

### 3 Le télésoin et la télésanté selon le décret et l'arrêté du 3 juin 2021

#### Telecare and telehealth according to the decree and the order of June 3, 2021

*Décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté*

*Arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin*

Lina WILLIATTE-PELLITTERI, professeur, faculté de Droit, université catholique de Lille, membre du C3RD, avocate au barreau de Lille, vice-présidente de la Société française de la santé digitale (SFSD)

Mots-clés : télésanté – télésoin – télémédecine

Keywords: telehealth – telecare – telemedicine

Près de onze années après la consécration légale et réglementaire de la télémédecine, la France se dote désormais d'un arsenal réglementaire équivalent applicable au télésoin. La télésanté, qui consacre la pratique du soin *via* les technologies de l'information et de la communication, doit répondre à des principes de sécurité et de qualité, mais, surtout, doit respecter les droits fondamentaux des patients.

#### Introduction

La loi du 21 juillet 2009 n° 2009-879, dans son article 78, a octroyé à la pratique de la télémédecine sa première base légale. Cette loi a été par la suite complétée par le décret du 19 octobre 2010 n° 2010/1229. Ces textes ont défini la télémédecine comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (art. L. 6316-1 Code de la santé publique). En tant que pratique médicale, la télémédecine est soumise aux mêmes contraintes légales et réglementaires que l'acte médical réalisé sous ses formes classiques. Le décret de 2010 ajoute néanmoins des obligations qui s'imposent aux porteurs et acteurs d'acte de télémédecine en lien avec l'utilisation du numérique et de médias

technologiques. Dans sa première version de 2010 et dans le contexte voulu par le législateur de 2009, le décret imposait aux porteurs d'un projet de télémédecine de contractualiser avec l'Agence régionale de santé (ARS) afin que puisse être validé que :

- 1) le projet répondait à un besoin de santé territorial ;
- 2) le projet garantissait la qualité de la prise en charge médicale et sécurisait la réalisation de l'acte médical ;
- 3) le projet certifiait le respect des droits du patient tels que mentionnés dans la loi du 4 mars 2002 n° 2002-303 ainsi que dans les lois sur la protection des données<sup>1</sup>.

Cette obligation de contractualisation avec les ARS a été supprimée par le décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018. Jugée trop complexe par les acteurs du terrain, cette exigence réglementaire plongeait en outre les ARS

<sup>1</sup> En 2010, seules étaient visées la loi du 6 janvier 1978 (n° 78-17) modifiée en 2004 et la loi pour une République Numérique de 2016. Plus tard s'y ajouteront le RGDP n° 2016/679 de 2016 opposable en 2018, la loi n° 2018-492 du 20 juin 2018, le décret du 1<sup>er</sup> août 2018, l'ordonnance de réécriture n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 et le décret n° 2019-536 du 29 mai 2019.

dans une situation juridique délicate. En effet, en contractualisant les projets de télémédecine sur son territoire, l'ARS portait la responsabilité de la conformité des projets sur les exigences légales et réglementaires qui s'y appliquaient. Or, lesdits projets fleurissaient à grande vitesse sur le terrain, alors que les ARS n'avaient ni les moyens techniques ni les ressources humaines pour, d'une part, se former à cette nouvelle pratique médicale et, d'autre part, en appréhender les aspects innovants. Un tel constat a été confirmé lorsqu'un panorama des projets de télémédecine validés dans les différents territoires a laissé apparaître que certaines ARS étaient plus tolérantes que d'autres.

Le décret du 13 septembre 2018 a supprimé cette étape de validation par les ARS en transférant les obligations qui leur incombaient aux porteurs de projet de télémédecine. Pour le reste, le décret de 2010 est en revanche maintenu.

