Cour des comptes

LES TÉLÉCONSULTATIONS

Une place limitée dans le système de santé, une stratégie à clarifier pour améliorer l'accès aux soins

Communication à la commission des affaires sociales du Sénat

Avril 2025

Sommaire

PROCÉDURES ET MÉTHODES **5**

SYNTHÈSE **7**

RECOMMANDATIONS **13**

INTRODUCTION **15**

CHAPITRE I UNE PLACE MODESTE DANS L'OFFRE DE SOINS **17**

I - UNE DIVERSITÉ DE MODÈLES DE TÉLÉCONSULTATION REPOSANT SUR DE NOMBREUX ACTEURS **17**

II - UN USAGE LIMITÉ, EN DÉPIT DE L'ESSOR CONSTATÉ LORS DE LA PANDÉMIE DE COVID 19 ..... **21**

A - Une érosion de la part des téléconsultations dans les actes médicaux 21
B - Une érosion partiellement imputable aux réticences des médecins 26
C - Un profil de patient très différent de celui des patients en cabinet médical 28

III - DES COÛTS DE PRISE EN CHARGE MAÎTRISÉS **33**

A - Une part minime dans les dépenses de santé 33
B - Des montants très modestes versés aux infirmiers 35

CHAPITRE II UNE DIVERGENCE ENTRE LES PRATIQUES ET LES OBJECTIFS POURSUIVIS **37**

I - UNE STRATÉGIE GLOBALE À CLARIFIER **37**

A - Un pilotage marqué par l'absence d'un chef de file effectif 37
B - Une stratégie aux objectifs et aux indicateurs peu cohérents 39

II - UN LEVIER D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SOINS À MIEUX ACTIONNER **43**

A - Un impact modeste sur l'accès aux soins dans les zones prioritaires 44
B - Une contribution insuffisante à l'accès aux soins des publics prioritaires 50

III - DE POTENTIELLES ÉCONOMIES LIÉES AUX TÉLÉCONSULTATIONS **60**

A - Un recours aux téléconsultations qui pourrait être accru 60
B - Un levier d'efficience du système de soins 60

CHAPITRE III UN DÉVELOPPEMENT SOUHAITABLE DES TÉLÉCONSULTATIONS SOUS CERTAINES CONDITIONS **65**

I - DES MODALITÉS FINANCIÈRES À AFFINER **65**

A - Un modèle tarifaire en cours d'évolution pour les médecins libéraux 65
B - Des aides à l'accompagnement et à l'équipement à mieux connaître et cibler 74

II - UN CADRE CONTRAIGNANT SUSCEPTIBLE D'ÊTRE PONCTUELLEMENT ASSOUPLI **82**

A - Un cadre juridique visant à assurer le respect du parcours de soins coordonné 82
B - Des politiques de contrôle adaptées aux enjeux financiers et aux risques 87
C - Une reconnaissance juridique tardive des sociétés de téléconsultation, au modèle économique fragile 88

III - UNE QUALITÉ ET UNE SÉCURITÉ DES PRATIQUES À CONFORTER **96**

A - Des conséquences peu perceptibles sur les conditions d'exercice des professionnels de santé 96
B - Des mesures à renforcer pour garantir la qualité des pratiques 102

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES **115**

ANNEXES **119**

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres[1] thématiques que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

⁂

Le Parlement peut demander à la Cour des comptes la réalisation d'enquêtes, sur le fondement du 2° de l'article 58 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances (commissions des finances), de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières (commissions des affaires sociales) ou de l'article L. 132-6 du code des juridictions financières (présidents des assemblées).

La Cour des comptes a ainsi été saisie par le président de la commission des affaires sociales du Sénat, par lettre du 26 mars 2024, en application de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières, d'une demande d'enquête portant sur les téléconsultations (cf. annexe n° 2).

[1] La Cour comprend aussi une chambre contentieuse, dont les arrêts sont rendus publics.

Ce contrôle a été notifié au ministère chargé de la santé, au ministère de l'économie et des finances, à la direction de l'administration pénitentiaire ainsi qu'à la Caisse nationale de l'assurance maladie, à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, à la Haute Autorité de santé, à l''Agence du numérique en santé, à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, à l'Agence nationale du développement professionnel continu et à la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Des questionnaires ont été envoyés aux administrations et agences concernées. Des entretiens ont été menés avec l'ensemble des parties prenantes.

- La plupart des données utilisées pour l'élaboration du rapport sont issues du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, composante du système national des données de santé. Les données concernant le secteur hospitalier ont été fournies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.
- Certaines de ces données brutes ont été exploitées par la Cour des comptes ; d'autres l'ont été par la Caisse nationale de l'assurance maladie et les directions de la coordination de la gestion du risque Grand Est et Île-de-France.

⁂

Le projet de communication a été préparé, puis délibéré le 5 mars 2025, par la sixième chambre, présidée par M. Lejeune, président de chambre, et composée de M. Machard et, Mme Soussia, présidents de section, de MM. Colcombet, Chastenet de Géry, Bessette et Moguérou, Mme Caroli, M. Guégano, conseillers maitres, ainsi que, en tant que contre-rapporteure, Mme Régis, présidente de section, et en tant que rapporteurs, M. Chailland, conseiller maître, et M. Dossi, conseiller référendaire.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité, M. Charpy, Mme Camby, MM. Bertucci et Meddah, Mme Mercereau, M. Lejeune et Mme Thibault, présidentes et présidents de chambre de la Cour, MM. Strassel, Serre, Mmes Daussin-Charpantier, Renet et Bonnafoux, présidents et présidentes de chambre régionale des comptes ainsi que Mme Hamayon, Procureure générale, a été consulté sur le projet de rapport le 20 mars 2025. Le Premier président a approuvé la transmission du texte définitif au Parlement le 26 mars 2025.

⁂

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Synthèse

Après des contrôles portant sur la télémédecine en 2017 et sur la télésanté en 2021, la Cour des comptes a examiné les téléconsultations à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat qui l'a saisie sur le fondement de l'article LO 132-3-1 du code des juridictions financières.

D'abord mises en œuvre dans un cadre expérimental, les téléconsultations, qui consistent en des consultations à distance d'un professionnel médical par un patient, sont depuis septembre 2018 remboursées par l'assurance maladie. Elles constituent une composante de la télémédecine, qui recouvre les activités de soins à distance réalisées par des professionnels médicaux. La télésanté a un objet plus large car elle regroupe la télémédecine et le télésoin. Ce dernier correspond aux actes à distance des auxiliaires médicaux et des pharmaciens (cf. schéma n° 1 *infra*).

Un levier de transformation du système de soins

Les téléconsultations sont une modalité à la main des professionnels de santé dans le cadre de leur exercice et n'ont pas vocation à se substituer massivement aux consultations au cabinet médical ; elles n'en constituent pas moins un levier pertinent pour répondre aux enjeux du système de santé, principalement en termes d'accès aux soins et d'organisation des parcours de soins pour certains patients et certaines pathologies.

Parmi les prérequis essentiels de cette évolution souhaitée par les pouvoirs publics figurent la définition d'un cadre éthique et sécurisé pour les patients et les professionnels, la maîtrise d'une médecine connectée aux organisations et aux professionnels du soin situés à proximité des patients et l'existence de garanties sur la qualité et la sécurité des diagnostics et des prescriptions médicales à distance.

Pour les patients, les téléconsultations peuvent favoriser l'accès aux soins, notamment pour ceux qui résident dans les zones caractérisées par une pénurie de professionnels médicaux. En outre, elles peuvent faciliter le suivi de pathologies chroniques et les renouvellements d'ordonnances. Elles contribuent à maintenir des soins dans des contextes sanitaires exceptionnels. Enfin, elles permettent des gains de qualité et de confort, en diminuant les déplacements, en particulier pour l'accès aux médecins spécialistes ou aux centres experts, dans un contexte marqué par une concentration de ces derniers dans les grandes villes. Le bilan carbone associé à la substitution des téléconsultations au déplacement au cabinet médical n'a jamais été étudié précisément mais il est probablement plus faible que celui des actes nécessitant des déplacements.

Pour les professionnels, les téléconsultations permettent d'optimiser le temps médical et soignant. Cet effet attendu s'ajoute à d'autres mesures adoptées par les pouvoirs publics et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) pour libérer du temps médical (recours à des assistants médicaux et enrichissement des missions confiées aux pharmaciens d'officine par exemple). Ces actes sont également censés favoriser les liens entre professionnels dans le cadre de parcours de soins coordonnés (ville, hôpital, médico-social) et faciliter la prise en charge pré et post-opératoire des patients.

