

L'OFFRE DE SOINS EN STRUCTURES LIBÉRALES

# E-MÉDECINE

## CE QUI EXISTE. CE QUI EST POSSIBLE

3<sup>e</sup> journée du CROM Ile de France, 12 novembre 2015



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS  
Conseil National de l'Ordre

# LE PÉRIMÈTRE DU PROPOS

**e-médecine ??**

**Médecine 2.0**

**e-santé**

**e-docteur / e-consultation / e-agenda**

**e-prescription**

## TÉLÉMÉDECINE

**≠ Téléconseil**

# SANTÉ ET NUMÉRIQUE

**Sujet vaste, complexe, difficile, sensible** (CNN oct 2015)

**Un contexte médico-social: vieillissement, maladies chroniques, dépendance, gestion à domicile, désertification médicale, égalité d'accès aux soins.**

**Un contexte économique contraint.**

**Un contexte technologique: des TIC en expansion permanente (Loi de Moore), une nécessité croissante d'accès en mobilité.**

*Dans le respect des droits des personnes*

## **CE QUI EXISTE**

---

**Un cadre réglementaire**

**Une zone de partage**

**Des voies d'échange**

---

# UN CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Décret du 19 octobre 2010

Actes médicaux relevant de la Télémédecine

TéléConsultation

TéléAssistance

TéléSurveillance

TéléExpertise

Régulation

≠ Téléconseil personnalisé:

*pas de prise en charge de la personne*

- *256 projets de Télémédecine recensés dans 26 régions fin 2011 (dont 75% concernant TéléC et TéléE)*

# UN CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Article 1110-4 août 2011

- « Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, **sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger** des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une **équipe de soins** dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'**équipe**. »
- « Afin de **garantir la confidentialité** des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur **conservation** sur support informatique, comme leur **transmission** par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en CE pris après avis public et motivé de la CNIL. »
- « **La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés** sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins. »

# UNE ZONE DE PARTAGE: LE DMP

Maîtrise d'ouvrage = ASIP Santé, 2009.

560 287 DMP créés en octobre 2015 (500 M€).

Des problèmes de déploiement: stratégie/CNAMTS.

Une politique nationale cohérente et constante.

Privilégier les producteurs de données.

Bottom-up ou Top-down ?

Privilégier les usages et les usagers.

# DES VOIES D'ÉCHANGES LES MESSAGERIES SECURISEES

*medecin.mssante.fr*

ASIP Santé.

Un espace de confiance. Implication du CNOM.

Une messagerie opérationnelle.

Un accès en mobilité.

Déploiement national en cours: établissements.





**LE CONSTAT**

# SUR LES TERRITOIRES

- Une vraie volonté des acteurs territoriaux.
  - Une grande richesse intellectuelle.
  - Une multiplicité des initiatives: radiologie, cardiologie, ophtalmologie, neurologie, diabète, HTA, cardiopathies ischémiques, PDSA, univers carcéral....
- 
- Une stratégie au rythme des rapports successifs, chaotique.
  - Une stratégie peu lisible
  - Segmentation, dispersion, émiettement des structures
  - Source de compétition et d'inefficience économique
  - Une diversité des acteurs et des territoires peu propice à l'interopérabilité

*« Un écart entre les ambitions et les réalisations concrètes »*

# UN ECOSYSTÈME SI PEU LISIBLE UN MANQUE DE GOUVERNANCE

Dispersion, fragmentation, pilotage?

Ministère des Affaires sociales, DSS

DGOS (Hôpital Numérique, ANAP)

**ARS: PRS, PRT, CPOM** (2012) / **GCS D-SISIF, PAERPA**  
**COSSIS**

CNAM: informatisation des PS, DMP, SNIRAM, PMSI

DGCS (informatisation dans le champ médico-S)

**DSSIS** (Cohérence de l'ensemble)

ASIP Santé: RPPS, RASS (2009)

Établissements de santé, PS, opérateurs

HAS, DRESS, CNN, DATAR, SAU, INVS, OSCOUR



**CE QUI  
POURRAIT  
EXISTER**

# UN PREALABLE URGENT: MODIFIER LE CSP

## Article R.4127-53 du Code

- Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.
- **Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.**

# UNE VRAIE GOUVERNANCE

Incluant l'Ordre et les organisations représentatives.

Au plus près des usages.

Au plus près des usagers.

Privilégier l'intérêt à agir: technique et économique.

Simplifier l'administratif.

Urbaniser l' «Echange-Partage » des données.

# PROMOUVOIR LA TÉLÉMÉDECINE

Donner à la télémédecine un cadre organisationnel et financier pérenne, mettre en place des formes adaptées de rémunération.

Art. R. 4127-53 du CSP « Les honoraires du médecin.....ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé par téléphone ou correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire »

**TÉLÉMÉDECINE**

---

**CONCLUSION**

---



# LES PRIORITES

- Passer le stade expérimental. Donner à la TM un cadre organisationnel et financier pérenne.
- S'inscrire au plus près des usages, urbaniser.
- Impulser un cercle vertueux: Top-Down
  - Encourager les initiatives et flécher les parcours.
  - Développer la e-prescription.
  - Développer l'ADSL sur tout le territoire.

**TÉLÉMÉDECINE**

---

**MERCI**

---