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé est venue compléter l'arsenal réglementaire applicable à la télémédecine en consacrant le télésoin à l'article L. 6316-2 du Code de la santé publique. Ce dernier est défini comme une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Le télésoin se distingue de la télémédecine en ce qu'il ne s'adresse qu'aux professionnels de santé que sont les auxiliaires médicaux et pharmaciens dont l'activité professionnelle est réglementée aux livres II et III du Code de la santé publique, alors que la télémédecine ne concerne que l'activité des professionnels médicaux visés dans le livre I dudit Code. Télésoin et télémédecine entrent désormais dans l'enveloppe plus globale

également créée par la loi de 2019 nommée « télésanté<sup>2</sup> ».

À l'instar du décret de 2010, l'article L. 6316-2, alinéas 2 et 3, du Code de la santé publique a renvoyé au pouvoir réglementaire la mission de définir les activités de télésoin ainsi que ses conditions de mise en œuvre. Ces textes étaient espérés assez rapidement après l'entrée en vigueur de la loi de 2019. Néanmoins, la crise sanitaire a eu raison de cet engagement, laissant, dès lors, aux mesures d'urgence le soin d'autoriser le déploiement du télésoin sans cadre normatif spécifique<sup>3</sup>. Le décret du 3 juin 2021 n° 2021-707 relatif à la télésanté<sup>4</sup> et l'arrêté de la même date<sup>5</sup> étaient donc très attendus. Leur analyse permet de constater que, contrairement à la télémédecine, le télésoin semble être soumis à un cadre réglementaire plus souple que celui applicable aux professionnels médicaux qui pratiquent leurs activités via les technologies de l'information et de la communication (II). Cette intuition se couple avec une volonté avérée du pouvoir réglementaire de faire en sorte que la télésanté soit perçue par les acteurs de terrain et les patients comme une pratique de soins et médicale classique (I).

## I. La télésanté : une activité médicale et de soins comme une autre ?

La question mérite d'être posée dans la mesure où, à la lecture du décret et de

2 Il est rappelé que la télésanté se distingue des autres services en santé qui relèvent de la catégorie plus générale de la e-santé en ce qu'elle ne concerne que les pratiques des soins et actes médicaux réalisés lors d'une prise en charge médicale et/ou soins vs toute autre prestation de service en santé proposée en dehors d'une telle prise en charge.

3 Voir nos remarques à ce sujet : WILLIATTE-PELLITTERI (Lina), « Regard juridique sur l'avènement de la télésanté lors de la crise sanitaire », *RDS*, n° 96, 2020, p. 821-828.

4 NOR SSAH2103969D.

5 NOR SSAH2115570A.

l'arrêté du 3 juin 2021, est notée une disparition de l'obligation spécifique de recueillir le consentement du patient pour ce qui est de la pratique de la télésanté (A). Par ailleurs, ces textes ont ouvert l'accès à la téléexpertise aux professionnels de santé autre que médicaux ; ce qui constitue une avancée importante en ce qu'elle officialise la télésanté comme un moyen d'améliorer la coopération des professionnels de santé (B).

### A. Le consentement à la pratique de la télésanté inclus dans le consentement aux soins

Il s'agit d'une nouveauté importante apportée par le décret du 3 juin. Afin d'en saisir la portée, il doit être rappelé que le décret du 19 octobre 2010 avait introduit l'article R. 6316-2 dans le Code de la santé publique, lequel prévoyait expressément, dans son alinéa 1<sup>er</sup> : « *Les actes de télémedecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4.* » L'alinéa 2 ajoutait : « *Les professionnels participant à un acte de télémedecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication.* »

Cet article soulignait la nécessité de recueillir le consentement du patient quant à l'usage par le professionnel médical d'un procédé de télémedecine qu'il s'agisse de la téléconsultation, la téléassistance, la télésurveillance, mais aussi, comme le rappelle l'alinéa second, la téléexpertise.

Cette obligation spécifique s'ajoutait aux obligations générales d'information et de recueil de consentement qui s'imposent aux professionnels de santé. Le renvoi aux articles L. 1111-2 et L. 1111-4 de l'article R. 6316-2 du Code de la santé

publique permettait ainsi d'asseoir légalement ce devoir de recueil spécifique à la pratique de la télémedecine.