Enfin, en évitant à certains patients de recourir aux services des urgences pour des demandes de soins qui ne le justifient pas, les téléconsultations peuvent contribuer à désengorger ces services souvent embolisés et à réaliser des économies significatives, le coût d'une prise en charge en téléconsultation étant près de dix fois inférieur à celui d'un passage dans des services d'urgences. L'économie que permettrait l'évitement théorique du passage dans les structures d'urgences hospitalières, selon une hypothèse d'évitement de 10 %, peut être évaluée à 113 M€ par an. Plus largement, le tarif inférieur des téléconsultations par rapport à celui des consultations tout comme la possibilité d'éviter des coûts liés au déplacement de certains patients devraient conduire les pouvoirs publics à envisager ces actes sous l'angle de l'efficience. De manière générale, dans un contexte où les téléconsultations répondent à des besoins ne nécessitant pas un examen clinique, leur meilleure intégration dans l'offre de soins contribuerait à l'efficience du système de santé.

Une contribution modeste à l'offre de soins

Les téléconsultations sont restées en nombre très limité jusqu'à la pandémie de covid 19. À compter de mars 2020, les confinements sanitaires leur ont donné un rôle essentiel dans la continuité des soins, avec un nombre d'actes passé de moins de 140 000 en 2019 à plus de 18 millions en 2020 (secteurs libéral et hospitalier), soit un niveau supérieur à l'objectif fixé par l'État à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam).

À l'issue de la pandémie de covid 19, le nombre des téléconsultations est descendu à un niveau inférieur à celui fixé par la convention d'objectifs de gestion passée entre l'État et la Cnam pour la période 2019-2022. En médecine de ville, ces actes ne représentaient en 2023, respectivement, que 2,2 % et 2,1 % de l'activité de consultation des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes, soit moins d'une consultation sur quarante. Cette même année, les téléconsultations représentaient seulement 1,4 % de l'activité de consultation des établissements de santé et 0,3 % de leurs actes et consultations externes. Ces niveaux sont très inférieurs à ceux constatés dans les pays nordiques, au Royaume-Uni et en Espagne.

L'État a choisi de ne plus fixer d'objectifs quantitatifs à la Cnam dans la convention qui les lie pour la période 2023-2027 ; il n'en demeure pas moins que le nombre de téléconsultations réalisées est insuffisant pour que celles-ci répondent aux attentes associées à leur potentiel.

Une contribution insuffisante à l'accès aux soins dans les zones et pour les publics prioritaires

Contrairement au principal objectif recherché, les téléconsultations ont jusqu'à présent eu un impact faible sur l'accès aux soins dans les zones d'intervention prioritaire. De manière structurelle, le profil moyen d'un patient qui téléconsulte est jeune et très urbain ; l'Île-de-France concentre à elle seule plus de la moitié des téléconsultations réalisées en France.

Les publics cibles théoriques de la télémédecine ne sont pas davantage des utilisateurs privilégiés des téléconsultations. À ce jour et comme la Cour l'avait déjà constaté en 2021, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap résidant dans des établissements sociaux et médico-sociaux bénéficient très insuffisamment de ces actes. L'usage des téléconsultations est également faible pour les patients souffrant de maladies chroniques, en dépit des enjeux associés. Il en va de même pour les personnes placées sous main de justice, malgré un contrat de transformation signé fin 2020 dans le cadre du Grand plan

d'investissement 2018-2022 et resté inappliqué faute d'un réel pilotage. En revanche, les plateformes peuvent visiblement apporter une réponse à des patients dépourvus de médecin traitant, et, dans une moindre mesure, aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

Une faible intégration des téléconsultations dans les conditions d'exercice des professionnels de santé

Le fonctionnement en équipe de soins est propice au développement des téléconsultations mais, à ce jour, il reste peu mobilisé à cette fin. En effet, ces actes sont peu intégrés dans les dispositifs publics mis en place pour prendre en charge les soins non programmés caractérisés par un degré d'urgence plus ou moins élevé. Les communautés professionnelles territoriales de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les équipes de soins primaires ou spécialisés ont un rôle important à jouer pour assurer une disponibilité médicale indispensable à la mise en place d'usages territorialisés de la télémédecine.

Or, ces organisations jouent un rôle marginal en la matière, alors que la convention médicale requiert leur contribution. En effet, le réseau de l'assurance maladie doit référencer les organisations territoriales coordonnées pouvant gérer les exceptions relatives aux parcours de soins. Ce référencement est censé permettre l'identification de ces structures par les patients et les professionnels de santé. En septembre 2024, seules 37 organisations étaient référencées et près des trois quarts des départements n'avaient aucune organisation référencée permettant de respecter le cadre conventionnel. La définition d'autres priorités (telle, pour les communautés professionnelles de santé, la recherche de médecins traitants pour les patients qui en sont dépourvus) et le caractère imprécis et non prescriptif des textes relatifs au rôle susceptible d'être joué par ces organisations expliquent notamment cette lacune.

La Cour relève la même absence de contribution des hôpitaux de proximité et des groupements hospitaliers de territoire au développement des téléconsultations, malgré le rôle confié aux premiers d'entre eux par les textes en vigueur.

Des coûts globalement maîtrisés

À l'échelle des dépenses globales de soins, les coûts liés aux téléconsultations apparaissent faibles, avec 266 M€ de montant remboursé par l'assurance maladie, soit 3 % des montants remboursés au titre de l'ensemble des consultations, des téléconsultations et des visites réalisées par les médecins libéraux, les sages-femmes et les centres de santé (8,1 Md€).

Les montants en jeu apparaissent globalement maîtrisés grâce à une différenciation tarifaire convenue entre la Cnam et les syndicats représentatifs des médecins et des sages-femmes : les honoraires d'une téléconsultation ont été maintenus à hauteur de 25 €, quand ceux liés à une consultation au cabinet médical ont été portés à 26,50 € (novembre 2023), puis à 30 € pour les médecins généralistes (décembre 2024). En outre, les majorations et les arrêts de travail associés aux téléconsultations réalisées par des plateformes, qui avaient donné lieu à de potentiels abus, sont désormais encadrés, au bénéfice des patients qui n'ont plus à supporter certains restes à charge à l'occasion du recours à ces plateformes.

Une stratégie à clarifier

La place que les parties prenantes entendent laisser aux téléconsultations dans l'offre de soins souffre de certaines ambiguïtés. La répartition des compétences entre les acteurs publics

impliqués dans la télémédecine apparaît cohérente mais la stratégie poursuivie par le ministère chargé de la santé manque de clarté et la direction générale de l'offre de soins n'exerce pas suffisamment son rôle de chef de file. Les objectifs et les indicateurs associés mériteraient d'être clarifiés, afin de s'assurer que le caractère marginal de ces actes dans l'offre de soins répond aux attentes du Parlement et du ministère chargé de la santé.

Des assises de la téléconsultation devraient avoir lieu à l'été 2025, en même temps que l'aboutissement de la procédure d'agrément des sociétés de téléconsultation prévu au plus tard pour la fin 2025. Cette échéance doit être mise à profit par le ministère chargé de la santé et la Cnam pour clarifier le rôle attendu des téléconsultations pour conforter l'offre médicale dans les zones caractérisées par une densité médicale insuffisante et en faveur des publics prioritaires.

Surtout, la mise en œuvre des orientations doit être attentivement suivie car l'élaboration de feuilles de route ne suffit pas, en soi, à assurer le développement des téléconsultations. Il en est ainsi notamment pour la politique d'équipement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou pour les établissements pénitentiaires.

Un développement des téléconsultations à rechercher sous certaines conditions

Au regard de la part marginale que représentent aujourd'hui les téléconsultations dans l'ensemble des consultations et alors que ces actes peuvent constituer un levier d'amélioration de l'offre de soins, la Cour estime souhaitable que certains aménagements soient envisagés pour favoriser leur développement. Ceux-ci concernent les modalités financières, le cadre juridique, ainsi que la qualité et la sécurité des soins.

Des modalités financières à affiner

La Cnam verse à ce jour des aides indiscriminées à l'accompagnement et à l'équipement pour développer les téléconsultations. Au soutien des objectifs de santé publique, ces aides gagneraient à être recentrées sur les zones d'intervention prioritaire, caractérisées par une offre de soins insuffisante.

En outre, en complément de financements mal coordonnés de certaines collectivités territoriales et grâce aux crédits du fonds d'intervention régional, les agences régionales de santé soutiennent des dispositifs parfois coûteux et proches d'expérimentations antérieures, qui n'avaient pas démontré leur pertinence médico-économique. Le ministère chargé de la santé ne connaît pas le montant total de ces aides et n'encadre pas les dispositifs susceptibles d'être financés dans le champ des téléconsultations. La Cour invite le ministère et les agences régionales de santé à recentrer les expérimentations sur les projets les plus à même de déboucher sur des dispositifs généralisables à coût maîtrisé pour les acteurs publics, administrations publiques locales comprises, au regard des actes susceptibles d'être dispensés.

