

E-SANTÉ

## L'absence de modèle de financement empêche la télémédecine de passer à la vitesse supérieure

**Publié** le 16/11/16 - 17h47 - HOSPIMEDIA

**Pour la FHF, la télémédecine est l'un des enjeux prioritaires de la médecine de demain. Mais pour l'heure, elle reste "verrouillée" car elle ne dispose pas d'un modèle de financement permettant le déploiement des projets. La fédération plaide hospitalière notamment pour un dispositif calqué sur celui de l'ambulatoire.**

*"La télémédecine est l'une des clés pour répondre aux défis des établissements et du monde de la santé",* a indiqué ce 16 novembre lors d'une conférence de presse, Frédéric Valletoux, président de la FHF. Pour autant, et alors que les initiatives de terrain s'inventent et se développent, le modèle de la télémédecine reste *"verrouillé"*, a-t-il ajouté. Et cela, la fédération hospitalière en a fait son cheval de bataille. L'été dernier, elle s'est emparée du sujet autour de sa campagne de communication *"Déverrouillons la télémédecine"*, destinée à recenser toutes les initiatives conduites en régions. Car, comme il l'explique, toutes *"les bonnes volontés sont là"* mais l'accélération ne se fait pas. Et pour passer à la vitesse supérieure, il est nécessaire de déverrouiller le modèle de financement, a souligné Frédéric Valletoux.

### **Absence d'incitation**

L'article 47 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2017 devrait en partie répondre à cette problématique, a indiqué David Gruson, délégué général de la FHF (lire la partie 5 de notre [dossier](#)). Mais ce n'est qu'une étape, a-t-il tempéré. Cet article permet de pousser et d'élargir les expérimentations. Une disposition qui ne satisfait qu'à moitié la fédération, laquelle aurait préféré une généralisation de la télémédecine. Elle milite d'ailleurs pour que soit mis en place un modèle de financement à l'image de ce qui a été fait pour la chirurgie ambulatoire. Avec des tarifs incitatifs. Pour l'heure, les établissements de santé ne sont pas incités à préférer la télémédecine en lieu et place d'une hospitalisation, a expliqué David Gruson, en l'absence justement d'incitation tarifaire. Il manque aujourd'hui un groupe homogène de séjour (GHS) télémédecine, a insisté le Pr Thierry Moulin, président de la Société française de télémédecine (SFT-Antel), avec qui la FHF a signé un

partenariat (voir l'encadré). Il existe encore une crainte de la démultiplication des actes, a-t-il ajouté.

### **Le partenariat FHF — SFT-Antel**

Ce 16 novembre, la FHF et la SFT-Antel ont également annoncé la signature d'un partenariat "*qui vise la mise en place d'axes de coopération permettant de favoriser le développement de la télémédecine ou d'accompagner sa mise en œuvre opérationnelle dans les établissements de soins et médico-sociaux*", est-il précisé dans un communiqué. Interrogé par *Hospimedia*, Thierry Moulin a indiqué que des actions de formation seront mises en place sur ce sujet ainsi que des plans d'accompagnement pour les établissements. La communication autour des projets ou des journées nationales sera aussi l'un des axes majeurs de ce partenariat. Le but, a-t-il ajouté, au-delà du soutien aux établissements, est d'inciter au développement des projets télémédecine par un accompagnement des acteurs de terrain, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Un point de vue que partage Pierre Simon, ancien président de la SFT-Antel et responsable de la mission FHF Télémédecine. Ce dernier estime que la télémédecine est encore perçue par l'Assurance maladie comme une dépense supplémentaire alors qu'il s'agit d'une efficience nouvelle. Il a ainsi cité en exemple la télésurveillance pour l'insuffisance cardiaque qui permettrait de diminuer la dépense de 1 milliard d'euros (Md€) sur les 2 Md€ de dépenses que génère cette pathologie au niveau du GHS. "*Il faut avoir confiance dans les professionnels de santé et leur laisser la capacité de s'organiser*", a noté Pierre Simon. Il a rappelé que l'article 36 de la LFSS 2014 "*a échoué puisque sur les 2,8 millions d'euros (M€) prévus, rien n'a été consommé*". Les causes de cette non-consommation sont liées à un nombre limité de régions expérimentatrices, à une publication tardive du cahier des charges et à une liste circonscrite de pathologies, a expliqué David Gruson. "*Il faut lâcher les initiatives, qu'elles puissent se développer car automatiquement elles génèreront des économies. Or ce n'est pas la logique qui prévaut*", a appuyé Frédéric Valletoux. Si l'article 47 du PLFSS 2017 ouvre un peu plus le cadre des initiatives, il reste insuffisant. La FHF se montrera donc vigilante lors de l'examen du projet de loi au Parlement.

### **La télémédecine : enjeu des GHT**

Pierre Simon va même plus loin dans ses propos en indiquant que l'Assurance maladie "*considère la télémédecine comme un médicament et demande en ce sens des évaluations médico-*

*économiques. Or c'est une erreur car il s'agit avant tout d'une organisation." En outre, "avec la médecine de parcours, on sort de la médecine à l'acte et donc de la rémunération à l'acte", a-t-il ajouté. Il faudrait à ce titre que la télémédecine soit intégrée à un forfait de parcours. La télémédecine s'impose comme un enjeu important de la médecine de demain et la France ne peut pas passer à côté, a estimé Frédéric Valletoux. Et ce d'autant plus que sont discutés actuellement les projets médicaux partagés des groupements hospitaliers de territoire (GHT), a noté David Gruson. Les GHT ne peuvent faire l'impasse sur ce sujet, d'où l'importance de déverrouiller rapidement le modèle de financement. Le président de la fédération a d'ailleurs souligné que la télémédecine sera l'un des piliers de sa plateforme politique présentée au premier trimestre 2017.*

### **Nouveau cahier des charges pour la télésurveillance**

Lors de la conférence de presse, Pierre Simon a annoncé que d'ici la fin novembre, un nouveau cahier des charges concernant les pratiques de télémédecine sera publié. Il concerne cette fois le cahier des charges de la télésurveillance des maladies à domicile (lire notre [article](#)). Il devrait s'appuyer sur "*le modèle américain*" par une incitation financière des professionnels de santé qui feront le choix d'organiser cette télésurveillance. Des primes leur seront en effet versées. Ce cahier des charges sera le second à être publié cette année après celui d'avril dernier (lire notre [article](#)), qui a concerné les patients en affection longue durée (ALD) et enterré celui de 2015.

**Géraldine Tribault**

**Tous droits réservés 2001/2016 — HOSPIMEDIA**