Le décret du 3 juin a supprimé cette obligation spécifique en modifiant, sans l'abroger, le contenu de l'article R. 6316-2 du Code de la santé publique. Cette suppression est regrettable à plusieurs titres. Tout d'abord, cette obligation spécifique imposait au professionnel médical d'expliquer au patient en quoi le procédé de télémedecine consistait et surtout ce qu'il impliquait par rapport à une prise en charge classique. Ensuite, elle avait l'avantage d'imposer une nécessaire pédagogie aux professionnels, qui devaient être capables d'expliciter aux patients comment le processus de télémedecine avait été pensé dans le respect de leurs droits.

La suppression de cette obligation spécifique aura pour effet de noyer cette dernière dans l'obligation générale d'information et de consentement due au patient ; une suppression regrettable à plusieurs titres.

Regrettable, car une lecture attentive de l'article L. 1111-2 du Code de la santé publique sème le doute sur la pertinence de la fusion de cette obligation spécifique à l'obligation générale. Pour rappel, ledit article dispose que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les **différentes investigations, traitements ou actions de prévention** qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.* » La question se pose de savoir sur quelle base visée par l'article L. 1111-2 l'usage de la télémedecine contraindrait à informer le patient ? Question pertinente, car la télémedecine n'est ni un état de santé, ni une investigation, ni un traitement : en effet,

un soin ou un acte pratiqué à distance faisant usage des technologies de l'information et de la communication n'entre dans aucune de ces catégories, à l'exception, peut-être, de la télésurveillance qui, en proposant un suivi à distance et régulier du patient, permet d'anticiper toute aggravation de son état de santé et peut dès lors être qualifiée d'action de prévention.

Regrettable aussi, car, si cette obligation spécifique a été supprimée pour la pratique de la télémédecine, elle n'a pas été réglementairement et précisément requise pour l'exercice du télésoin, bien que cette pratique soit nouvelle. Cette absence est d'autant plus remarquable que l'article 1, III, de l'arrêté du 3 juin prévoit explicitement que le recours au télésoin doit relever d'une décision partagée entre le patient et le professionnel.

En d'autres termes, s'il a été jugé bon de supprimer l'obligation d'information spécifique pour la pratique de la télémédecine et dès lors de ne pas la formuler expressément pour celle du télésoin – en partant du principe que cette information fusionnait avec celle plus globale portant sur les soins (art. L. 1111-2 du CSP) –, il n'a pas été jugé bon, en revanche, de supprimer l'obligation de démontrer que le recours au télésoin faisait l'objet d'une décision partagée entre le professionnel et le patient, alors même que cette obligation aurait pu découler de l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique.

En voulant simplifier les contraintes réglementaires applicables en cas de recours à la télésanté (télémédecine et télésoin), il semblerait que le pouvoir réglementaire ait, par une maladresse de dans la rédaction des textes, potentiellement complexifié leur compréhension. Il en ressort malgré tout une volonté claire d'affirmer la télésanté non pas comme une forme particulière de soins (télésoin) ou d'actes médicaux (télémédecine), mais comme une modalité possible de leur exécution.

## B. La téléexpertise, un acte médical désormais accessible aux professionnels de santé

Il s'agit d'une autre nouveauté du décret du 3 juin, qui révisé la définition de la téléexpertise et ouvre son accès à d'autres professionnels de santé que les professions médicales.

À la différence du décret et de l'arrêté du 3 juin 2021, le décret du 19 octobre 2010 a défini les différents actes de télémédecine. Ainsi, l'article R. 6316-1 du Code de la santé publique indique que constituent des actes de télémédecine :

- **la téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient ; le patient peut être assisté d'un professionnel de santé ;
- **la télésurveillance**, qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient ;
- **la téléassistance**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- **la réponse médicale**, qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale ;
- et enfin, **la téléexpertise**, qui autorise un professionnel médical à solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux, en raison de leur formation ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.