Par ailleurs, la différenciation des honoraires des téléconsultations par rapport à ceux d'une consultation est uniforme, ce qui appelle deux réserves. D'abord, une meilleure prise en compte des patients pris en charge à distance justifierait d'autoriser la facturation de certaines majorations ou actes techniques aujourd'hui interdits en téléconsultation.

Enfin, si la téléconsultation apparaît adaptée à certains patients, surtout lorsqu'elle est complétée par le recours à des dispositifs médicaux connectés, l'accompagnement à cette modalité par des professionnels de santé reste modeste, en particulier de la part des infirmiers.

Les aides pourraient être mieux ciblées géographiquement pour les dispositifs liés aux pharmacies d'officine et la cotation des actes d'accompagnement des infirmiers pourrait être réexaminée.

Un cadre juridique global à stabiliser sous réserve de quelques aménagements

Afin d'encourager les téléconsultations qui permettent de répondre à un certain nombre d'enjeux de santé publique, le ministère chargé de la santé et la Cnam ont élaboré un cadre juridique qui repose sur une médecine ancrée dans les territoires et respectant le parcours de soins coordonné par le médecin traitant.

La convention organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins libéraux, signée le 4 juin 2024, a assoupli le plafond d'activité en télémédecine créé en 2021, selon des orientations qui apparaissent pertinentes pour favoriser le développement de téléconsultations au service des objectifs poursuivis. De nouveaux assouplissements gagneraient à être examinés. Le plus important d'entre eux consisterait à supprimer, parmi les trois exceptions tenant au principe de territorialité des téléconsultations, la condition cumulative tenant à l'absence de médecin traitant désigné pour les patients résidant dans des zones d'intervention prioritaire, voire la condition tenant à l'absence d'organisation territoriale référencée. La troisième condition relative à la présence des patients dans les zones d'intervention prioritaire serait maintenue. En outre, le plafond d'activité en téléconsultation de 20 % pourrait être revu à la hausse pour les médecins retraités.

Par ailleurs, un dispositif d'agrément des sociétés de téléconsultation est en cours de mise en place depuis la fin 2023 pour mettre un terme au dévoiement de l'objet juridique des centres de santé. Après une mise en œuvre marquée par des modifications tardives, ce dispositif devrait entrer en vigueur en 2025 et permettre de mieux encadrer l'activité de ces sociétés en apportant certaines garanties sur la qualité des prises en charge. L'examen rigoureux du respect des conditions de l'agrément à l'issue d'une période biennale doit être mis à profit pour mieux évaluer l'apport des plateformes de téléconsultation salariant des médecins dans l'offre de soins.

Le cadre juridique actuel est pertinent pour atteindre les objectifs de santé publique associés aux téléconsultations. Il doit désormais être stabilisé avant que soient examinées, à moyen terme, la valeur ajoutée et les éventuelles limites de l'agrément, sans préjudice d'ajustements ponctuels à plus court terme comme la régulation de la prescription à distance d'antibiotiques en cas de rupture d'approvisionnement.

Par ailleurs, il est souhaitable de prévoir et développer la possibilité pour les sociétés de téléconsultation d'intervenir à titre subsidiaire pour prendre en charge des demandes de soins non programmés dans le cadre des services d'accès aux soins, comme le ministère l'envisage.

Cette évolution nécessite également que soient formalisés et transposés dans les pratiques et des protocoles locaux les liens nécessaires entre les services d'accès aux soins et les téléconsultations susceptibles d'être proposées par les professionnels médicaux des territoires concernés et, à titre subsidiaire, par les sociétés de téléconsultation. En effet, ces dernières ont un rôle à jouer en second recours pour compenser l'offre de soins insuffisante dans certains territoires et les textes doivent être modifiés en ce sens. Leur récente reconnaissance comme acteur de santé devrait conduire à les intégrer dans les évolutions des téléconsultations, notamment lors des négociations conventionnelles.

La nécessité de mieux connaître et de garantir la qualité des pratiques

Les limites cliniques inhérentes aux téléconsultations appellent une attention accrue de l'ensemble des acteurs pour garantir la qualité et la sécurité des diagnostics et des prescriptions à distance. Pour des raisons principalement techniques, la Cnam et le ministère chargé de la santé ne disposent pas d'éléments robustes permettant de mesurer précisément des phénomènes de surprescription par les plateformes de téléconsultation. Pour autant, l'existence même du phénomène ne fait pas de doute pour les antibiotiques à large spectre, en particulier pour les personnes âgées de plus de trente-cinq ans.

Afin d'approfondir la connaissance du sujet, la Cnam a saisi en octobre 2024 la Haute Autorité de santé pour qu'elle évalue la pertinence des prescriptions d'antibiotiques en téléconsultation sans examen physique du patient. Parallèlement, il convient que les travaux confiés en 2020 à la Fédération des spécialités médicales et au Collège de la médecine générale reprennent et donnent lieu à de nouvelles publications susceptibles d'éclairer les professionnels de santé. Enfin, la qualité des pratiques professionnelles, qui figure parmi les critères de l'agrément des sociétés de téléconsultation, devra faire l'objet d'un examen à l'issue de la première période de délivrance de cet agrément.

⁂

À la lumière de ces constats, la Cour a formulé les recommandations suivantes, dans le but de permettre aux téléconsultations de contribuer davantage à l'efficience du système de santé et à l'approche populationnelle des parcours de soins dans les territoires, en améliorant la prise en charge des patients.

Recommandations

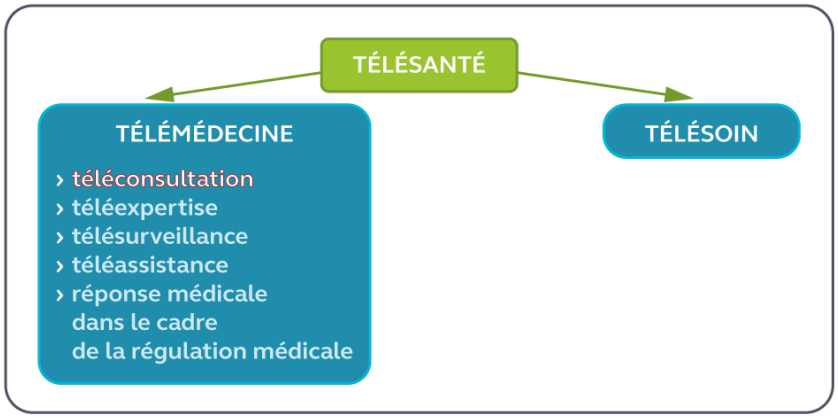
1. Adopter une nouvelle stratégie de développement des téléconsultations, en définissant les objectifs prioritaires poursuivis et en leur associant des indicateurs de résultat (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de l'économie, des finances, et de la souveraineté industrielle et numérique, Cnam*).
2. Renforcer le recours à la téléconsultation dans les établissements et services sanitaires et médicosociaux et dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de la justice*
3. Cibler les politiques d'aides à l'équipement de téléconsultation en favorisant l'accès aux soins pour les publics et dans les territoires prioritaires (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Cnam*).
4. Assouplir les règles conventionnelles relatives à la territorialité des téléconsultations pour en faciliter le développement dans les zones d'intervention prioritaire (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Cnam*).
5. Favoriser l'action des hôpitaux de proximité dans la mise en œuvre des téléconsultations en intégrant leur prise en compte dans les projets médicaux et les projets de soins partagés des groupements hospitaliers de territoire (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles*).
6. Prévoir la possibilité juridique pour les services d'accès aux soins de faire appel, à titre subsidiaire, à des plateformes de téléconsultation (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles,*).
7. Relancer les travaux des conseils nationaux professionnels visant à définir des cas d'usage des téléconsultations, en lien avec les sociétés savantes, et à développer des recommandations de bonnes pratiques (*ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles,*).

Introduction

Par lettre du 26 mars 2024, le président de la commission des affaires sociales du Sénat a saisi la Cour des comptes afin qu'elle évalue l'impact des téléconsultations sur l'accès aux soins des patients, la qualité des soins et les conditions d'exercice des professionnels de santé. Il l'a également invitée à examiner l'encadrement et la valorisation tarifaire de ces actes médicaux (cf. annexe n° 2). Le présent rapport fait suite à de précédents travaux de la Cour des comptes sur la télémédecine en 2017[2] et la télésanté en 2021[3].

