes au projet en retenant les trois critères suivants:

- **Qualité et fiabilité**

- Capacité d'interconnexion
- Ouverture et évolution pour pouvoir améliorer le système

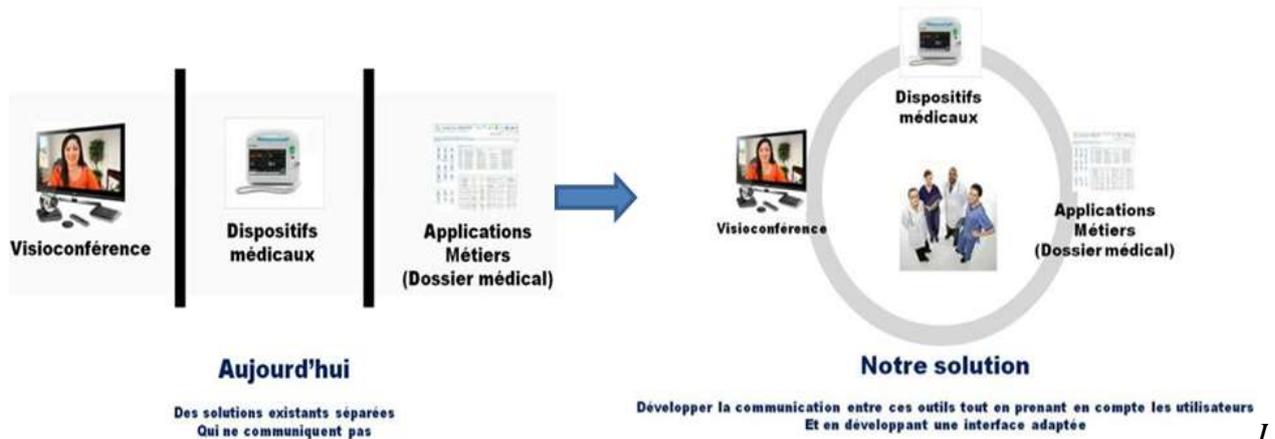


Illustration 1: Une solution décompartmentée proposée par TELEMEDINOV

L'objectif de la solution est d'apporter une communication entre l'ensemble des éléments constituant une station de télémédecine intuitive afin que le personnel soignant s'approprie rapidement l'utilisation de la station avec une interopérabilité parfaite. Et donc, de décloisonner les différentes solutions afin de les rendre compatibles entre elles et simples d'utilisation.

1-3-3- Le système audio et vidéo

Les systèmes audio et vidéo sont les moyens qui permettent la réception et la diffusion d'images provenant de la caméra principale, d'une caméra auxiliaire ou de l'ordinateur médical via le partage d'écran. Il en est de même pour le son.

La taille de l'image ainsi que la qualité du son sont des notions importantes que ce soit pour le médecin ou pour le patient; tout particulièrement pour les personnes âgées où l'effet de distance doit être diminué au maximum.

La haute définition permet une très bonne qualité vidéo. Le système est basé sur les normes pour un traitement optimal des mouvements avec une latence réduite pour

s'approcher au maximum d'une consultation classique physique.

Pour la partie son, les utilisateurs orientent leur regard en fonction de la provenance du son. Il est important que l'image et le son soient au même niveau. **En fonction de la pièce ou des utilisateurs il est possible d'ajouter un système de son ainsi qu'un amplificateur pour une meilleure écoute, et même un casque audio pour les personnes malentendantes.**

Pour une vidéo conférence de qualité il faut être équipé d'une connexion SDSL (Symmetric Digital Subscriber Line). C'est une technique d'accès qui permet de faire transporter des données à haut débit (jusqu'à 2 Mbit/s) par un réseau. Comme son nom l'indique la ligne SDSL a, contrairement à la ligne [ADSL](#) (Asymmetric Digital Subscriber Line), des débits symétriques c'est à dire que son débit en réception est égal au débit en émission.

Équipement de la salle de télé-médecine en pharmacie :

La vidéoconférence :

La salle est équipée d'un **écran** d'une taille de 42 pouces soit 107 centimètres haute résolution (1960x1260).



Illustration 2: Visualisation du site distant et du site local

L'écran permet d'afficher la connexion de la pharmacie, celle du site distant, ainsi que les données et valeurs à transmettre grâce au partage d'écran informatique.

Vue du site distant par le médecin :



Illustration 3: Visualisation du patient et de l'examen de peau par le médecin

Une **caméra haute définition** permet la transmission au site distant de l'image. Elle est située sur l'écran.



Illustration 4: Caméra haute définition zoom de base X12

Elle est pilotée via une **télécommande** aussi bien par l'opérateur qui se trouve en pharmacie que par le médecin à distance. On peut donc tourner la caméra et zoomer (zoom de base x12 et possibilité de zoomer à x36) à distance ce qui permet au médecin

d'observer ce qu'il souhaite avec précision et donc reproduire au mieux d'une consultation classique.



*Illustration 5:
Télécommande de la
caméra*

Le **microphone** doit être posé non loin de la personne qui émet afin de diminuer les bruits parasites. Il permet de capter les sons à 360° pour un meilleur rendu.

Un **ordinateur** qui permet de piloter les applications des différents dispositifs médicaux et de partager l'écran avec les résultats au site distant.

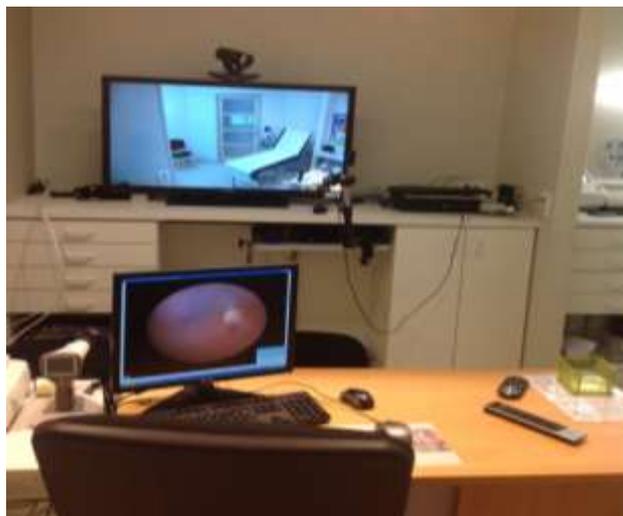


Illustration 6: Visualisation de l'ordinateur (en bas) qui contient les logiciels d'examen et de l'écran principal (en haut) qui permet leur visualisation via le partage d'écran.

Un **casque audio** pour les personnes malentendantes.

Les dispositifs médicaux :

Le **tensiomètre/saturomètre et le thermomètre infrarouge**



Illustration 7: Tensiomètre, saturomètre et thermomètre à proximité de la table d'examen

Le **stéthoscope électronique** 3M Littman® 3200 muni de la technologie Bluetooth® permet la transmission en temps réel des sons cardiaques ou pulmonaires vers le PC. Ces sons pourront être analysés, convertis sous différents formats, attachés à un dossier médical et envoyés au médecin distant.



Illustration 8: Stéthoscope électronique Bluetooth

La **caméra dermatologique** numérique Dino-lite équipé d'un zoom 70x200 est utilisée pour voir par exemple les détails d'une plaie. L'image s'affiche en temps réel sur l'écran, elle permet aussi la prise de clichés pour un suivi. Le logiciel est équipé d'un calculateur d'échelle en fonction du zoom afin de pouvoir mesurer le détail souhaité.



Illustration 11: Camera dermatologique



Illustration 12: Camera dermatologique en cours d'utilisation



Illustration 10: Visualisation à l'écran de la plaie par la camera dermatologique utilisée sur son bras articulé

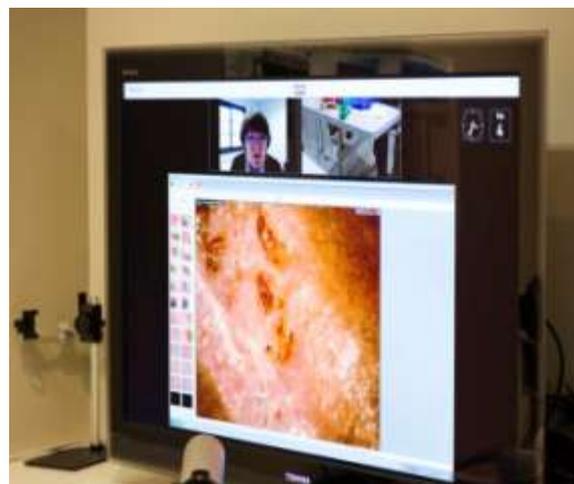


Illustration 9: Visualisation de l'écran comportant l'image dermatologique et le médecin distant

L'**électrocardiogramme** numérique est directement relié à l'ordinateur qui affiche l'ECG en temps réel sur l'écran qui peut être partagé avec le médecin. L'autre possibilité étant d'envoyer le dossier par mail.



Illustration 13: Les accessoires permettant d'effectuer l'ECG

Il est simple d'utilisation car muni d'un bandeau réglable à fixer à la poitrine du patient et de pinces à fixer aux chevilles et aux poignets.

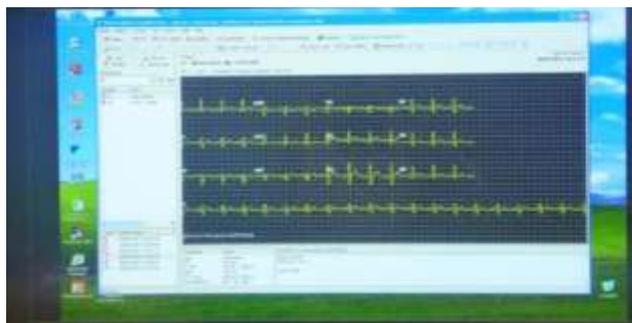


Illustration 14: Visualisation de l'écran lors d'un ECG

L'**otoscope** permet une visualisation du tympan en temps réel mais aussi la prise de photographie qui peut être archivée pour un suivi.