Il est entendu par « *professionnels médicaux* » les professionnels visés au livre

premier du Code de la santé publique, soit les médecins, les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes, et par « *professionnels de santé* » les auxiliaires médicaux et les pharmaciens, tous deux visés aux livres II et III du même Code. L'ensemble de ces professionnels : médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens sont plus généralement qualifiés de « *professionnels de santé* », ainsi que le prévoit le livre préliminaire. Il convient de reconnaître que la confusion peut être aisée entre la qualification de « *professionnels de santé* » telle qu'elle résulte du livre préliminaire et de celle visée aux livres II et III.

Le trouble est facile, et les incompréhensions par les acteurs de terrain, encore plus prégnantes. Pourtant, le décret du 19 octobre 2010 ne semble pas avoir pris de soins particuliers quant à l'usage de ces termes<sup>6</sup>, *idem* pour celui du 3 juin 2021, qui emploie de manière assez diverse les termes de professionnels ou de professionnels de santé.

Seulement, la précision dans l'usage des termes est importante. En témoigne la modification du contenu de la définition de la téléexpertise qui impacte ses conditions d'accès. Le décret du 3 juin 2021 révisé en effet l'article R. 6316-1 3° comme suit : « *La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations de santé liées à la prise en charge d'un patient.* » Il s'en déduit que, désormais, peuvent avoir également accès à la téléexpertise les

professionnels de santé, c'est-à-dire les auxiliaires médicaux et les pharmaciens. Ces professionnels sont dorénavant autorisés à solliciter l'avis des professionnels médicaux pour garantir une continuité et une qualité des soins prodigués aux patients qu'ils prennent en charge. Ce schéma n'était pas validé avant le décret de 2021 : seul pouvait être envisagé, par la voie de la téléassistance, qu'un professionnel médical assiste un professionnel de santé lors de la réalisation d'un acte de soin. La sollicitation d'un avis médical expert par un auxiliaire médical et/ou un pharmacien n'était donc pas prévue avant cette date. C'est dorénavant chose faite.

Il faut noter que cette sollicitation d'expertise, qu'elle soit de l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un professionnel médical, doit bien entendu respecter les conditions de mise en œuvre de la télésanté, telles que prévues par la section 2 du chapitre VI de la partie réglementaire du Code de la santé publique (art. R. 6316-2 et suivants), puis révisées par le décret et l'arrêté du 3 juin, lesquels laissent apparaître un allègement de ces contraintes de réalisation telles qu'elles résultaient du décret de 2010.

## II. La télésanté : un cadre réglementaire allégé

Le récent décret a tiré les leçons de la mise en place laborieuse de la télé-médecine à l'époque de l'entrée en vigueur du décret de 2010. Force est en effet de reconnaître que la télé-médecine, *stricto sensu*, a rencontré les intérêts des professionnels de santé, jusqu'alors réticents à cette pratique jugée contraire à une prise en charge médicale de qualité et humaine, lors de la crise sanitaire, et particulièrement lors du premier confinement de la population française.

Aussi, il a fallu attendre plus de dix années après que le législateur a consacré un cadre normatif applicable à cette

6 Exemple : « *La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient [...]* » ou « *la téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé [...]* ».

pratique pour que les professionnels de santé s'en emparent réellement. En outre, cette réticence des professionnels se justifiait aussi par le fait (A) que les conditions de réalisation des actes de télémedecine étaient jugées trop complexes pour les non-initiés<sup>7</sup> et (B) que, jusqu'en 2018, la pratique de la télémedecine n'avait pas de modèle économique dédié. Ce sont les arrêtés de 2018 qui, tout en posant de nouvelles conditions à la réalisation de la télé consultation et la téléexpertise, ont autorisé leur prise en charge par l'Assurance maladie<sup>8</sup>. Les années 2018-2020 ont donc été propices aux déploiements de la télémedecine. Tirant les leçons du passé, le pouvoir réglementaire n'a pas jugé pertinent de réitérer les mêmes erreurs. C'est pourquoi de nouvelles obligations à la charge des professionnels sont apparues, alors que d'autres ont été supprimées.