La télésanté regroupe toutes les activités (comme les soins et les consultations) exercées entre des professionnels de santé et leurs patients grâce à des moyens de vidéotransmission sécurisés. Elle comprend, d'une part, la télémédecine pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) et, d'autre part, le télésoin, pour les activités réalisées à distance par un pharmacien ou un auxiliaire médical. Selon un décret du 21 octobre 2010, pris en application de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la télémédecine recouvre cinq actes parmi lesquels figure la téléconsultation[4] (cf. schéma n° 1).

Schéma n° 1 : place des téléconsultations dans l'offre de télésanté



Source : Cour des comptes

[2] Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre VII, 2017, « La télémédecine, une stratégie cohérente à mettre en œuvre », p.297-330.
[3] Cour des comptes, *Rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre V, 2021, « La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins », p. 207-234.
[4] La téléexpertise permet à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis de professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences, sur la base des informations de santé liées à la prise en charge d'un patient. La télésurveillance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. La téléassistance médicale 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.

Selon les termes de l'article R. 6316-1 du code de la santé publique, la téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. En France, les interactions entre le médecin et le patient sont simultanées, à la différence de pratiques étrangères qui intègrent également des échanges asynchrones.

Lors des confinements sanitaires liés à la pandémie de covid 19, les téléconsultations ont joué un rôle essentiel pour assurer la continuité des soins ; leur nombre est passé de moins de 140 000 en 2019 à plus de 18 millions en 2020. Près de 56 millions de téléconsultations ont été facturées à l'assurance maladie entre septembre 2018 (date de leur prise en charge dans le droit commun de l'assurance maladie) et décembre 2023. En 2023, 11,5 millions l'ont été pour un montant remboursable de 343 M€ par des médecins, dont 64 % par des libéraux. 74 % des téléconsultations des médecins libéraux ont été réalisées par des médecins généralistes, qui ne représentent pourtant que 43 % des médecins inscrits en activité régulière[5].

Selon les objectifs affichés par les pouvoirs publics, les téléconsultations constituent un levier de transformation du système de soins. En particulier, elles favorisent l'accès aux soins dans les zones souffrant d'un déficit d'offre médicale et pour des publics cibles caractérisés par des difficultés ou un nombre élevé de déplacements. Elles permettent par ailleurs de libérer du temps médical et d'augmenter le nombre de patients examinés par les médecins.

Les téléconsultations occupent une part modeste dans l'offre de soins, tant en nombre d'actes qu'en montants financiers (chapitre 1). Le ministère chargé de la santé doit formaliser une stratégie qui définisse mieux le rôle des téléconsultations dans l'offre de soins, afin d'atteindre les objectifs généraux énoncés en termes de publics et de zones prioritaires (chapitre 2). Cette formalisation nécessaire doit se faire dans un cadre juridique défini selon des modalités financières claires et dans le respect de la qualité des pratiques médicales (chapitre 3).

[5] Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2023*, p. 19.

Chapitre I

Une place modeste dans l'offre de soins

Le secteur des téléconsultations se caractérise par des acteurs très divers, en pleine mutation (I). La part des téléconsultations dans l'offre de soins est aujourd'hui très limitée et s'est érodée depuis la pandémie de covid 19 (II). Les remboursements des actes par l'assurance maladie apparaissent globalement maîtrisés (III).

I - Une diversité de modèles de téléconsultation reposant sur de nombreux acteurs

En France, de nombreux acteurs offrent des solutions de téléconsultation avec des pratiques différentes.

Quels que soient sa spécialité, son secteur et son lieu d'exercice, en ville ou en établissement de santé, un professionnel médical peut réaliser une téléconsultation. De même, tout patient, souffrant d'une affection aiguë ou d'une maladie chronique, peut, à sa demande ou à celle d'un médecin – le plus souvent son médecin traitant – solliciter le recours à une téléconsultation. Ce recours relève de la seule décision du médecin qui juge de sa pertinence.

Il existe plusieurs formes de téléconsultation : ponctuelle, non programmée, programmée, combinée avec une consultation en présence d'un professionnel de santé (pharmacien d'officine ou infirmier). Les modalités de mise en œuvre sont tout aussi variées :

- accès *via* une plateforme en ligne de rendez-vous médicaux ;

- accès direct à une plateforme proposant des téléconsultations sur internet à partir d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un mobile multifonction ;

- accès direct à une telle plateforme à partir d'une cabine de téléconsultation, d'une borne ou d'une console installée dans un lieu public (mairie, centre commercial), privé (entreprise) ou une officine, ou d'une mallette, équipée d'objets connectés pour une téléconsultation dite augmentée (thermomètre, tensiomètre, oxymètre, stéthoscope, otoscope et dermatoscope, par exemple), voire assistée grâce à la présence d'un professionnel de santé.

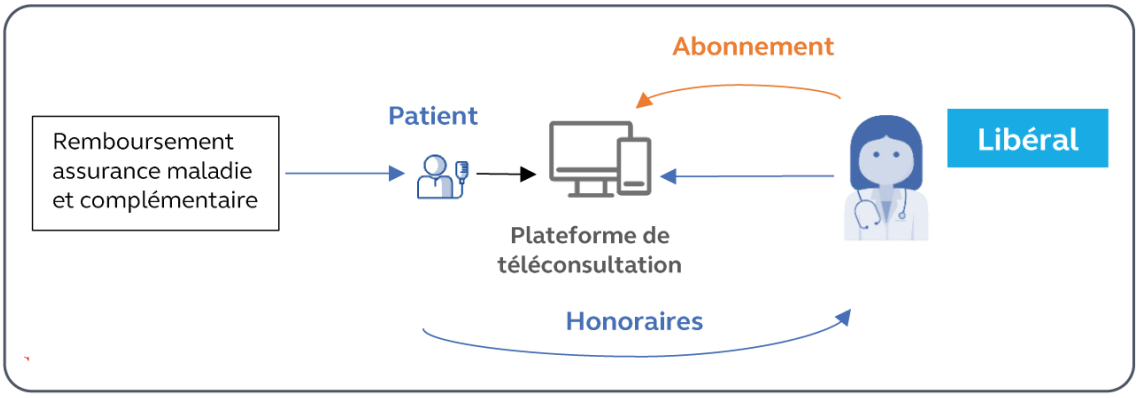
Fondée en 2008, la société H4D (*Health for Development*, placée en liquidation judiciaire en octobre 2024) a été pionnière des cabines de téléconsultation, tandis que d'autres, comme *Medadom* et *Tessan*, sont entrées sur le marché à partir de 2017-2018. Les plateformes de rendez-vous ont développé des solutions de téléconsultation à partir de 2018.

Les téléconsultations doivent se dérouler par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données, la traçabilité et la confidentialité des échanges, ainsi que l'intimité des patients. Comme pour une consultation, le patient peut être accompagné à sa demande par un aidant, une personne de confiance ou un proche[6].

Quatre modèles de téléconsultation coexistent en 2025 avec des variantes (cf. schéma n° 2 et annexe n° 4). Les téléconsultations sont généralement remboursées aux assurés dans le cas des trois premiers modèles, beaucoup moins fréquemment dans le quatrième.

Schéma n° 2 : quatre modèles de téléconsultation

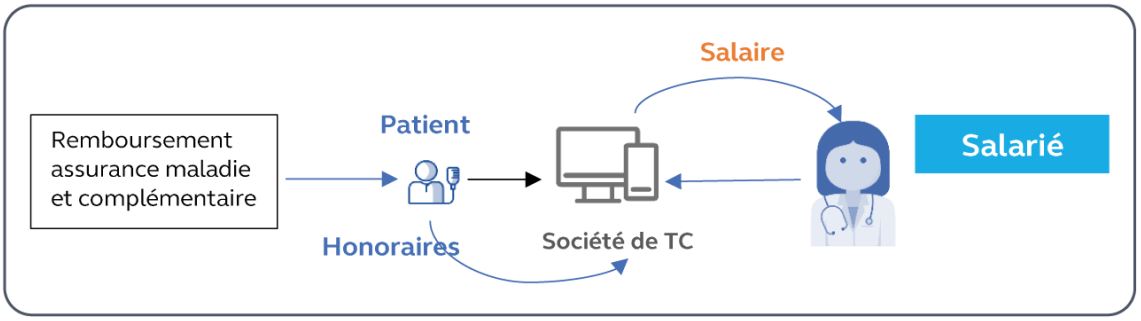
1 - Le modèle de l'exercice libéral avec une solution numérique : le patient est en contact direct avec le médecin, souvent traitant.



Source : Cour des comptes, à partir de l'analyse de la direction générale des entreprises

Les logiciels les plus connus sont mis en œuvre par les sociétés *Doctolib*, *Maiia*, *Hellocare* et *MonDocteur*. Des solutions publiques sont mises à disposition gratuitement par les agences régionales de santé (ARS) par le biais des groupements régionaux d'appui au développement de la e-Santé (GRADeS) ; leur utilisation est toutefois très variable selon les régions.