Illustration 18: Otoscope et ses embouts jetables



Illustration 16: Visualisation du partage d'écran otoscope/salle d'examen



Illustration 15: Visualisation d'un tympan en mode grand écran



Illustration 17: L'otoscope en cours d'utilisation

Le **rétinographe non mydriatique** permet de faire un fond d'œil sans dilater la pupille. Les clichés pris sont envoyés à l'ophtalmologue sur un serveur sécurisé.



Illustration 20: Visualisation du cliché en grand écran



Illustration 19: Le rétinographe non mydriatique



Illustration 22: Prise de clichés

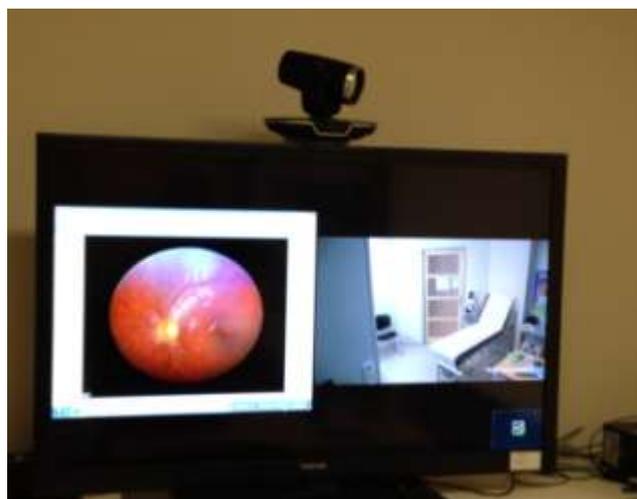


Illustration 21: Visualisation d'un cliché et de la salle d'examen

Le **lecteur de glycémie**, le médecin pourra ainsi demander une prise de la glycémie, les résultats seront transmis oralement ou par messagerie sécurisée.

Des **bandelettes urinaires** avec soit une lecture visuelle soit une lecture électronique avec un ticket de résultat transmis au médecin.



Illustration 23: Lecture électronique d'une bandelette urinaire et son analyse imprimée sur ticket

L'**appareil d'automesure de l'International Normalized Ratio INRatio2®**, il permet d'afficher en quelques minutes la valeur de l'INR du patient, à partir d'une goutte de sang capillaire prélevé au bout du doigt.

Ces appareils sont utilisés depuis plusieurs années dans de nombreux pays.

En France, l'appareil n'est remboursé que chez les enfants sous traitement anticoagulant.



Illustration 24: Appareil d'auto-mesure de l'INR

1-3-4- Développements logiciels spécifiques

1- L'accès au dossier médical

L'accès au Dossier Médical du patient est primordial pour une téléconsultation, il est nécessaire que le médecin ait accès à toutes les informations médicales antérieures.

Lors d'une téléconsultation, le médecin télé-consultant pourra lire la carte vitale distante et ouvrir le dossier médical du patient, celui-ci reste donc confidentiel.

2- L'interopérabilité

L'interopérabilité est la capacité à produire une couche logicielle qui va garantir la communication des différents matériels et logiciels mis en œuvre.

De ce fait, toute donnée produite dans le cadre d'une téléconsultation, télé-expertise ou autre, devra alimenter aussi bien les systèmes d'information des établissements de santé que les LGC (Logiciels de gestion de cabinet des médecins libéraux), les LGO (Logiciels de gestion d'officine des pharmaciens) ou les LGMR (Logiciels de Gestion de Maison de Retraite des EHPAD). Cela se traduira donc par le développement de connecteurs spécifiques qui feront le lien avec chaque système d'information interagissant avec le matériel de télémédecine.

Par ailleurs, les échanges d'information santé devront se faire en respectant toutes les règles de sécurité, de confidentialité et les protocoles d'échanges décrits par le cadre d'interopérabilité de l'ASIP (Agence des Systèmes d'Information Partagés).

Il sera nécessaire de tenir compte des contraintes de rémunérations liées à la téléconsultation. En effet, le médecin libéral (généraliste ou spécialiste) doit pouvoir facturer sa téléconsultation au même titre qu'une consultation présenteielle, ce qui est permis par la LFSS 2011 portant sur la possibilité de facturation de la consultation médicale même si le patient n'est pas dans la même pièce que le médecin et se trouve à distance.

3- La mise en place d'un système de télé-facturation

Dans le cas d'une téléconsultation avec un professionnel de santé libéral, la **génération d'une feuille de soin électronique** nécessite la présence dans le même lecteur de la carte CPS du médecin et de la carte vitale du patient.

Il faut donc mettre en œuvre, dans le processus de téléconsultation, une virtualisation du lecteur carte vitale coté patient pour le mettre à disposition du professionnel de santé et lui permettre ainsi de générer l'empreinte nécessaire à la signature de la feuille de soin électronique comme décrit ci-après.

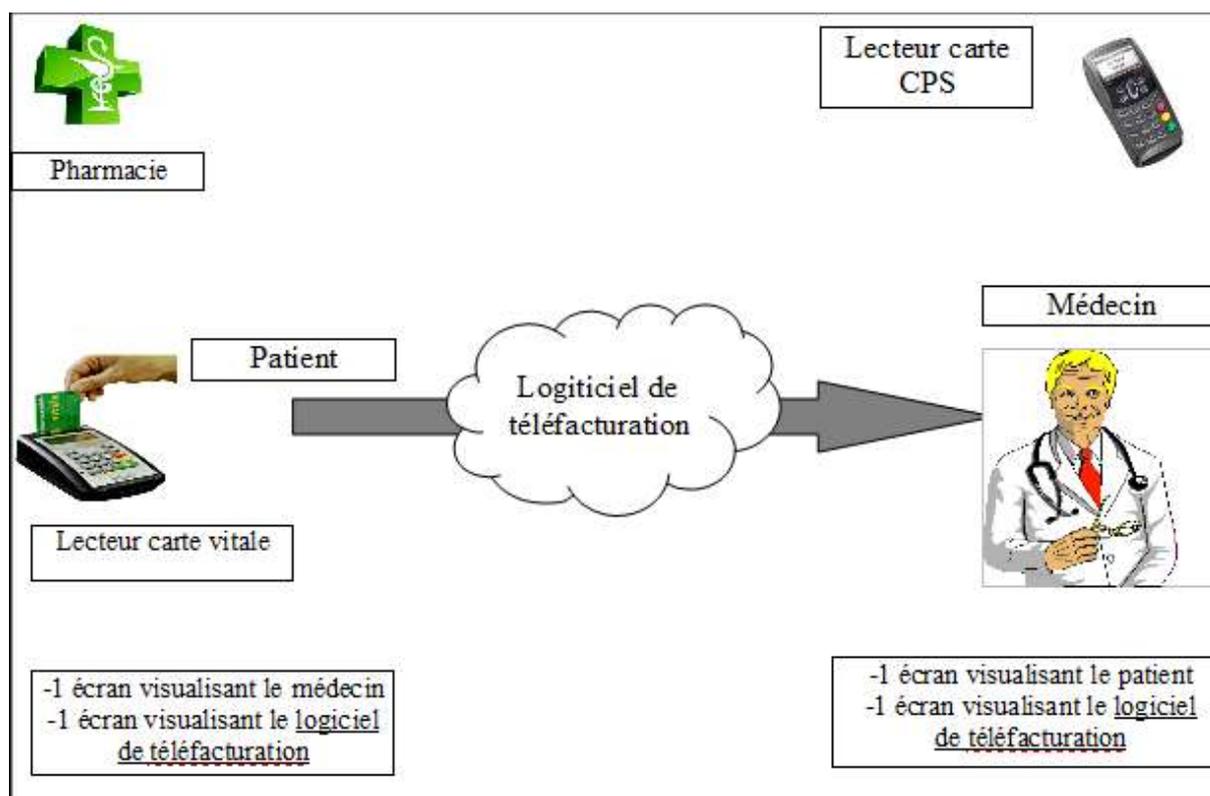


Illustration 25: Schéma modélisant la génération de la feuille de soins électronique

Le médecin va pouvoir générer sa feuille de soin électronique grâce au principe de virtualisation de la carte vitale distante.

Un logiciel de télé-facturation avec un flux sécurisé autorisé par un serveur va permettre la communication des informations de la carte vitale du patient à distance.

Il est impératif pour générer la feuille de soin que les deux professionnels de santé soient reliés via leur carte de professionnel de santé (CPS).

1-4- Un partenariat avec l'assurance maladie

Le partenariat est nécessaire avec l'assurance maladie afin de mettre en place les évaluations médico-économiques et enfin, créer le modèle économique qui fait aujourd'hui défaut pour le développement de la télémédecine dans le secteur libéral.

Nous avons montré dans le premier chapitre (au 5-1) que les bases juridiques de la télé-facturation existaient, et **permettraient ainsi de facturer les actes de télémédecine dans les quatre années à venir dans les expérimentations pilotes** dont fait partie le projet TELEMEDINOV.

La loi HPST a ouvert sur la possibilité d'élargir et de valoriser les compétences du pharmacien d'officine, notamment du point de vue des missions de santé publique.

Cette possibilité est concrétisée par les dispositions de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 qui ouvre la voie vers une diversification des modes de rémunération du pharmacien d'officine.

La convention pharmaceutique, conclue entre la CNAMTS et les syndicats de pharmaciens du 12 janvier 2013, permet aux CPAM de verser des rémunérations sous forme d'honoraires aux pharmaciens.

De ce fait l'honoraire réglementé à la marge obtenu sur la vente du médicament pourrait alors être complété par une rémunération en contrepartie d'engagements individualisés dont l'objectif est de favoriser la qualité et l'efficacité du système de soins, ce en quoi s'inscrit la télémédecine.

Dans ce nouveau cadre législatif le pharmacien est conforté dans son rôle de professionnel de santé et est valorisé sur la qualité de l'exercice pharmaceutique ainsi que sur les missions de conseil et d'accompagnement du patient.