### **A. Les conditions de mise en œuvre de la télémedecine retranscrites aux télésoins**

La télésoin, comprenant la télémedecine et le télésoin, doit répondre à des conditions de mise en œuvre qui reprennent pour l'essentiel celles édictées par le décret de 2010, à quelques différences près.

La télésoin (télémedecine et télésoin) mobilise l'usage des technologies de l'information et de la communication.

7 Pour s'en convaincre concernant la télésurveillance médicale, voir les cahiers des charges du programme d'expérimentation ETAPES : arrêté du 23 décembre 2020 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mis en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la Sécurité sociale pour 2018 (NOR : SSAH2035801A).

8 Arrêté du 1er août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 25 août 2016 Arrêté du 16 août 2018 complétant l'annexe de l'arrêté du 1er août 2018.

Aussi, pour satisfaire aux obligations liées à l'identitévigilance, au respect du secret professionnel et à la sécurité des soins, le décret de 2021 reprend les obligations réglementaires édictées en 2010 en exigeant du porteur de projet de télésoin de prévoir des conditions garantissant :

- 1) l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte médical (télémedecine) ou l'activité de soins (télé soins) ;
- 2) l'identification du patient ;
- 3) l'accès des professionnels de santé aux données de santé du patient nécessaires à l'acte de télémedecine ou de l'activité de télésoin.

Par ailleurs, l'article R. 6316-4 reprend également l'obligation créée en 2010 pour les professionnels médicaux, tout en l'élargissant aux auxiliaires médicaux et aux pharmaciens, d'inscrire dans le dossier du patient et, le cas échéant, le dossier médical partagé (art. L. 1111-14) :

- 1) le compte rendu de la réalisation de l'acte de télémedecine ou de l'activité de soins ou la série d'activités de télésoin (cette dernière hypothèse permet aux professionnels de santé de ne rédiger le compte rendu du soin qu'au terme d'une série d'acte de soins qui s'inscrivent ainsi dans une seule et même prise en charge) ;
- 2) les actes et les prescriptions effectués dans le cadre de l'acte de télémedecine ou de l'activité de télésoin ;
- 3) son identité et éventuellement celles des autres professionnels participant à l'acte de télémedecine ou à l'activité de télésoin (sur ce point, il sera regretté que n'aient pas été visés les articles L. 1110-4 et R. 1110-1 du Code de la santé publique qui déterminent les conditions de partage d'informations du patient entre professionnels de santé) ;



- 4) la date et l'heure de l'acte de télé-médecine ou de l'activité de télésoin ;
- 5) les incidents techniques survenus au cours de l'acte de télé-médecine ou de l'activité de télésoin.

Ces obligations applicables à la télé-santé ne changent pas de celles initialement prévues pour la télé-médecine. Précisément, le décret, outre le fait qu'il substitue le terme « télé-santé » à celui de « télé-médecine », renvoie aux mêmes obligations que celles précédemment édictées, à la différence, toutefois, qu'aujourd'hui il est indiqué que le professionnel doit inscrire son compte rendu dans le dossier du patient et, le cas échéant, dans le dossier médical partagé. La référence au dossier médical partagé est donc nouvelle<sup>9</sup>. Elle contribue à inciter les professionnels de santé à utiliser ce réceptacle numérique qui connaît encore de nos jours des difficultés d'appropriation par les acteurs du terrain, dont les patients font également partie.