2 - Le modèle de la société de téléconsultation non assistée : le patient contacte une plateforme qui le met en relation avec un médecin.



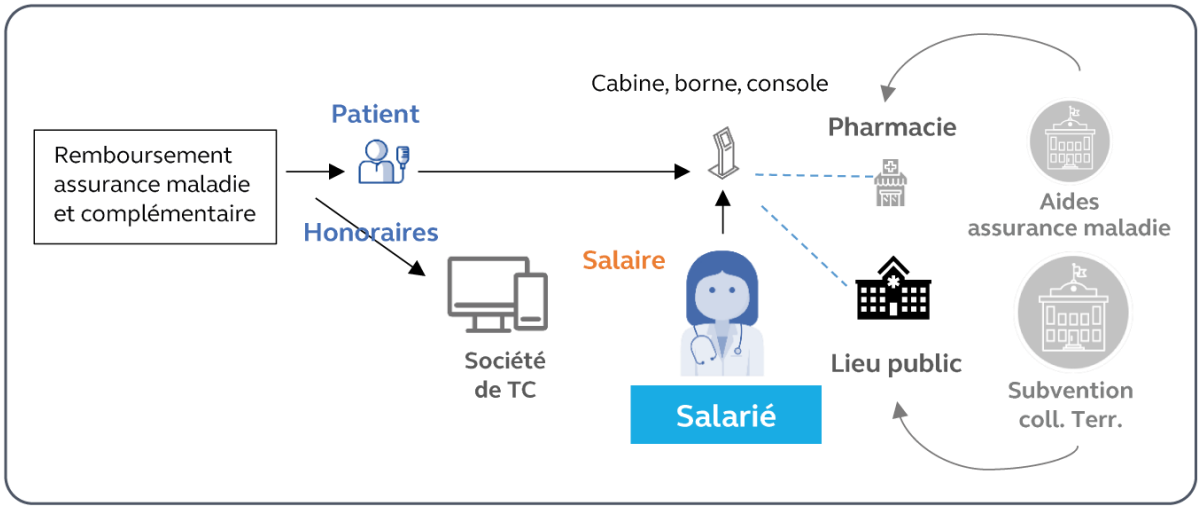
Source : Cour des comptes, à partir de l'analyse de la direction générale des entreprises

[6] Cet accompagnement résulte d'une demande libre et éclairée du patient. Le consentement du patient à être accompagné pendant la téléconsultation doit également être recueilli et tracé dans le dossier patient par le professionnel de santé. L'accompagnant est soumis au secret des informations échangées.

Les principales sociétés sont *Qare*, *Livi* et *MédecinDirec*t, filiales de sociétés étrangères (respectivement H*ealthHero* [Royaume-Uni], *Kry* [Suède] et *Teladoc* [États-Unis]). Elles disposent de leurs propres applications. Les téléconsultations sont réalisées au profit d'un patient ou d'un adhérent d'une mutuelle (*Qare* et *MédecinDirect*) et elles concernent principalement la médecine générale. Des consultations sont possibles au sein de leurs centres de santé. Le médecin salarié peut par ailleurs exercer, en parallèle, en secteur hospitalier, être médecin remplaçant ou être retraité. Des médecins généralistes, non salariés par la société, utilisent aussi ces logiciels sous la forme d'un abonnement (cf. modèle précédent, n° 1).

3 - Le modèle de la téléconsultation assistée : le médecin bénéficie de l'assistance d'un autre professionnel de santé (pharmacien d'officine ou infirmier). Deux cas de figure sont possibles : soit le patient contacte une plateforme depuis une cabine, une borne ou une console (notamment dans une pharmacie), pour être mis en relation avec le médecin (cas n° 1) ; soit la téléconsultation est organisée au domicile du patient à l'aide d'une mallette, le plus souvent avec l'assistance d'une infirmière (cas n° 2).

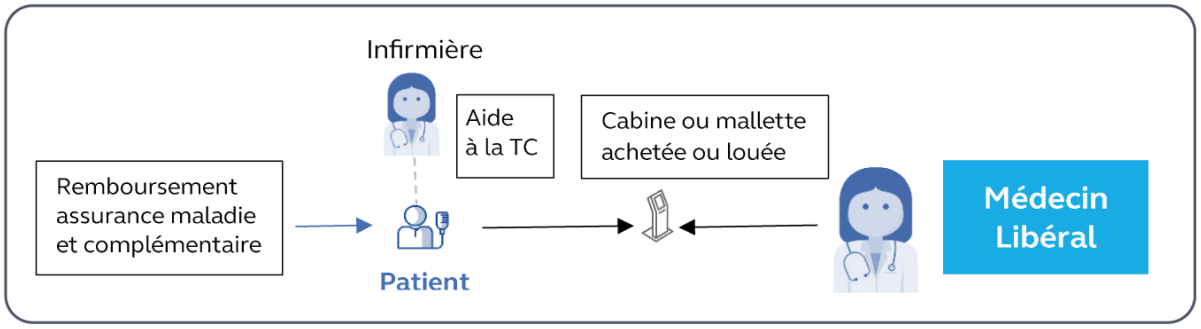
Cas n° 1



Source : Cour des comptes, à partir de l'analyse de la direction générale des entreprises

Les principales sociétés sont *Medadom* et *Tessan*. Jusqu'à sa liquidation judiciaire en octobre 2024, la société *H4D* intervenait également dans ce champ, mais de manière beaucoup plus réduite. Elles utilisent des télécabines, des bornes, des consoles, voire des mallettes, munies d'objets connectés. Les objets connectés permettent de se rapprocher d'une consultation au cabinet. 6 000 « équipements » sont déployés en France, dont près de 90 % en pharmacie. Environ 80 % des pharmacies disposent d'une solution de *Medadom*. La téléconsultation avec un médecin de cette société peut également se réaliser au domicile du patient. Les téléconsultations concernent la médecine générale et quelques spécialités pour la société *Tessan*. Des consultations sont possibles au sein des centres de santé de ces sociétés. *Medadom* et *Tessan* disposent de leurs propres salariés. *SNCF Gares & Connexions* et la société *Loxamed* souhaitent déployer ce modèle au sein de 300 gares situées dans des zones sous-denses.

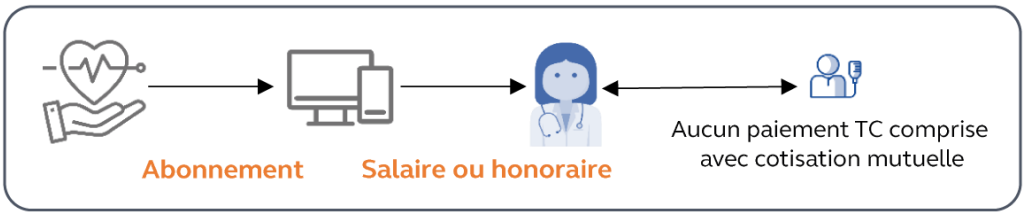
Cas n° 2



Source : Cour des comptes, à partir de l'analyse de la direction générale des entreprises

Des mallettes peuvent être utilisées par une personne auprès du patient (un infirmier par exemple) à sa résidence pour réaliser une téléconsultation avec un médecin libéral ou hospitalier.

4 - Le modèle « à double stratégie »[7]



Source : Cour des comptes, à partir de l'analyse de la direction générale des entreprises

Les mutuelles proposent des téléconsultations à leurs adhérents *via* des sociétés de téléconsultation (*Mediaviz*, *MédecinDirect*, *Mesdocteurs*). Le modèle présenté vaut aussi bien pour des médecins libéraux que pour des salariés de la société de téléconsultation.

Avec l'émergence des sociétés de téléconsultation, de nouvelles organisations professionnelles représentant ce secteur ont été créées.

À l'initiative d'une vingtaine de sociétés exerçant dans la télémédecine en France, l'association « *Les Entreprises de télésanté* » (LET), créée en 2019, avait pour objectif de promouvoir le développement de la télémédecine auprès des patients, des professionnels de santé et des pouvoirs publics. À l'origine, l'association comptait une quarantaine de membres qui représentaient plusieurs centaines d'emplois et plusieurs milliers de professionnels de santé. Pendant quelques années, son action s'est plus orientée vers la téléconsultation jusqu'au début de l'année 2024, où elle a renoué avec sa vocation initiale. Elle compte actuellement une cinquantaine de membres, dont une dizaine spécialisée dans la téléconsultation.

[7] Ce modèle est également appelé "*business to business to consumer*" (B2B2C). Le modèle « *business to business* » (B2B) se rapporte aux entreprises qui visent d'autres entreprises. Le "*business to consumer*" (B2C) cible les consommateurs. Ces deux cibles relèvent de leviers commerciaux différents. Leur fusion implique de mettre en place une double stratégie ou une stratégie en deux temps.