Cette convention souligne le souhait d'optimiser l'offre de soins de premier recours en mettant en place les outils à la fois organisationnels et financiers visant à développer et valoriser les missions d'accompagnement des patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques.

- La convention a donc pour objet, entre autres :
 - ➔ De développer la coordination des soins, les nouvelles missions des pharmaciens ainsi que l'ensemble des dispositifs mis en place dans l'intérêt du patient conformément à l'article L. 162-16-1 du Code de la Sécurité

Sociale. Ces dispositifs peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actes de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques. Ils peuvent également consister en des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins ainsi qu'en toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation.

- De valoriser l'exercice pharmaceutique dans le cadre des nouveaux modes de prise en charge du patient. Les signataires de la convention se sont accordés pour définir de nouveaux modes de rémunération destiné à valoriser la pratique individuelle du pharmacien et à contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Ces nouveaux modes de rémunération, attribués au titre de l'activité de l'officine dont le pharmacien est titulaire, reposent sur le versement d'un honoraire de dispensation ainsi que sur la rétribution, par l'assurance maladie, du respect, par le pharmacien, d'engagements individualisés sur la base d'objectifs nationaux de qualité et d'efficacité de la pratique professionnelle.

Pour la rémunération sur objectifs la convention a statué sur le principe de la diversification de la rémunération des pharmaciens, notamment sur des objectifs de santé publique comme la prévention, le dépistage, et l'accompagnement des patients chroniques.

C'est donc cette convention, ainsi que l'amendement de l'article 29 du PLFSS 2014, cité plus haut, qui sont des supports juridiques et ouvrent le droit à une rémunération de la télémédecine en pharmacie.

2- Organisation d'une séance de télémédecine

En pharmacie, plusieurs scénarios peuvent se présenter il y a donc différents moyens

d'organiser la télé-médecine.

La télé-médecine peut se faire soit sur rendez-vous pour des télé-consultations prévues ou prévisibles à plus ou moins long terme (pathologies chroniques ou aiguës par exemple) en présentielle ou non (dans le cas d'analyse de clichés) pour le médecin soit sans rendez-vous préalable avec le médecin télé-consultant dans le cadre d'une urgence ou d'une garde.

Cette dernière télé-consultation pourra se faire dans un avenir proche avec une liaison directe de télé-médecine avec un médecin régulateur des urgences.

2-1- La télé-médecine programmée

La télé-médecine sur rendez-vous, est une consultation, d'un patient souffrant d'une maladie aiguë ou chronique, qui nécessite un suivi ou un diagnostic médical.

La prise de rendez-vous se fait sur des créneaux horaires réservés à la télé-médecine. Pour l'instant, le développement étant expérimental, aucun logiciel spécifique de prise de rendez-vous n'est utilisé mais il est sûr qu'à partir d'un certain nombre de rendez-vous il faudra utiliser un outil adapté et spécifique de partage d'emploi du temps en ligne.

La connexion avec le site distant se fait à l'aide des adresses IP des terminaux de visioconférence via une ligne sécurisée préenregistrée, comme un appel téléphonique.

Le patient est installé et préparé dans la salle de téléconsultation, et sa carte vitale est insérée dans le lecteur de carte vitale.

C'est à ce moment là que le médecin prend la main comme lors d'une consultation physique.

Il a accès au dossier médical du patient via le DMP, il conduit son interrogatoire, demande la prise des constantes dont il a besoin et manipule la caméra à distance.

L'opérateur de télé-médecine est présent pour effectuer les gestes demandés par le

médecin soit la prise de tension, température, déplacement de la caméra dermatologique, pose du bandeau de l'électrocardiogramme, manipulation de l'otoscope, du stéthoscope Bluetooth...

Il peut aussi servir d'intermédiaire pour le dialogue entre le médecin et le patient si ce dernier est malentendant, mais le mieux est encore de l'équiper d'un casque audio dans ce cas.

Le médecin peut demander à rester seul avec le patient s'il juge qu'il a besoin d'une certaine confidentialité avec le patient

Le médecin après avoir effectué sa téléconsultation juge s'il peut poser un diagnostic ou si le patient doit se rendre physiquement au cabinet médical.

Dans le cas où le diagnostic est posé, il rédige son ordonnance et la fait parvenir par messagerie sécurisée à la pharmacie.

2-2- En cas d'urgence ou de garde

Dans le cadre de la permanence des soins, la pharmacie pourrait se mettre en relation avec le médecin régulateur des urgences pour une prise en charge plus rapide et sécurisée du patient qui nécessite un diagnostic.

Le médecin en fonction du diagnostic :

- Envoi une ordonnance sécurisée directement
- Oriente le patient vers un médecin généraliste de garde
- Dirige le patient vers les urgences, dans ce cas le malade sera plus rapidement et efficacement pris en charge à son arrivée

Il serait ainsi possible de diminuer l'affluence aux urgences.

3- Prise en charge des pathologies par télémédecine en pharmacie

La pharmacie est un des lieux les plus appropriés pour que la télémédecine se pratique dans de bonnes conditions et soit utile à la population:

- Espace de santé accessible à tous et à tout moment de la journée, garde le week-end et de nuit
- Professionnel de santé présent à tout moment
- Espace de confidentialité équipé du matériel de télémédecine
- Bonne connaissance du patient au travers de son historique et du dossier pharmaceutique
- La pharmacie en milieu rural est parfois le seul accès possible dans le parcours de soin du fait de la désertification médicale de ces zones et des regroupements en Maison de Santé Pluriprofessionnel (MSP) des médecins qui y exerçaient. Le pharmacien s'inscrit alors comme « pharmacien correspondant », met en application l'article L 4011-1 du code de la santé publique, issu de la loi HPST, dans le cadre des protocoles de coopération entre professionnels de santé, et participe à la permanence des soins.

Ainsi la pharmacie peut intervenir dans différents cadres:

- Pathologies aiguës
- Suivi des patients chroniques
- Avis d'un spécialiste

3-1- Pathologies aiguës

La pratique de la télémédecine pour des pathologies dites aiguës (angines, otites...) n'est pas utile à l'officine si le patient dispose de cabinets médicaux suffisamment proches.

Par contre, s'il n'y a pas de médecin proche, ou si ceux-ci sont regroupés en MSP à plusieurs kilomètres il est envisageable d'effectuer des téléconsultations avec cette MSP qui serait équipée d'une salle équipée en visioconférence. Le médecin peut ainsi effectuer sa consultation à distance en interrogeant seul ou avec l'aide du pharmacien le patient.

Il peut depuis son cabinet commander la caméra et demander les constantes qui lui semblent nécessaires pour l'examen:

- Tension
- Température
- Rythme cardiaque
- Auscultation cardiaque et pulmonaire grâce au stéthoscope électronique Bluetooth
- Saturation O₂

3-1-1- Angines

RAPPEL:

Les angines, selon l'âge, sont dans 50% à 90% des cas d'origines virales (adénovirus, influenzae virus...).

Parmi les bactéries responsables d'angine, le Streptocoque β -hémolytique du groupe A est la première retrouvée (20% tous âges confondus).

Les angines à streptocoque β -hémolytique A évoluent le plus souvent favorablement en 3-4 jours même en l'absence de traitement. Cependant, elles peuvent donner lieu à des complications potentiellement graves (syndromes post-streptococciques : rhumatisme articulaire aigu (RAA) avec manifestation articulaire ou cardiaque, glomérulonéphrite aiguë (GNA), et complications septiques locales ou générales) dont la prévention justifie la mise en œuvre d'une antibiothérapie.

En raison de ces risques inhérents aux infections à streptocoque β -hémolytique A, et du fait que les antibiotiques sont inutiles dans les angines virales, les patients atteints d'angine à streptocoque β -hémolytique A doivent recevoir un traitement antibiotique rapidement. [44]

Le médecin fait son diagnostic à distance par l'interrogatoire du patient, l'analyse de ses constantes notamment la fièvre >38°. Et il peut observer la gorge du patient grâce à une caméra adaptée afin de visualiser l'aspect de l'oropharynx.

Il peut aussi demander au pharmacien d'effectuer un Test de Diagnostic Rapide de l'angine (TDR). En effet, le TDR de l'angine peut être réalisé à la pharmacie (arrêté du 11 juin 2013).

Le TDR est en général réalisé chez les enfants de plus de 3 ans présentant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée. Chez les adultes, le TDR fait suite à un score de Mac Isaac supérieur ou égal à 2, toujours lors d'une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée.

SCORE DE MAC ISAAC : [45]

Critère clinique	Score
Température >38°C	1
Absence de toux	1
Atteinte amygdalienne (augmentation du volume ou exsudat)	1
Ganglion(s) cervical(aux) douloureux	1
Age du patient :	
- De 3 à 14 ans	1
- De 15 à 44 ans	0
- Plus de 45 ans	-1

Tableau 1: Calcul du SCORE DE MAC ISAAC

Le résultat du TDR est communiqué au médecin pour compléter son diagnostic.

Dans le cas d'un TDR négatif il convient de prévenir le patient qu'il doit consulter à nouveau si ses symptômes n'ont pas régressé dans les trois jours avec un traitement symptomatique.

3-1-2- Otites

Le diagnostic se fait sur l'interrogatoire du patient, la prise de température et l'observation des tympons grâce à une caméra otoscope par le médecin distant.

3-1-3- Infections urinaires

En plus de l'interrogatoire et des constantes nécessaires aux médecins pour son diagnostic, le pharmacien peut effectuer une bandelette urinaire puis faire une lecture visuelle ou une lecture électronique et transmettre le résultat.

3-1-4- Autres...

Il y a bien d'autres maladies aiguës qui nécessitent une consultation médicale si les symptômes sont importants, ou persistent. On peut aussi mettre en place des téléconsultations sous le même format pour des syndromes grippaux, des gastroentérites, etc...

En tant qu'officinaux nous sommes tous les jours confrontés à rediriger en fonction des symptômes, et des antécédents vers le médecin traitant. La télé-consultation ne changerait rien à cette pratique.