Par ailleurs, les articles R. 6316-5 et R. 6316-6 reprennent intégralement le contenu des anciens articles R. 6316-9 et R. 6316-10 qui affirment l'obligation pour l'organisateur d'un projet de télé-santé de garantir que les acteurs<sup>10</sup> soient formés à la pratique de la télé-santé et à l'utilisation des dispositifs qu'elle nécessite et que les technologies de l'information et de la communication employées soient conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité visés à l'article L. 1110-4-1. De manière implicite et compte tenu du fait que la pratique de

la télé-santé génère des traitements de données de santé à caractère personnel ainsi que leur circulation<sup>11</sup>, il appartient à l'organisateur d'un projet de télé-santé de veiller au respect des droits des personnes tels qu'ils résultent des lois sur la protection des données<sup>12</sup>.

Si les obligations ci-dessus exposées ne sont pas « nouvelles » en ce qu'elles reprennent celles applicables à la télé-médecine, elles ont été étendues à la pratique de la télé-santé, et partant, également au télésoin.

Il demeure néanmoins une nouveauté apportée par le décret du 3 juin 2021 qui s'applique à la pratique de la télé-santé et qui n'existait pas auparavant. Ledit écrit introduit en effet dans le Code de la santé publique l'article R. 6316-2 du Code de la santé publique qui dispose que « *la pertinence du recours à la télé-médecine ou au télésoin est appréciée par le professionnel médical, le pharmacien ou l'auxiliaire médical* ». Cet article met à la charge du professionnel de santé la responsabilité de la pertinence ou non de l'acte de télésoin ou de télé-médecine eu égard à la situation dans laquelle se trouve le patient. On peut douter de la « pertinence » même de cet article, puisque ce devoir et, partant, cette responsabilité incombent déjà aux professionnels de santé en application de l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique qui, de son côté, précise que « toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, **le droit de recevoir [...], les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont**

9 Avant le décret du 3 juin 2021, était visée, au côté du dossier patient, la fiche d'observation mentionnée à l'article R. 4127-45 du CSP.

10 Sont concernés les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et pharmaciens en charge de pratiquer la télé-santé pour son compte (organismes, c'est-à-dire établissements de santé publics ou privés ou professionnels de santé libéraux) et formés à la prise en charge à distance de leurs patients ainsi qu'à l'utilisation des dispositifs rendus nécessaires.

11 Qualifiées, au sens de l'article 9 du RGPD, de « données sensibles ».

12 Loi n° 78-17 informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, loi pour une République numérique de 2016, RGDP n° 2016/679 de 2016 opposable en 2018, loi n° 2018-492 du 20 juin 2018, décret du 1<sup>er</sup> août 2018, ordonnance de réécriture n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 et décret n° 2019-536 du 29 mai 2019.

***l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté [...]»***

L'article R. 6316-2 du Code de la santé publique rappelle ainsi une obligation de base des professionnels, dont la présence dans ce décret de 2021 questionne sur l'intention sous-jacente qui a animé l'écriture de cet article. S'agit-il d'ajouter ou de rappeler ? Le contexte de la télésanté serait-il si différent de celui de l'acte médical ou de soins « classiques » qu'il est obligatoire de rappeler les devoirs fondamentaux des professionnels quant à la nécessité de vérifier la pertinence de l'acte qu'ils proposent aux patients ? Il s'agit, à notre sens, d'une création inutile dont le pouvoir réglementaire aurait pu faire l'économie, car l'acte de télésanté doit se pratiquer avant tout comme un acte médical ou de soins comme un autre.

## **B. Les nouveautés intrinsèques à la pratique de télésoin**

Il s'agit ici d'évoquer le contenu de l'arrêté du 3 juin qui définit les activités de télésoin. Comme son intitulé l'indique, il ne concerne pas la télé-médecine, mais uniquement le télésoin. En revanche, contrairement à ce qu'annonce cet intitulé, les activités de télésoin ne sont pas définies.

Il aurait pu être attendu, à l'instar du décret du 19 octobre 2010, de cet arrêté qu'il vienne préciser les différentes catégories d'actes de télésoin. Cela n'a pas été l'approche retenue par la directrice générale de l'offre de soins qui a innové sur plusieurs points.