L'objectif du LET consiste à couvrir l'ensemble de la télémédecine afin d'assurer des parcours de soins régulés et de promouvoir un statut d'opérateur en santé numérique. Dans sa feuille de route 2024-2026, il promeut l'évolution des sociétés de téléconsultation vers un tel statut, avec quatre objectifs stratégiques : répondre au défi de l'accès aux soins en s'intégrant dans les territoires et dans les outils de régulation de soins non programmés ; promouvoir les parcours de soins hybrides territoriaux[8] ; décloisonner la télésanté en élargissant le statut de téléconsultation à l'ensemble des actes et bonnes pratiques de télésanté ; mettre en œuvre un modèle économique pour augmenter les usages et poursuivre l'innovation.

Par ailleurs, une fédération nationale des médecins téléconsultants a été créée fin juin 2024. Elle a pour but de *« soutenir et promouvoir l'action des médecins apportant une des réponses à la désertification médicale par leur pratique de la téléconsultation comme salariés des plateformes agréées par le ministère de la santé »*. Elle entend représenter les médecins téléconsultants des entreprises agréées auprès des organismes publics et privés et améliorer *« les conditions de travail et standards de qualité dans la pratique de la télémédecine »*.

II - Un usage limité, en dépit de l'essor constaté lors de la pandémie de covid 19

La part des téléconsultations dans l'offre de consultation occupe une place modeste et en érosion depuis la fin de la pandémie de covid 19 (A). La faiblesse constatée de cette pratique médicale tient pour partie aux réticences de certains médecins (B). De manière structurelle et avant même la crise sanitaire de 2020-2021, le patient type d'une téléconsultation est éloigné du profil de celui des consultations au cabinet (C).

A - Une érosion de la part des téléconsultations dans les actes médicaux

1 - Une tendance générale, excepté pour les plateformes de téléconsultation

En 2020, lors de la pandémie de covid 19, le nombre des téléconsultations a atteint 18,6 millions dans les secteurs libéral et hospitalier. Il a reflué depuis lors, pour atteindre environ 12 millions en 2023, à comparer aux 360 millions de consultations dans les deux secteurs et près de 15 millions de visites. Les téléconsultations représentent donc une composante très réduite de l'activité médicale (cf. tableau n° 1).

[8] Concept promu par le LET et la Société française de santé digitale (SFSD) qui renvoie à un parcours de soins privilégiant tous les acteurs du territoire afin d'assurer une alternance entre soins en présence et à distance.

Tableau n° 1 : nombre de téléconsultations (TLC), de consultations et de visites de la médecine de ville et du secteur hospitalier, en millions (2020-2023)

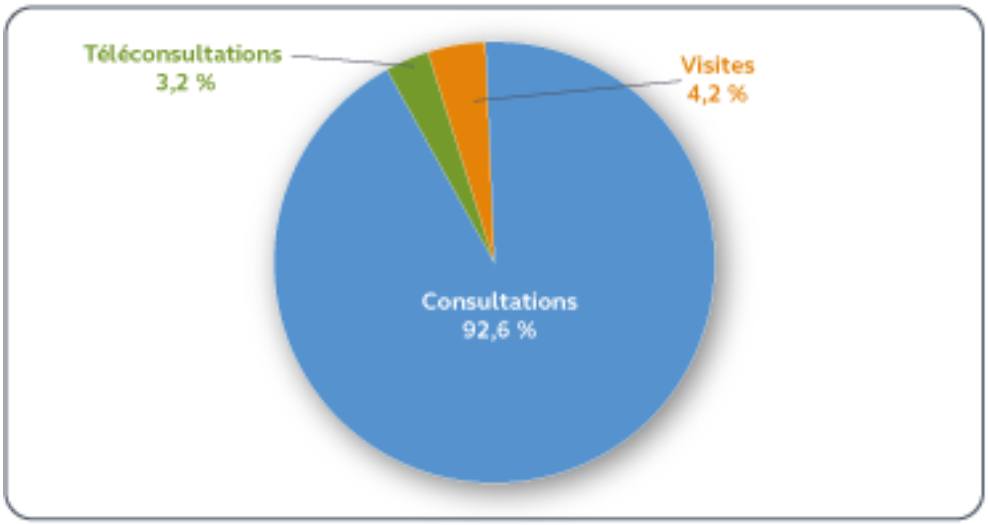
	2020	2021	2022	2023	Évolution 2020-2023
Médecine de ville					
TLC généralistes et médecins à exercice particulier	13,60	9,69	7,85	5,56	-59 %
TLC spécialistes	3,00	2,33	2,18	1,79	-40 %
TLC centres de santé (hors plateformes)	0,37	0,32	0,32	0,39	4 %
TLC plateformes	0,20	0,85	2,18	3,78	1 805 %
Total des TLC médecine de ville	**17,17**	**13,19**	**12,52**	**11,52**	**-33 %**
Total des consultations	313,23	327,52	331,40	326,40	4 %
Total des visites	19,35	18,56	16,22	14,77	-24 %
Total général médecine de ville	**349,75**	**359,28**	**360,15**	**352,69**	**1 %**
Secteur hospitalier					
TLC secteur hospitalier	**1,45**	**0,68**	**0,59**	**0,50**	**-66 %**
Consultations externes secteur hospitalier	36,85	42,06	34,51	35,71	-3 %
Médecine de ville et secteur hospitalier					
Total général TLC	**18,62**	**13,87**	**13,12**	**12,02**	**-35 %**

Note de lecture : TLC : téléconsultations ; tout centre de santé ayant facturé plus de 90 % de téléconsultations est considéré par la Cnam comme une plateforme de téléconsultation.
Source : Cour des comptes, d'après données Cnam et Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

2 - Une érosion marquée par des tendances opposées, en médecine de ville

En 2023, les téléconsultations représentent une activité marginale du secteur libéral (cf. graphique n° 1).

Graphique n° 1 : répartition des activités de consultation en cabinet, de téléconsultation et de visite en médecine de ville (proportion des actes dans l'activité totale de consultation) en 2023



Note de lecture : les visites des médecins spécialistes, très peu nombreuses, ne sont pas prises en compte.
Source : Cour des comptes, d'après données Cnam - Ameli (activité des médecins libéraux par région) et direction générale de l'offre de soins (indicateurs des politiques prioritaires du Gouvernement)

En 2023, sur les 11,5 millions de téléconsultations facturées à l'assurance maladie, 5,5 millions ont été réalisées par des omnipraticiens[9], 1,8 million par des médecins spécialistes et 4,2 millions par des centres de santé.

Entre 2020 et 2023, la part des téléconsultations dans les actes de consultation réalisés par les omnipraticiens est passée de 5,5 % à 2,2 %, et celle des spécialistes de 3,6 % à 2,1 %. Inversement, pour les centres de santé, elle est en plein essor depuis 2021 et a atteint le quart de leur activité en 2023 en raison de l'activité croissante des plateformes de téléconsultation.

Les téléconsultations facturées par les omnipraticiens ont ainsi décru de 59 % entre 2020 et 2023. En 2023, les omnipraticiens ont réalisé 229 millions de consultations, 15 millions de visites et seulement 5,5 millions de téléconsultations.

La baisse est également significative pour les médecins spécialistes, avec un recul de 40 % du nombre de téléconsultations facturées entre 2020 et 2023.Parmi eux, ce sont les psychiatres qui ont réalisé la moitié des 1,8 million de téléconsultations effectuées en 2023.

De fait, le recours aux téléconsultations est très différent selon les spécialités. En 2023, il représentait 60 % des actes cliniques des psychiatres (spécialité en accès direct spécifique pour les patients âgés de 16 à 25 ans) et 11 % de ceux des infectiologues[10], contre seulement 0,4 % de ceux des cardiologues et 1,4 % des anesthésistes réanimateurs.

[9] Les omnipraticiens sont des médecins ayant une qualification en médecine générale. En sus des médecins généralistes, ils comprennent les médecins à exercice particulier comme l'homéopathie ou l'acupuncture, c'est-à-dire qu'ils sont titulaires d'un diplôme ou d'une qualification leur permettant d'exercer des disciplines particulières.
[10] Selon la Cnam, les infectiologues libéraux sont peu nombreux, ils ne sont que 5 à avoir facturé 2 500 téléconsultations, soit 0,1 % des téléconsultations des spécialistes libéraux.

La tendance des médecins à réserver ces actes à leur patientèle et à la pratiquer principalement en situation de crise, comme alternative à la consultation au cabinet[11] plutôt que comme une pratique intégrée, ainsi que les réticences, parfois fortes, de la plupart de leurs syndicats professionnels expliquent pour partie leur reflux dans l'offre de soins.