Dans tous les cas il faut bien comprendre qu'il s'agit d'une véritable consultation avec les mêmes outils dont dispose le médecin à son cabinet. Le médecin reste juge de la nécessité d'une rencontre physique avec le patient au cabinet médical s'il estime ne pas avoir les éléments suffisants pour effectuer son diagnostic ; la limite de la téléconsultation pouvant être le toucher et la palpation.

3-1-5- Intérêt de la télé-médecine pour le patient dans le cadre de téléconsultation pour des pathologies aiguës

Comme il a été dit plus haut, la téléconsultation pour des pathologies aiguës se ferait dans le cas où les médecins se trouvent à plusieurs kilomètres.

Le but étant :

- D'augmenter la couverture médicale afin de réduire les distances et le temps d'accès aux soins ce qui contribuerait à un meilleur accompagnement médical du patient.
- D'améliorer la qualité des soins et la rapidité du diagnostic ainsi que la rapidité de l'application des décisions en cas de mise en place d'un traitement.
- D'éviter les déplacements non justifiés vers les urgences.

3-2- Suivi de pathologies chroniques

La médecine actuelle et son encadrement ont été modélisés en fonction des pathologies aiguës. Le Docteur Pierre Simon déclare que « la télémédecine contribue au changement de paradigme de notre système de santé rendu nécessaire pour répondre à la demande de soins liée aux maladies chroniques dont la prévalence progresse avec l'allongement de la durée de vie. »

Il ajoute que « le parcours de soins des patients atteints de maladies chroniques peut être mieux coordonné » et que « la continuité des soins, à distinguer de la permanence des soins, est devenue un sujet sociétal majeur car le vieillissement de la population, avec son cortège de maladies chroniques, nécessite une surveillance régulière des patients âgés au domicile ou sur le lieu de vie (maisons de retraite, EHPAD). Toute rupture dans la continuité des soins entraîne un afflux de ces patients à l'hôpital. La télémédecine peut aider à mieux assurer la continuité des soins. »

Dans ce cadre et dans l'optique d'une éventuelle rémunération à la capitation des médecins (N.B.: la capitation correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera.), il est possible de prévoir une ou deux consultations physiques par an en alternance avec des consultations à distance. Il est ainsi possible de recourir au « pharmacien correspondant ».

C'est le pharmacien dont le ou les médecins se seraient éloignés dans une MSP, le

patient aurait alors la possibilité de consulter son médecin par téléconsultation depuis ce « pharmacien correspondant ». Cela permettrait de maintenir un lien social et un lieu d'entrée au parcours de soin dans les communes désertées par les médecins, regroupés dans les MSP.

De plus, les maladies chroniques seraient prises en charges de façon pluri-professionnelles ce qui impliquerait, en plus du médecin traitant, des médecins spécialistes bien souvent encore moins accessibles pour le patient.

3-2-1- Le suivi du patient diabétique

La téléconsultation peut permettre de faire suivre le patient diabétique par son médecin traitant (MSP) mais aussi par un diabétologue.

Les rétinographies annuelles conseillées seraient effectuées en téléconsultation grâce à un rétinographe non mydriatique facile d'utilisation dont les clichés seraient transmis à un ophtalmologue sur un serveur sécurisé. L'ophtalmologue transmettra son avis le lendemain par ce même serveur.

Le pharmacien dispose d'outils de suivi du patient diabétique :

- Le lecteur de glycémie
- Des bandelettes urinaires pour le suivi de la fonction rénale
- Le déchargement du lecteur de glycémie patient dans un fichier qui peut être transmis au médecin
- Une balance pour surveiller le poids du patient et son Indice de Masse Corporel

La caméra dermatologique trouve aussi son utilité pour l'examen des pieds et des plaies éventuelles du patient, le médecin peut zoomer sur la plaie pour un meilleur visuel.

Le pharmacien et le médecin peuvent aussi mettre en place l'éducation thérapeutique (ETP) du patient diabétique par l'intermédiaire d'une téléconsultation, l'ETP doit être dispensée par au moins deux professionnels de santé et peut s'adresser à un ou

plusieurs patients. L'ETP se ferait alors en visioconférence avec le ou les professionnels de santé distants et le pharmacien auprès du patient.

3-2-2- Le suivi du patient insuffisant cardiaque

Comme pour le patient diabétique, le patient insuffisant cardiaque peut être suivi à distance.

Il est possible de mesurer le poids à l'aide d'une balance, en effet toute modification rapide du poids d'un patient insuffisant cardiaque peut être le reflet d'un déséquilibre hydrosodé.

Le médecin dispose du stéthoscope électronique Bluetooth, du tensiomètre et du saturomètre pour ausculter et suivre les constantes du patient.

Un électrocardiogramme pourrait être pratiqué avec un affichage en temps réel de celui-ci sur l'écran du médecin grâce au partage d'écran.

L'éducation thérapeutique faisant partie intégrante du traitement, elle serait proposée à distance pour permettre au patient de prendre en main sa maladie:

- son auto-surveillance des symptômes,
- son alimentation,
- sa pratique sportive,
- l'automédication
- et son traitement

3-2-3- Le suivi du patient hypertendu

Comme pour le patient insuffisant cardiaque le médecin dispose du stéthoscope électronique, du tensiomètre, et du poids du patient.

3-2-4- Le suivi du patient asthmatique et des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive

Le pharmacien peut transmettre au médecin les constantes du patient et effectuer des mesures de spirométrie, Débit Expiratoire de Pointe (DEP) à l'aide du Peak Flow et le Volume Expiratoire Maximum par Seconde.

Il mesure la saturation en oxygène du sang du patient pour surveiller sa bonne oxygénation et l'absence de détresse respiratoire.

Il peut aussi utiliser l'analyseur de monoxyde de carbone dans l'air expiré qui permet de mesurer par extrapolation la carboxyhémoglobine (COhb) chez les fumeurs.

Des séances d'éducation thérapeutique pourront être mise en place.

3-2-5- Le suivi dermatologique

Le suivi dermatologique après un premier rendez-vous permettrait de suivre l'évolution d'une plaie, d'un ulcère variqueux, d'un escarre ou d'une intervention chirurgicale, pourrait s'effectuer à l'aide de la caméra pilotée à distance par le médecin et de la camera dermatologique complémentaire dirigée par l'opérateur de télémédecine sur les instructions du médecin. Cette dernière permet de voir les contours et les détails de la plaie.

Des photographies peuvent être prises et envoyées au médecin pour voir l'évolution après chaque consultation et être classées dans le dossier du patient.

3-2-6- Le suivi gériatrique

Le suivi gériatrique est surtout intéressant pour éviter les déplacements et les attentes qui sont perturbantes pour les patients âgés.

La télémédecine pourrait s'appliquer dans le cadre du Maintien à Domicile (MAD)

pour le suivi des patients.

N.B.: Le suivi gériatrique peut aussi se faire en télémédecine dans un espace aménagé dans un EPHAD (*cf.* l'EPHAD de Commequiers avec l'unité gériatrique de CHLVO)

3-2-7- Et autres suivis...

D'autres suivis peuvent être mis en place en fonction de la demande des patient comme le suivi du patient sous traitement anticancéreux, ou encore le suivi du patient en psychiatrie.

Le but n'est pas de faire une liste des suivis possibles mais de mettre en place des téléconsultations en fonction des besoins locaux.

3-2-8- Intérêt de la télémédecine pour le patient dans le cadre de téléconsultation pour des pathologies chroniques

La télémédecine, sur le papier, est en train de s'imposer comme étant le suivi de pathologie chronique privilégié comme l'explique le Dr Pierre Simon cité plus haut.

Elle améliore la qualité de vie des patients chroniques. En effet, elle permet une diminution des transports et des temps de déplacement, une diminution des hospitalisations, et une sécurisation du patient.

La télémédecine a comme avantage de concentrer les différents actes médicaux nécessaires au suivi du patient chronique et donc d'en favoriser l'accompagnement. Les délais de prise de rendez-vous (parfois à six mois) et la distance sont autant de frein qui diminuent la motivation du patient à faire suivre sa maladie. Les maladies chroniques sont les toutes premières causes de mortalité en France (70% des décès étant imputables à des maladies chronique) [46], réduire cette mortalité passe par le fait d'impliquer le patient dans ses soins et la gestion de sa maladie pour cela il faut des actes médicaux accessibles et proches.

L'allongement de l'espérance de vie et les progrès de la médecine ne cessant d'augmenter, notre système de santé doit s'y adapter.

La qualité de vie du patient étant primordiale, tout outil qui permettrait de diminuer les effets négatifs des maladies chroniques sur le quotidien de ces patients, les incapacités qu'elles peuvent engendrer ainsi que les contraintes liées au traitement [47]est essentiel à développer.

D'autre part, la télémédecine offre aux patients des zones dites « de désertification médicales », une meilleure égalité d'accès aux soins.

3-3- Avis d'un spécialiste

La télémédecine est un bon moyen de communication pour les professionnels de santé. Elle permet une relation facilitée avec des médecins spécialistes, pharmacien et médecin traitant ont accès à un réseau élargi d'avis pour conseiller au mieux le patient.

En effet, le patient ne peut pas s'adresser directement à un spécialiste, il doit au préalable consulter son médecin traitant qui l'adresse au spécialiste si besoin dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, à l'exception d'un médecin ophtalmologiste et gynécologue.

Donc dans le cas d'un avis sur une pathologie oculaire, on peut envisager d'avoir accès à un avis spécialisé qui peut être donné en présentielle ou non (envoi de cliché) du médecin.

La cabine de télémédecine est aussi un moyen pour le médecin de demander une télé-expertise avec un confrère pour un patient.

4- Les ressentis médecins et patients concernant la téléconsultation

Une consultation médicale est basée sur l'examen clinique du patient ainsi que sur la relation médecin-patient ; il est donc compréhensible qu'il existe des appréhensions de la part des médecins et des patients sur une consultation médicale qui se déroule à distance.