Si l'arrêté ne catégorise pas les actes de télésoin, il donne des critères généraux de nature à aider le professionnel de santé (en l'occurrence, l'article 1<sup>er</sup> dudit arrêté rappelle qu'il s'agit des pharmaciens et auxiliaires médicaux) dans sa décision d'avoir recours ou non au télésoin.

Aussi, deux entrées sont proposées au professionnel de santé :

- Soit il estime que le soin nécessite un contact direct en présentiel entre le professionnel et le patient.
- Soit le soin peut être réalisé à distance, mais il nécessite un équipement spécifique non disponible auprès du patient.

Selon que la réponse à ces deux entrées est affirmative ou non, le professionnel de santé doit ou pas proposer le télésoin au patient. Cette décision engage sa responsabilité, même si, comme le précise l'article 1<sup>er</sup>, III, de l'arrêté, le recours au télésoin relève d'une décision partagée du patient et du professionnel.

Pour aider le professionnel, le 3 septembre dernier, et avant même que le décret et son arrêté ne paraissent, la Haute Autorité de santé a établi une liste de critères lui permettant de déterminer l'éligibilité du patient au télésoin. Cette éligibilité, selon la HAS, est fonction de :

- 1) de la situation clinique du patient ;
- 2) de sa capacité à communiquer à distance et à utiliser les outils technologiques ;
- 3) de facteurs physiques, psychologiques, socioprofessionnels, familiaux ;
- 4) de la nature du soin<sup>13</sup> ;

<sup>13</sup> Exemple : massages, vaccinations, pansements, adaptation ou ajustement d'une orthèse ou d'une prothèse, etc.



- 5) de l'existence d'exigences spécifiques concernant les locaux, les équipements ou le matériel ;
- 6) de la disponibilité des données nécessaires à la bonne exécution du soin et à la prise en charge ultérieure du patient (traçabilité du télésoin, nécessité de partager le compte rendu, de transmettre une prescription, etc.).

La HAS rappelle par ailleurs, même si cela n'est pas repris dans le contenu du décret et de l'arrêté du 3 juin, que le recours au télésoin s'inscrit dans le parcours de soins du patient coordonné par le médecin traitant. Cette précision fait certainement écho au fait que le décret du 3 juin modifie, et c'est en cela une nouveauté également par rapport au décret de 2010, le Code de la sécurité sociale (CSS) et pose le principe d'une prise en charge immédiate par l'Assurance maladie des actes de télésoin. Les articles R. 162-5, al. 2, et R. 162-21 du CSS disposent que les tarifs conventionnels applicables au télésoin ne peuvent être supérieurs à ceux fixés pour les mêmes activités mettant physiquement en présence le professionnel de santé et le patient. Ainsi, si un seuil maximum est fixé, en revanche, le seuil minimal ne l'est pas. En outre, il est clair que le principe d'une prise en charge par l'Assurance maladie est acquis.

À n'en pas douter, le télésoin est entré dans la pratique du soin beaucoup plus rapidement que ne l'a été la télé-médecine. Crise sanitaire ? Leçon du passé ? La télésanté fait d'ores et déjà partie des modalités de réalisation du soin. Si les textes sont synchronisés avec les attentes du terrain, ils sont cependant en avance au regard du comportement des professionnels de santé qui voient, à tort, dans la télésanté une pratique dégradée du soin. Une telle façon de penser démontre que ces mêmes professionnels n'ont pas saisi le sens même d'une telle évolution des pratiques, car *in fine*,

il s'agit de faire en sorte de maintenir le lien, même virtuel, entre le patient et le soin, afin que celui-ci puisse bénéficier d'une prise en charge continue et de qualité, et certainement pas d'éviter la prise en charge physique au profit d'une virtualisation du soin. L'objectif est dorénavant de se questionner sur la manière de faire émerger la confiance chez le professionnel de santé et le patient à l'égard de ces pratiques innovantes du soin.