À l'inverse de ces diminutions, le nombre de téléconsultations facturées par les centres de santé a été multiplié par plus de sept entre 2020 et 2023. Cette progression est liée à l'activité des plateformes de téléconsultation[12]. Stable pour les centres de santé (hors plateforme) autour de 385 000 en 2020 comme en 2023, le nombre de téléconsultations réalisées par ces sociétés est passé de moins de 200 000 en 2020 à près de 3,8 millions en 2023.

Il existe une faible porosité de patientèle téléconsultante entre les plateformes et les médecins généralistes libéraux. La direction de la coordination de la gestion du risque[13] (DCGDR) Île-de-France a ainsi mis en évidence qu'au cours du premier semestre 2024, 94 % des patients ayant bénéficié d'une téléconsultation chez un médecin généraliste n'ont pas réalisé de téléconsultation sur une plateforme. Cette proportion est de 92 % en sens inverse.

À rebours de l'objectif fixé par les politiques prioritaires du Gouvernement[14], l'acculturation des médecins aux téléconsultations s'est érodée en sortie de pandémie de covid 19. Après avoir atteint plus de 60 % pendant un an jusqu'au premier trimestre 2021, la part des médecins généralistes et des centres de santé ayant facturé au moins une téléconsultation est ensuite passée de 58 % à 36 % et stagne depuis début 2023 (cf. graphique n° 2). Supérieure à celle observée en Allemagne (environ 20 % de 2021 à 2023 pour les cabinets médicaux hors psychothérapeutes), elle reste inférieure à celle constatée dans les pays nordiques.

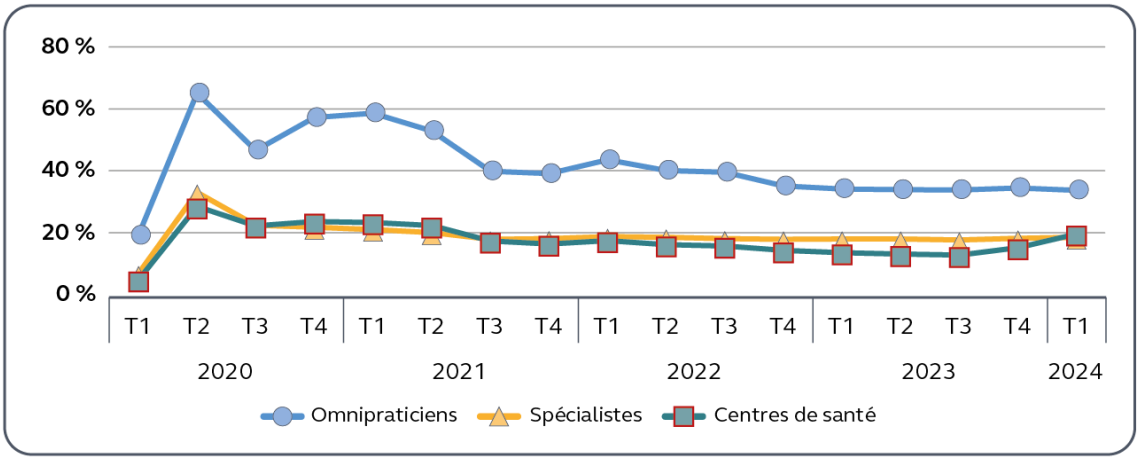
[11] Cour des comptes, *op. cit.*, « La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins ». Le recours à la télémédecine a été particulièrement marqué pendant le premier confinement sanitaire, avec 29 % des consultations des médecins généralistes libéraux assurées à distance.

[12] Tout centre de santé ayant facturé plus de 90 % de téléconsultation est considéré par la Cnam comme une plateforme de téléconsultation.

[13] Les DCGDR sont des directions régionales de l'assurance maladie.

[14] Ces politiques, arrêtées lors d'un séminaire gouvernemental du 31 août 2022, ont fait l'objet d'une circulaire de la Première ministre du 19 septembre 2022.

Graphique n° 2 : part des médecins libéraux et des centres de santé ayant facturé au moins une téléconsultation (premier trimestre 2020 - premier trimestre 2024)



Source : Cour des comptes, d'après données Cnam - direction générale de l'offre de soins (indicateurs des politiques prioritaires du Gouvernement)

Enfin, la proportion des téléconsultations dans l'activité de consultation des sages-femmes libérales demeure comparable à celle des omnipraticiens libéraux, inférieure à 3 % en 2023. Elle peut être très faible pour certains actes : elle était ainsi de 0,4 % pour les interruptions volontaires de grossesse[15].

3 - Un recours marginal à la téléconsultation dans le secteur hospitalier

Dans le secteur hospitalier, le recours à la téléconsultation est plus faible que celui constaté dans le secteur libéral. Les téléconsultations en médecine, chirurgie, obstétrique y sont passées de 1,4 million en 2020 à 494 000 en 2023. Elles représentaient, en 2023, seulement 1,4 % de l'activité de consultation hospitalière et 0,3 % de l'ensemble des actes et consultations externes contre, respectivement, 3,9 % et 1,2 % en 2020.

La proportion des téléconsultations dans l'activité de consultation hospitalière était toutefois plus de deux fois supérieure à la moyenne dans les Côtes-d'Armor, l'Hérault, le Bas-Rhin, le Morbihan, les Pyrénées-Atlantiques, en Ille-et-Vilaine, en Haute-Garonne, en Dordogne et en Isère. Le recours à la téléconsultation est important dans quelques établissements. Le taux de téléconsultation dans l'activité de consultation était compris entre 10 % et 20 % dans neuf structures[16] et supérieur à 50 % dans une autre (Paris).

Malgré le net recul de ces actes en secteur hospitalier, des pratiques concernant certaines pathologies sont bien ancrées. À titre d'exemple, les dispositifs de « télé-AVC » permettent une prise en charge médicale des accidents vasculaires cérébraux partiellement à distance. Ils peuvent s'appuyer sur des téléconsultations de neurologie qui incluent la transmission et le

[15] Drees, *Études et résultats*, « Le nombre des interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 », septembre 2023, nº 1281, p. 7.
[16] Une dans les Côtes-d'Armor, une en Gironde, une en Isère, une en Meurthe-et-Moselle, une dans le Morbihan, trois en Moselle et une à Paris.

partage des données utiles à la prise en charge du patient situé dans l'établissement de proximité. L'examen clinique du patient est réalisé conjointement par le médecin en charge du patient dans ce dernier et le médecin neurologue de l'établissement de recours.

En soins médicaux et de réadaptation, les téléconsultations à l'hôpital sont passées de 9 800 en 2020 à 3 799 en 2023. En 2023, elles représentaient seulement 1,4 % de l'activité de consultation et 0,5 % de l'ensemble des actes et consultations externes, contre respectivement 5,4 % et 2,4 % en 2020. La part des téléconsultations dans l'activité de consultation hospitalière est toutefois supérieure à 5 % à Paris (6 %), dans l'Hérault (24 %), le Rhône (17 %) et la Vienne (11 %). Elle est supérieure à 5 % pour 15 établissements, dont quatre avec un taux compris entre 20 % et 100 %.

Hormis quelques initiatives ponctuelles comme un référentiel d'organisation des actes de télé radiologie dans les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou un guide de la facturation des actes de télémédecine en établissement de santé actualisé en 2024, aucun plan national d'accompagnement spécifique du déploiement des téléconsultations en établissement sanitaire n'a été mis en place par le ministère chargé de la santé, malgré l'intérêt de cette pratique et la modestie des usages constatés.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) pourrait solliciter l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) pour analyser les bonnes pratiques constatées dans le secteur sanitaire, en France comme à l'étranger, afin d'identifier les prérequis et les facteurs de succès du développement des téléconsultations dans les établissements hospitaliers.

B - Une érosion partiellement imputable aux réticences des médecins

La diminution du nombre de téléconsultations depuis 2021 n'est certes pas une spécificité française[17]. Mais leur niveau observé, faible, est très éloigné de ceux constatés au Royaume-Uni[18], en Espagne et en Estonie[19], où plus du tiers de l'activité de consultation en médecine générale se fait à distance. Il n'existe pas non plus en France de système volontariste de consultation à distance comme c'est le cas par exemple au Danemark[20]. Les données de l'Organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE)[21] corroborent ce constat comparé (cf. graphique n° 3).

[17] En Allemagne, le nombre de téléconsultations réalisées par l'ensemble des spécialités médicales (y compris les psychothérapeutes) a diminué de 24 % en 2022, puis de 18 % en 2023 (3,5 millions de téléconsultations en 2021, puis 2,7 millions en 2022 et 2,2 millions en 2023).