Le but n'est pas non plus de supprimer le face à face entre le médecin et le patient comme l'explique le Dr Pierre Simon mais d'utiliser la télé médecine dans l'objectif premier d'offrir une meilleure qualité de soin au patient et que « la téléconsultation, la télésurveillance, la télé-expertise soient alors autant de solutions pour aider les médecins à être moins débordés et à déléguer certaines tâches à d'autres professionnels de la santé. »

Une thèse sur le « ressenti des soignants avant et après la mise en place de téléconsultations entre le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan et différentes structures médicales isolées en Vendée » présentée par le Dr Gwénaelle Gaboriau a permis de souligner différents points concernant les ressentis avant et après l'expérimentation basé sur une dizaine de téléconsultations. [48]

La thèse a fait ressortir qu'avant l'expérimentation les médecins avaient des appréhensions quant à:

- ➔ l'examen clinique qui est l'inspection du corps en général c'est à dire la palpation pour la recherche de volumes anormaux ou douloureux, la percussion pour mettre en évidence un son anormal ou l'auscultation des poumons ou du cœur.
- ➔ le transfert de tâche vers l'opérateur de télé médecine et les responsabilités attachées à ce transfert.
- ➔ l'utilisation du matériel, la qualité de l'image et du son.

Après les deux mois d'expérimentation voici un bref bilan qui en est ressorti:

- ➔ L'examen clinique s'est avéré être en effet une des limites de la téléconsultation, il est expliqué que « le fait de ne pas toucher le patient rend plus difficile la prise de décision ».

Par contre, il est par ailleurs évoqué la possibilité de former des assistants de télé médecine par des médecins afin de déléguer plus facilement cette tâche.

→ Le transfert de tâche montre ses limites lors de l'examen clinique.

La protocolisation ainsi que la définition des rôles est donc nécessaire pour la coopération entre les professionnels de santé afin de définir un cadre légal comme il est inscrit dans l'article 51 de la loi HPST.

→ l'utilisation du matériel n'a pas posé de problème du moment qu'il y avait une formation en amont.

Il est ressorti que la qualité de l'image est primordiale pour apprécier les réactions des patients ainsi que ce qui n'est pas verbalisé.

La qualité du son est bonne et synchronisée, mais elle peut poser problème avec les personnes malentendantes, la solution apportée est d'équiper ces patients d'un casque audio.

→ La relation personnelle avec le patient est en effet pas la même au travers d'un écran. Les téléconsultations qui seraient des suivis de patients ayant déjà eu une primo consultation avec le médecin souffriraient moins de ce manque.

Toujours lors de cette expérimentation l'Infirmière Diplômée d'État qui était en l'occurrence l'opératrice de télé médecine a rapporté le ressenti du côté des patients. Ils ont été surpris par la consultation mais ils n'ont été ni dérangés, ni gênés. Cependant, l'appréciation des patients non communicants ou déments a été plus difficilement appréciable.

Cette étude se fonde sur des téléconsultations gériatriques en EHPAD dans le projet TELEMEDINOV, nous pouvons en déduire que l'usage des outils de télé médecine à la pharmacie avec des patients non dépendants et plus alertes serait plus facile à gérer avec un service patient rendu positif.

PARTIE 3 : LA TELEMEDECINE
UN MODELE ECONOMIQUE A
CONSTRUIRE EN PHARMACIE

A ce jour, le modèle économique de la santé en France repose sur le cofinancement par :

- L'assurance maladie,
- Les complémentaires santé,
- Le reste à charge par le patient.

La télémédecine, nous l'avons démontré précédemment est un acte médical à part entière novateur. Il prend toute sa place dans notre système de santé, qui a besoin d'évoluer avec de nouveaux outils afin de contribuer à une prise en charge efficiente du patient en tout lieu du territoire.

Cependant, la mise en place d'une nouvelle organisation nécessite des ressources financières afin de répondre à ses besoins.

L'assurance maladie regarde attentivement les projets de télémédecine en cours et attend le retour des évaluations de projets démonstrateurs à l'échelle de territoires de santé avant d'accompagner une généralisation de leur développement au plan national.

Aujourd'hui, il n'existe pas d'étude suffisamment probante sur le sujet et encore moins pour la pharmacie d'où le développement d'appel à projets évaluables : par le DGOS, l'ASIP, AAP- E-SANTE N°1 et N°2 [49] du Fonds de Santé Numérique (FSN) dont fait parti le projet TELEMEDINOV, seul projet incluant des pharmacies dans un projet de télémédecine.

Selon le cahier des charges du projet TELEMEDINOV sur lequel je m'appuie pour le modèle applicable en pharmacie.

Le modèle économique proposé de façon expérimentale repose sur la démonstration d'un modèle médico-économique favorable à la maîtrise potentielle des dépenses de l'Assurance maladie et contribuant à l'amélioration de la qualité de vie du patient.

1- Le modèle médico-économique

Il repose sur l'aspect clinique de la prise en charge du patient à l'officine de pharmacie dans les zones en déficit d'offres de soins, confronté à une maîtrise potentielle des dépenses de l'assurance maladie de la nouvelle organisation.

Il s'agit également de faire la preuve dans le projet d'une meilleure organisation et d'une amélioration de la qualité des soins sans augmenter les dépenses de l'assurance maladie.

Ce modèle doit faire l'objet d'une évaluation positive pour créer un modèle économique pérenne en pharmacie.

Il se base sur deux critères généraux :

1- L'amélioration de l'organisation des soins

- Réduction du nombre d'hospitalisation, baisse des durées de séjour en développant l'ambulatoire (HAD, MAD)
- Réduction des actes ou des tests redondants
- Augmentation des compétences et coopérations professionnelles
- Augmentation de la productivité (moins de journées de travail perdues et baisse des transports pour les PS comme pour les patients)
- Gain de temps et rapidité de l'application des décisions en cas d'adaptation de traitement (y compris baisse des temps d'attente)
- Gain de temps pour les coopérations interprofessionnelles et traçabilités des décisions

2- L'amélioration de la qualité des soins

- Amélioration du diagnostic et rapidité du diagnostic

- Qualité des soins et accès rapide aux soins
- Baisse de l'isolement aussi bien pour les patients que pour les professionnels de santé

L'étude du modèle Médico-économique prévue sera prospective en prenant la méthode préconisée par Madame Le Goff-Pronost et Coll et adoptée aujourd'hui par la HAS dans son rapport sur « L'efficience de la télémédecine et l'élaboration d'un cadre d'évaluation » [50].

Cette approche vise à croiser 4 critères d'évaluation :

- A- Accessibilité,
- B- Pratiques professionnelles et organisation des soins,
- C- Qualité des soins et sécurité de la prise en charge,
- D- Les coûts identifiés

Ces critères seront confrontés à 6 points de vue :

- **Les patients, aidants et famille:** il s'agit des conséquences directes de l'intervention sur le patient, les impacts de l'intervention sur les bénéficiaires et les personnes concernées par l'intervention en termes d'organisation des soins, de déplacements, etc. Dépenses de soins et biens médicaux à la charge des patients en relation avec l'activité de télémédecine (non prises en compte par l'Assurance maladie), temps consacré à l'intervention par les bénéficiaires et par les aidants
- **Les professionnels de santé médicaux et opérateurs de télémédecine :** il s'agit des conséquences sur l'organisation des soins et en termes de modifications des pratiques (notamment, temps consacré à l'intervention) qui peuvent être variables selon le type de télémédecine, l'organisation mise en place, la volumétrie des actes, etc. Les investissements et conséquences

financières liées au développement et au fonctionnement de l'activité (y compris l'impact sur les coûts de transport).

- **Les établissements de santé et structures de santé** : il s'agit des conséquences sur l'activité de l'établissement, sur l'organisation des soins en interne et en lien avec les autres acteurs (offreurs de soins, professionnels de santé), etc. Les investissements et coûts liés au fonctionnement de l'activité; rentabilité par rapport au volume d'activité.
- **L'État, l'assurance maladie** : il s'agit des conséquences sur l'offre de soins en termes de répartition et d'accès, impacts sur les pratiques professionnelles, implications en termes de formation des professionnels et d'éducation des patients. Les investissements et impacts de l'intervention sur l'état de santé des patients, en termes de ressources consommées (en particulier, recours aux soins évités) et coûts de transport.
- **L'assurance maladie complémentaire** : il s'agit des impacts potentiels sur l'accès aux soins par l'organisation de parcours de soins et réseau de soins. Les investissements et impact de l'intervention sur l'état de santé des patients, en termes de ressources consommées (en particulier, recours aux soins évités).
- **Les industriels et autres financeurs privés** : il s'agit des investissements, de la rentabilité de l'activité et du développement du marché.

La matrice des impacts des effets attendus sera construite de la manière suivante :

Effets de la télémédecine en termes de <hr/> Perspectives tout financeurs et 6 points de vue sociétal	A Accessibilité	B Pratiques professionnelles et organisations des soins	C Qualité des soins et sécurité de la prise en charge	D Coûts
 ① Patients, aidants, famille				
 ① Professionnels de santé médicaux et opérateurs de télémédecine				
 ① Etablissements de santé et structures de santé				
 ① Etat, Assurance maladie				
 ① Assurance maladie complémentaire				
 ① Industriels et autres financeurs privés				

Tableau 2: Exemple de tableau de modélisation d'une étude médico-économique

1-1- Définition des actes de télémédecines en pharmacie dans le projet

Afin de permettre le développement d'un modèle médico-économique il était nécessaire de définir (dans un premier temps) un cadre qui définirait les actes de télémédecine finançables. Ce cadre pourrait être élargi par la suite si le bénéfice apporté par la télémédecine en pharmacie suite aux évaluations réalisées s'avère positif.

Les échanges entre les différents partenaires du projet et l'assurance maladie représentée par la CPAM 85 ont ouvert les pistes financières suivantes :

- **Gériatrie** : la prise en charge des personnes âgées est une des priorités définies par Madame la Ministre Marisol Touraine dans la Stratégie Nationale de Santé
- Ciblage des **patients chroniques** avec la prise en charge des pathologies suivantes :
 - HTA
 - Diabète
 - Asthme et insuffisant respiratoire
- La téléconsultation/ la télé-expertise **dermatologique**
- La télé-expertise **ophtalmologiste** : Rétinographie
- La téléconsultation médicale urgente si nécessaire avec la régulation des urgences dans le cadre de la permanence des soins

2- Le modèle économique en pharmacie

Dans le cadre d'un modèle médico-économique faisant la preuve de la minimisation des coûts dès lors que la télé médecine clinique ne montre pas de supériorité, ni d'infériorité en termes de résultat clinique, par rapport au modèle classique de la prise en charge du patient dans le parcours de soins, le modèle économique est fondé sur la création de valeur basée sur :

- Une nouvelle organisation dans la coopération entre les professionnels de santé
- Le partage sécurisé de l'information (accès DMP, DP)
- L'e-prescription sécurisée
- La télé-facturation grâce à un logiciel permettant de générer une feuille de soins électronique pour le paiement de l'acte de télé médecine par la CPAM 85

Le paiement de l'acte de télé médecine en pharmacie sera à compter du 1^{er} janvier 2014 uniquement réalisable dans les projets pilotes évaluables agréés

par l'ARS et sélectionnés par arrêté ministériel au travers du Fonds FIR alimenté par l'assurance maladie pour une période de 4 ans (PLFSS 2014) dans lequel s'inscrit le projet TELEMEDINOV et sur lequel se base cette étude.

2-1- Un modèle économique à créer

A ce jour, aucun modèle économique de télémédecine en pharmacie n'existe, il est à créer et à développer.

La pharmacie de Commequiers, en Vendée, est intégrée au projet pilote de télémédecine dans le cadre de TELEMEDINOV. Ce qui lui permet d'être équipée d'une solution de télémédecine en relation avec un réseau de médecins télé-consultants.

Ce projet soutenu par l'ARS de Pays de Loire est piloté par le Ministère de la Santé qui va se baser, entre autre, sur les résultats finaux des évaluations médico-économiques et économiques pour démontrer la faisabilité de son développement à une échelle nationale.

Il faut donc poser les bases de la réflexion d'un modèle financier qui se doit de tendre vers un équilibre en corrélant les besoins avec les ressources.

Le modèle proposé est un modèle expérimental, c'est pourquoi il est basé sur un seuil minimal de 4 demi-journées de téléconsultation par mois, seuil acceptable par la pharmacie télé-communicante sans perturber l'organisation actuelle et permettant d'effectuer un nombre de téléconsultation suffisant pour mettre en place l'étude médico-économique.

2-1-1- Les besoins

➤ Investissement sur le matériel :

Cet investissement comprend en location financière du matériel sur 5 ans:

- L'équipement en visioconférence
- La caméra dermatologique
- Le rétinographe non mydriatique
- L'otoscope
- Le stéthoscope électronique bluetooth
- L'électrocardiogramme de repos

Il comprend aussi les coûts annexes liés à l'utilisation de consommables comme les bandelettes urinaires par exemple

Soit un total de 450€/mois

➤ Abonnement et la connexion SDSL :

Coût de l'abonnement à la ligne et de la connexion.

Soit un total de 150€/mois

➤ Salaires de l'opérateur de télémédecine

Pour cette démonstration, on se base sur **quatre demi-journées de téléconsultations par mois** sur les thèmes définis plus haut soit la gériatrie et les maladies chronique (diabète, HTA, asthme et insuffisance respiratoire) en priorité puis la dermatologie pour le suivi des patients, et l'urgence médicale qui elle resterait anecdotique dans un premier temps.

On a choisi d'affecter à l'opérateur de télémédecine un coefficient 300, qui correspond au coefficient moyen d'un préparateur (280) [51] lequel est majoré suite à la formation de la télémédecine.

Quatre demi-journées par mois correspondent à 18 heures de téléconsultation soit 12% d'un Equivalent Temps Plein (ETP) auquel s'ajoute les charges patronales.

Soit au total :

- un salaire de 1938.34€ brut

- des charges patronales s'élevant à 650€

Salaire chargé = 2588.34€

Qui rapporté à 12% de cet ETP correspond à 310€

Le total des besoins :

BESOINS mensuels	
Investissement matériels (location financière)	450 €
Abonnements/connexion ligne SDSL	150 €
Salaire + charges : 12%ETP opérateur de télémédecine	310€
TOTAL BESOINS	910 €

Tableau 3: Représentation des besoins mensuels

2-1-2- Les ressources

Face à ces besoins d'investissement, d'abonnements et de personnel, il faut trouver un équilibre financier dans le but de démontrer la pérennité d'un tel projet.

Voici, le modèle économique expérimental en discussion :

Afin d'atteindre un seuil de ressources nécessaires pour investir en matériels et assumer les charges de fonctionnement, il a été démontré précédemment que le nombre d'actes en télémédecine mensuels nécessaire est de 54 pour 4 demi-journée.

A l'année le nombre d'actes à réaliser correspond à 648.

Dans l'hypothèse de la prise en charge du patient chronique avec une forfaitisation de 4 téléconsultations /an valorisée à 80€/an/patient chronique.

Le seuil minimum pour atteindre l'équilibre financier (Amortissements des investissements + Charges de fonctionnement) est la prise en charge de 162 patients chroniques/An à la pharmacie.

Avec une projection annuelle ciblée :

- DIABETE + Rétinographie : 30 patients
- HTA : 70 patients
- ASTHME et insuffisants respiratoires (BPCO) : 30
- DERMATOLOGIE : 22
- Urgences : 10

N.B. : Ces ratios sont rapportés à la typologie de patients de la pharmacie pilote

Il est à noter que la valorisation de ce modèle en discussion se rapproche de la convention pharmaceutique déjà existante relative à la rémunération de la prise en charge des patients sous traitement anticoagulant : 40€/an pour 2 entretiens minimum comme cité ci-dessous :

Extrait de la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine :

« 31.2.2. Accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques.

Dans le cadre de l'accompagnement des patients traités au long cours par anticoagulants oraux inscrits pour le suivi de leur traitement auprès du pharmacien désigné, une rémunération forfaitaire sur objectif est mise en place. Cette rémunération est fixée annuellement à 40 € par patient inscrit auprès du pharmacien désigné. »

MODELE FINANCIER <i>Pharmacie</i>	
BESOINS mensuels	
Investissement matériels (location financière)	450 €
Abonnements/connexion ligne SDSL	150 €
Salaire + charges : 12%ETP opérateur de télémedecine	310€
TOTAL BESOINS	910 €
Seuil RESSOURCES mensuelles	
Honoraire 20€/acte - 54 actes/mois pour trouver l'équilibre financier	1080,00 €
18 heures/mois = ½ journée/semaine	
TOTAL RESSOURCES	1080,00 €
SOLDE	+170,00 €

Tableau 4: Modèle financier en pharmacie

L'expérimentation, qui se ferait sur quatre demi-journées par mois, permettrait de mettre en avant un modèle financier qui se voit équilibré pour une rémunération du suivi du patient chronique de quatre-vingt euros par an.

Il est à noter que les actes de télé-expertises seraient minorés au prorata du temps passé, par exemple. Cette rémunération est en discussion à ce moment même et les pistes finales ne sont pas encore définies.

Le développement de la télémedecine en pharmacie dépendra de l'obtention d'une rémunération qui permettra aux pharmaciens investisseurs d'avoir une visibilité à moyen terme. Sans cette visibilité, on peut être sûr que la télémedecine en pharmacie ne se développera pas.

CONCLUSION

La télémédecine est présentée comme l'utilisation des Nouvelles Technologies de la Communication pour améliorer la prise en charge et accompagner les patients dans le domaine de la santé.

Le développement des projets de télémédecine à titre expérimental démontre qu'il s'agit plutôt d'une innovation organisationnelle entre les professionnels de santé, développement qui requiert une bonne analyse des besoins pour construire un projet médical pluri-professionnels cohérent.

La Loi HPST place le patient au cœur du parcours de soins avec une coopération possible de l'ensemble des professionnels de santé l'accompagnant, mais il sera nécessaire de prendre en compte ses attentes et ses besoins recueillis sur le terrain pour construire une offre de soins efficiente.

Le décret sur la Télémédecine a défini précisément les actes de télémédecine à ne pas confondre avec les offres de télé-santé au champ beaucoup plus vaste.

Le cadre législatif étant précisé, il permet de sécuriser les pratiques mais aussi d'envisager son financement.

Le législateur prudent permet à compter de janvier 2014 les financements des actes de télémédecine à titre expérimental pour permettre les évaluations nécessaires du modèle médico-économique comme fondement à l'établissement d'un modèle économique pérenne pour un développement national.

La télémédecine à la pharmacie est un outil qui a toute sa place dans une nouvelle organisation en réseau de professionnels de santé, concourant à la permanence des soins et coopérant dans l'accompagnement du patient et de sa pathologie.

L'expérimentation pilote devant faire l'objet d'une évaluation médico-économique positive freine à un développement rapide de cette organisation. Elle est cependant nécessaire pour déclencher une rémunération pour passer en mode pérenne.

Un modèle économique est indispensable pour permettre aux pharmaciens d'officine d'investir dans cet outil de santé et offrir à leurs patients isolés des soins de qualité et accessibles.

La convention pharmaceutique a ouvert des nouvelles pistes de rémunération sur lesquelles se fonder pour dégager des ressources de financements pérennes et réussir à construire un équilibre économique.

Néanmoins, le PLFSS 2014 accorde un délai de 4 ans pour évaluer les modèles médico-économiques attachés aux différents projets expérimentaux. Ce laps de temps n'est-il pas trop long et de ce fait de nature à dissuader les industriels et les pharmaciens de s'investir dans l'innovation organisationnelle et technologique qu'implique un tel projet ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Simon P, Acker D. - (2008) - La place de la télémédecine dans l'organisation des soins - Rapport final de Télémédecine (Internet) - [Consulté en juillet 2012] - Disponible sur:
http://www.antel.fr/doc/Rapport_final_Telemedecine.pdf

2. Feuille de route du gouvernement sur le numérique – (2012) - (Internet) - [Consulté en juillet 2012] - Disponible sur :
http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/fichiers_joints/feuille_de_route_du_gouvernement_sur_le_numerique.pdf

3. Lasbordes P. – (2009) - La télésanté: un nouvel atout au service de notre bien-être (Internet) - [Consulté en juillet. 2012] - Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Telesante_-_decembre_2009.pdf

4. Direction Générale de l'Offre de Soins – (2011) - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé - Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine (Internet) [Consulté en août 2012] – Disponible sur :
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34199.pdf

5. Legmann M., Lucas J. – (2009) - Télémédecine - les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins (Internet) – [Consulté en juillet 2012] – Disponible sur :
<http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/telemedecine2009.pdf?download=1>

6. Le Collectif inter-associatif sur la santé. – (2012) - Démographie médicale, répartition des médecins sur le territoire: Enjeux pour l'accès aux soins et la sécurité des usagers. (Internet) – [Consulté en septembre 2012] – Disponible sur :
http://www.leciss.org/sites/default/files/101117_DOSSIER_DesertsMedicaux_Cahier1.pdf

7. Béraud C. – (2008) - L'actualité médicale vue par le professeur Claude Béraud – Satisfaction des besoins des malades et qualité des soins. (Internet) - [Consulté en septembre 2012] – Disponible sur :
<http://www.claudeberaud.fr/?39-satisfaction-des-besoins-des-malades-et-qualite-des-soins>

8. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (Internet) - [Consulté en septembre 2012] – Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244

9. Mona L. - (2009) - La technologie et les techniques d'assistance pour la prise en charge des personnes âgées fragiles à domicile et en institution: modélisation du besoin, de la prescription et du suivi. - Thèse d'exercice – [Consulté en septembre 2012]

10. Elnicki *et al.* - 2000 - Telephone medicine for internists. - Journal of General Internal Medicine – (337) - [Consulté en septembre 2012]

11. Edgar A. – (1998) - Histoire de Saint-Lys-Radio. – [Consulté en septembre 2012]

12. Centre de Consultation Médicale Maritime – (2012) - De Saint-Lys radio à la télé-médecine du XXI^e siècle. (Internet) - [Consulté en septembre 2012].- Disponible sur :
<http://jeunemarine.fr/articles/le-centre-de-consultation-medicale-maritime-de-saint-lys-radio-a-la-telemedecine-du-xxie-siecle-2/>

13. M. Pujos *et al.* – (2000) - Convention " Consultations et assistance télé-médicales maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer " entre CHU Toulouse, DAMGM, ENIM, DHOS et ARHMIP (Internet) -[Consulté en septembre 2012] - Disponible sur :
http://www.developpement-durable.gouv.fr/IMG/spipdgmt/pdf/pujos_cle27c85e-1.pdf

14. Directive 92/29/CEE du Conseil, du 31 mars 1992, concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour promouvoir une meilleure assistance médicale à bord des navires. (Internet) - [Consulté en juillet 2012] - Disponible sur :
http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!CELEXnumdoc&numdoc=392L0029&lg=fr

15. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine (Internet) - [Consulté en juillet 2012] - Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.docidTexte=JORFTEXT000022932449&dateTexte=&categorieLien=id>

16. Etude n°EP 02-17 du Centre National de Prévention et de Protection (CNPP) relatif à la télésurveillance médicale à domicile – 2003 - (Internet) - [Consulté en septembre 2012] - Disponible sur :
<http://www.cnpp.com/nl/Mediatheque/Autres-documents/Comprendre-Image/Resume-EP.02.17>

17. P.BRAS *et al.* – 2006 - Améliorer la prise en charge des maladies chroniques. N° RM2006-136P. Inspection générale des affaires sociales. (Internet) - [Consulté en juillet 2012] - Disponible sur :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapportspublics/064000763/0000.pdf>

18. Article L6311-2 Modifié par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. Code de la Santé Publique. (Internet) - [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.docidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020886395&dateTexte=>

19. Article L6314-1 Modifié par Loi n°2009-1437 du 24 novembre 2009. Code de la Santé Publique (Internet) - [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=49F0189792AFE33D784BD04050A79233.tpdjo14v_2?idArticle=LEGIARTI000006904142

20. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. – (2012) - La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe - Un éclairage pour le déploiement national - Tome 1 : les grands enseignements. (Internet) [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur :
http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf

21. Code de déontologie médicale. Code de la Santé Publique. – 2010 - (Internet). [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur :
http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/codedeont_1.pdf?download=1
22. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (Internet) - [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
23. Article L1111-4. Code de la Santé Publique. – 2005 - (Internet) - [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=25257310D1359F3500AD3F9AF6A03502.tpdjo12v_3idArticle=LEGIARTI000006685767&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20091106
24. Article L1111-6. Code de la Santé Publique - (2005) - (Internet) [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685772>
25. ARS des Pays de la Loire – (2011) - Projet Régional de Santé 2011-2015. (Internet) - [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur :
http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_concertation_regionale/prs/prs_orientation_strategique.pdf
26. Code De La Santé Publique - Article L1434-25 – (2009) - (Internet) - [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891623&dateTexte=&categorieLien=cid>
27. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés – (2011) - Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée. (Internet) [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur :
http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/approfondir/textes/CNIL-78-17_definitive-annotee.pdf

28. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés – (2011) - Guide professionnels de santé. (Internet) - [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur : http://www.cnil.fr/fileadmin/documents/Guides_pratiques/CNIL-Guide_professionnels_de_sante.pdf
29. Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés – (2010) - La télémédecine mieux encadrée. (Internet) [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur : <http://www.cnil.fr/la-cnildactu-cnildarticle/article/la-telemedecine-mieux-encadree/>
30. Simon P. – (2010) - Les enjeux et développement de la télémédecine. (Internet) [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur : <http://esante.gouv.fr/tribunes/pierre-simon-les-enjeux-et-developpement-de-la-telemedecine>
31. Robin J-Y. - (2010) - Télémédecine : un rôle clé pour l'ASIP Santé - Revue hospitalière de France;(532):17-8.
32. Ministère de la Santé et des Sports – (2009) - Dossier Médical Personnel et systèmes d'information partagés de santé. (Internet) - [Consulté en octobre 2012] - Disponible sur : http://esante.gouv.fr/sites/default/files/090717_CP_Creation_ASIP_Sante_0.pdf
33. Direction Générale de l'Offre de Soins – (2012) - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé - Télémédecine et responsabilités juridiques engagées. (Internet) [Consulté en janvier 2013] - Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_et_responsabilites_juridiques_engagees.pdf
34. Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux – (2012) - La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe - Un éclairage pour le déploiement national - Tome 1 : les grands enseignements. (Internet) - [Consulté en janvier 2013] - Disponible sur : http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/ANAP_Telemedecine_en_action_tome1.pdf

35. Berra N. – (2011) – Discours de Nora Berra secrétaire d'Etat chargée de la Santé, en ouverture de la journée scientifique sur les innovations technologiques en télésanté du 20 octobre 2011 à l'Assemblée Nationale (Internet) - [Consulté en janvier 2013] - Disponible sur :
<http://esante.gouv.fr/actus/politique-publique/norra-berra-le-developpement-de-la-telemedecine-represente-un-enjeu-industriel/>
36. Ministère de la santé – (2012) - Le pacte territoire santé pour lutter contre les déserts médicaux (Internet) - [Consulté en janvier 2013] - Disponible sur :
<http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante.html>
37. Touraine M. – (2013) – Discours : Stratégie e-santé de Madame Marisol Touraine. Du Jeudi 28 mars 2013. (Internet) - [Consulté en juin 2013] - Disponible sur :
<http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,2333/strategie-e-sante-intervention-de,15698.html>
38. Ministère de la santé – (2011) - Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine. (Internet) - [Consulté en février 2013] - Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methdologique_elaboration_programme_regional_telemedecine.pdf
39. Ministère de la santé – (2011) - Direction générale de l'offre de soins - Le Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine. (Internet) - [Consulté en janvier 2013] - Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_elaboration_contrats_et_conventions_telemedecine-2.pdf
40. Ministère de la Santé – (2012) - Direction générale de l'offre de soins - Groupe de travail technique/Systèmes d'information - Plan national de déploiement de la télémédecine. (Internet) - [Consulté en février 2013] - Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_mise_en_oeuvre_projet_telemedecine.pdf

41. Article L 162-3 du code de la sécurité social – (2010) - Amendement Pierre Lasbordes. (Internet) - [Consulté en janvier 2013] - Disponible sur :
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/amendements/1976/197600592.pdf>
42. Assurance Maladie – 2012 - Tarifs conventionnels des médecins généralistes en France métropolitaine. (Internet) - [Consulté en juillet 2013] - Disponible sur :
<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-generalistes/tarifs-des-medecins-generalistes-en-metropole.php>
43. Observatoire régionale économique et social – (2011) - Médecins: effectifs et densité. (Internet) - [Consulté en juillet 2013] - Disponible sur :
<http://ores.paysdelaloire.fr/759-medecins-effectifs-et-densite.htm>
44. Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale – (2012) – Item 77 : Andine et pharyngite de l'enfant et de l'adulte. (Internet) - [Consulté en octobre 2013] - Disponible sur :
<http://www.orlfrance.org/college/DCEMitems/Question77/77.pdf>
45. Medqual – (2012) – L'angine et le test de diagnostic rapide. (Internet) - [Consulté en octobre 2013] - Disponible sur :
http://www.medqual.fr/pro/Marie/RESSOURCES%20ET%20INFORMATIONS/1-CLINIQUE_GERME/Angines/867-ANGINE-TDR-2012.pdf
46. Institut de Veille Sanitaire – (2012) – Dossier thématique sur les maladies chroniques et les traumatismes. (Internet) - [Consulté en octobre 2013] - Disponible sur :
<http://www.invs.sante.fr/Maladies-chroniques-et-traumatismes>
47. Gaborieau G. - (2012) - Ressenti des soignants avant et après la mise en place de téléconsultations entre le Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan et différentes structures médicales isolées en Vendée – (135) – Thèse d'exercice - [Consulté décembre 2012]

48. Ministère de la santé – (2007) - Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. (Internet) - [Consulté en octobre 2013] - Disponible sur :
<http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/plan.pdf>
49. Caisse des dépôts – (2011) - Appel à projet n°2 «Développement de services numériques pour la santé et l'autonomie». (Internet) - [Consulté en octobre 2013] - Disponible sur :
<http://investissement-avenir.gouvernement.fr/sites/default/files/user/AAP%20E-SANTE.pdf>
50. Le Goff M, Nassiri N. – (2005) - Deux approches nouvelles dans l'évaluation de la télémédecine : l'évaluation contingente et l'analyse multicritère. Pistes de réflexion autour de la périnatalité en Bretagne. Cahier de Recherche - Môle Armoricaïn sur la Société de l'Information et les Usages d'Internet. (Internet) - [Consulté en octobre 2013] - Disponible sur :
http://www.marsouin.org/IMG/pdf/LeGoff-Nassiri_7-2005.pdf?origin=publication_detail
51. Cabinet français d'audit et d'expert comptable KPMG - (2013) - Moyenne professionnelle des pharmacies par KPMG. (Internet) [Consulté en octobre 2013] - Disponible sur :
<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Moyennes-Professionnelles-Pharmacies-2013.pdf>

LISTE DES ABREVIATIONS

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées et Dépendantes

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

CCMM : Centre de consultation médicale maritime

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

UE : Union Européenne

AMU : Aide Médicale Urgente

ARS : Agences Régionales de Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

PRS : Projet Régional de Santé

PRT : Projet Régionaux de Télémedecine

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

ASIP Santé : Agence des Systèmes d'Information Partagé de Santé

DMP : Dossier Médical Personnel

ANTEL : Association nationale de télémedecine

CPS : Carte de Professionnel de Santé

PS : Professionnel de Santé

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSSIS : Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

CATEL : Club des Acteurs de la TELésanté

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DATAR : Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale

DGCIS : Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

TELEMEDINOV : Télémedecine Interopérable Nord Ouest Vendée

CH-LVO : Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan
SDSL : Symmetric Digital Subscriber Line
ADSL : Asymmetric Digital Subscriber Line
ECG : Électrocardiogramme
INR : International Normalized Ratio
LGC : Logiciels de Gestion de Cabinet des médecins libéraux
LGO : Logiciels de Gestion d'Officine
LGMR : Logiciels de Gestion de Maison de Retraite
MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
RAA : Rhumatisme Articulaire Aigu
GNA : Glomérulonéphrite Aiguë
TDR : Test de Diagnostic Rapide
ETP : Éducation Thérapeutique
DEP : Débit Expiratoire de Pointe
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
HTA : Hypertension Artérielle
MAD : Maintient A Domicile
HAD : Hospitalisation A Domicile
ETP : Équivalent Temps Plein

LISTE DES ILLUSTRATIONS ET FIGURES

LISTE DES ILLUSTRATIONS ET FIGURES:

ILLUSTRATION 1 : UNE SOLUTION DECOMPARTIMENTEE PROPOSEE PAR TELEMEDINOV	45
ILLUSTRATION 2 : VISUALISATION DU SITE DISTANT ET DU SITE LOCAL	46
ILLUSTRATION 3 : VISUALISATION DU PATIENT ET DE L'EXAMEN DE PEAU PAR LE MEDECIN	47
ILLUSTRATION 4 : CAMERA HAUTE DEFINITION ZOOM DE BASE X12	47
ILLUSTRATION 5 : TELECOMMANDE DE LA CAMERA	48
ILLUSTRATION 6 : VISUALISATION DE L'ORDINATEUR (EN BAS) QUI CONTIENT LES LOGICIELS D'EXAMEN ET DE L'ECRAN PRINCIPAL (EN HAUT) QUI PERMET LEUR VISUALISATION VIA LE PARTAGE D'ECRAN.....	48
ILLUSTRATION 7 : TENSIOMETRE, SATUROMETRE ET THERMOMETRE A PROXIMITE DE LA TABLE D'EXAMEN	49
ILLUSTRATION 8 : STETHOSCOPE ELECTRONIQUE BLUETOOTH.....	49
ILLUSTRATION 9 : CAMERA DERMATOLOGIQUE.....	50
ILLUSTRATION 10 : CAMERA DERMATOLOGIQUE EN COURS D'UTILISATION	50
ILLUSTRATION 11 : VISUALISATION A L'ECRAN DE LA PLAIE PAR LA CAMERA DERMATOLOGIQUE UTILISEE SUR SON BRAS ARTICULE.....	50
ILLUSTRATION 12 : VISUALISATION DE L'ECRAN COMPORTANT L'IMAGE DERMATOLOGIQUE ET LE MEDECIN DISTANT	50
ILLUSTRATION 13 : LES ACCESSOIRES PERMETTANT D'EFFECTUER L'ECG.....	51
ILLUSTRATION 14 : VISUALISATION DE L'ECRAN LORS D'UN ECG	51
ILLUSTRATION 15 : OTOSCOPE ET SES EMBOUTS JETABLES	52
ILLUSTRATION 16 : VISUALISATION DU PARTAGE D'ECRAN OTOSCOPE/SALLE D'EXAMEN.....	52
ILLUSTRATION 17 : VISUALISATION D'UN TYMPAN EN MODE GRAND ECRAN	52
ILLUSTRATION 18 : L'OTOSCOPE EN COURS D'UTILISATION.....	52
ILLUSTRATION 19 : VISUALISATION DU CLICHE EN GRAND ECRAN	53
ILLUSTRATION 20 : LE RETINOGRAPHE NON MYDRIATIQUE.....	53
ILLUSTRATION 21 : PRISE DE CLICHES.....	53
ILLUSTRATION 22 : VISUALISATION D'UN CLICHE ET DE LA SALLE D'EXAMEN.....	53
ILLUSTRATION 23 : LECTURE ELECTRONIQUE D'UNE BANDELETTE URINAIRE ET SON ANALYSE IMPRIMEE SUR TICKET	54
ILLUSTRATION 24 : APPAREIL D'AUTO-MESURE DE L'INR	55
ILLUSTRATION 25 : SCHEMA MODELISANT LA GENERATION DE LA FEUILLE DE SOINS ELECTRONIQUE	57

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : CALCUL DU SCORE DE MAC ISAAC.....	64
TABLEAU 2 : EXEMPLE DE TABLEAU DE MODELISATION D'UNE ETUDE MEDICO-ECONOMIQUE	79
TABLEAU 3 : REPRESENTATION DES BESOINS MENSUELS	83
TABLEAU 4 : MODELE FINANCIER EN PHARMACIE	85

DOCUMENT ANNEXE

DIRECTION DE L'EFFICIENCE DE L'OFFRE
Dpt Système d'information de santé & Télémedecine

Affaire suivie par : Chantal BOUDET
Téléphone : 02 49 30 43 63
Courriel : ars-pdl-deo-el@ars.sante.fr

Monsieur Michel RIOLI
Directeur Général
RIOLI TELESANTE Consult
102 place de l'église
85220 COMMEQUIERS

N/vét. : DEO_SIT/CR/KI/2013/ 254 -
V/vét. :
Pièce(s) jointe(s) :
Date : **25 AVR. 2013**
Objet : **TELEMEDINOV**

Monsieur le Directeur Général,

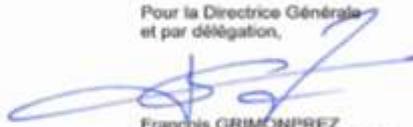
Vous avez porté à ma connaissance votre projet « TELEMEDINOV » déposé dans le cadre de l'appel à projet « développement de services numériques pour la santé et l'autonomie ».

Je vous confirme l'engagement de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire dans le déploiement de la télémedecine au service de l'optimisation des parcours de santé des ligériens.

Votre projet s'inscrit ainsi dans les objectifs du Projet Régional de Santé. Nous en attendons la structuration et la formalisation d'une prise en charge multi-spécialités, par télémedecine, déployée au sein d'un territoire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma considération distinguée.

Pour la Directrice Générale
et par délégation,



Francis GRIMONPREZ
Directeur de l'Efficiencce de l'Offre

Nom-Prénoms : RIOLI Justine, Marie

Titre de la thèse : La télémédecine en pharmacie

Résumé de la thèse :

La télémédecine, sujet d'actualité et novateur, se place comme une pratique médicale à part entière qui utilise les NTIC, en coopération entre professionnels de santé au service du patient.

Les lois encadrant la télémédecine ont permis de lui donner un cadre.

Le pharmacien, professionnel de santé, participant à la permanence des soins et se fondant sur le besoin des patients, a un rôle important à jouer pour améliorer l'efficacité du système de santé.

La télémédecine, pour se développer en pharmacie, doit trouver une organisation ainsi qu'une matérialisation pour permettre son application de façon pratique et concrète.

Son essor en pharmacie passera par un modèle économique pérenne à construire.

Ce sujet s'appuie sur la loi HPST, le décret d'application de la télémédecine, la réglementation en cours, la convention nationale des pharmaciens titulaires avec l'assurance maladie, et le PLFSS 2014 pour proposer un modèle économique applicable aux pharmacies.

MOTS CLES : TELEMEDECINE, TELECONSULTATION, PHARMACIE, LOI HPST, MODELE ECONOMIQUE

JURY :

PRÉSIDENT : M. Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie
Faculté de pharmacie de Nantes

DIRECTEUR : M. Marcel JUGE, Maître de Conférences des Universités de
Pharmacologie et de Pharmacocinétique
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : M. Philippe ROUX, Pharmacien d'officine
85100 Les Sables d'Olonne

Adresse de l'auteur : 85220 Commequiers