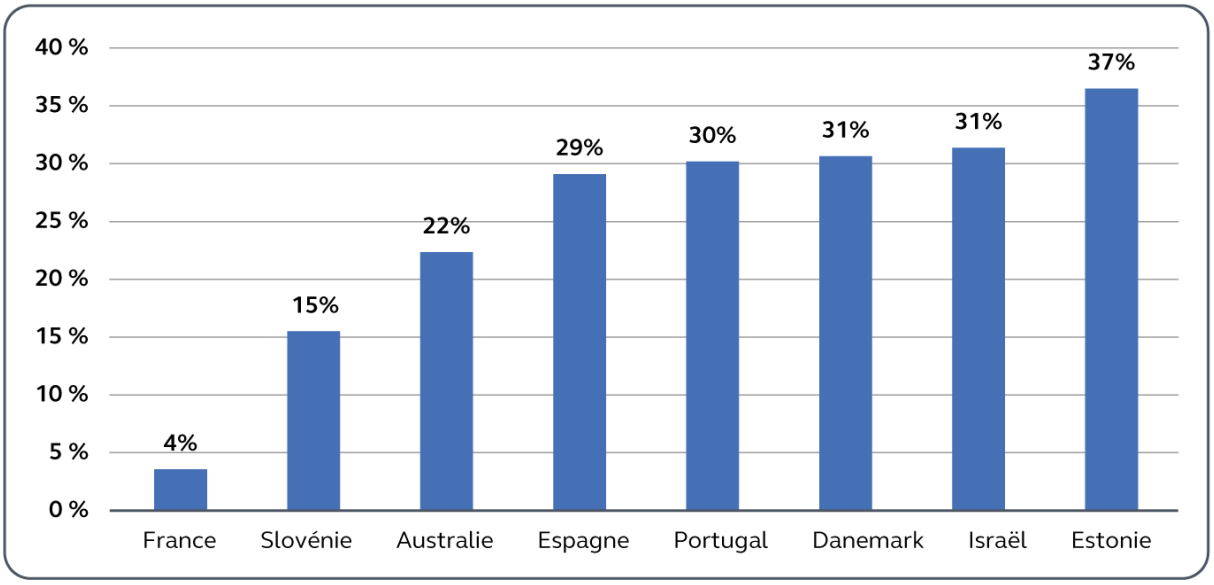
[18] En mars 2023, la proportion des rendez-vous médicaux téléphoniques ou en téléconsultation s'élevait à 27 % (National Audit Office, *Access to unplanned or urgent care*, juin 2023, p. 24). Au Royaume-Uni, dans le cadre d'une approche graduée, le NHS cherche à offrir une option « numérique d'abord » (*Digital First*) pour la plupart des patients, permettant des consultations en face à face plus longues avec les cliniciens lorsque les patients le souhaitent ou en ont besoin (NHS, *NHS Long Term Plan*, chap. 5).

[19] En 2022, les téléconsultations représentaient dans ce pays 52 % des consultations en médecine générale, contre 54 % en 2021.

[20] La convention collective des médecins généralistes au Danemark prévoit que le médecin est disponible pour des consultations téléphoniques *« tous les jours du lundi au vendredi pendant une ou plusieurs heures, mais au moins pendant une heure par jour »*.

[21] OCDE, données 2024 et *The COVID-19 Pandemic and the Future of Telemedicine*, janvier 2023.

Graphique n° 3 : proportion de téléconsultations dans l'activité de consultation annuelle des pays de l'OCDE où ces actes sont les plus développés (2022)



Source : Cour des comptes, d'après données OCDE (Statistiques sur la santé, 2024)

Comparativement, les médecins français et leurs syndicats se montrent plus critiques vis-à-vis de la télémédecine, plus particulièrement des actes réalisés par les plateformes de téléconsultation[22], que leurs homologues étrangers.

Selon certains de ces syndicats, si le médecin traitant peut prendre en charge certaines demandes de soins en téléconsultation, les sociétés de téléconsultation salariant des médecins risquent de désorganiser le système de soins, en incitant les médecins à moins s'installer en cabinet ou à les détourner du suivi de patients au long cours. En effet, les malades chroniques, qui nécessitent des consultations longues, seraient moins bien pris en charge au regard du temps passé. La téléconsultation encouragerait ainsi le nomadisme médical, au détriment des parcours et de la qualité des soins.

Pour sa part, le Collège de la médecine générale a également précisé ne pas vouloir *« une médecine inflationniste, qui cultive l'anxiété dans une fuite en avant de recours à l'offre et aux examens complémentaires »*[23] et a dénoncé les dérives des téléconsultations en soins primaires en 2022. En octobre 2021, l'Académie nationale de médecine préconisait pour sa part *« de ne pas avoir recours sauf urgence à la téléconsultation sans consultation "physique" antérieure »*[24], à rebours de la suppression concomitante du principe de connaissance préalable dans la convention médicale.

[22] À titre d'exemple, en décembre 2023, MG France a critiqué les plateformes et les cabines de téléconsultation qui se traduisent par *« le développement d'une offre commerciale souvent coûteuse et qui n'apporte le plus souvent aucun bénéfice au système de santé »*.

[23] Courrier du président du collège au Conseil national de l'ordre des médecins du 4 décembre 2020.

[24] P. Jaury *et al.*, rapport nº 21-08, *La téléconsultation en médecine générale : une transformation en profondeur dans la façon de soigner*, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, vol. 205, Issue 8, 2021, p. 852-856.

En tout état de cause, les téléconsultations ne suscitent pas d'enthousiasme au sein de la profession médicale : en 2021, seuls 53 % des médecins interrogés par leur Ordre national jugeaient leur développement comme une évolution plutôt bonne, voire très bonne, et 35 % l'estimaient même plutôt mauvaise, voire très mauvaise[25].

À l'instar des sociétés de téléconsultation, certains médecins peuvent cependant avoir une position très favorable aux téléconsultations et, plus généralement, à la télémédecine. Tel est le cas du groupe de réflexion consacré à la santé numérique et à la télésanté (cf. annexe n° 3), dont l'objectif affiché est *« de contribuer à la transformation du système de santé, en particulier dans le domaine des parcours associant les soins distanciels et les soins présentiels au niveau d'un territoire de santé, lesquels demandent de nouvelles organisations professionnelles. Ces parcours de santé "hybrides" doivent bénéficier en premier lieu aux patients atteints de maladies chroniques ».*

C - Un profil de patient très différent de celui des patients en cabinet médical

1 - Une forme de médecine essentiellement urbaine et principalement francilienne

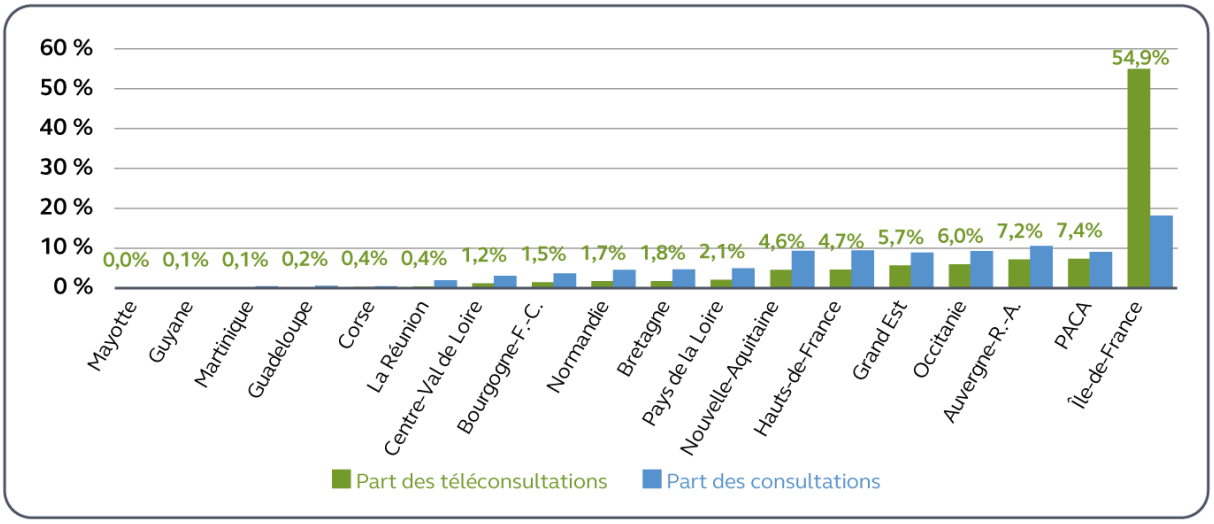
Les jeunes médecins, installés dans les territoires les plus urbains, recourent plus fréquemment aux téléconsultations que leurs confrères. Selon une étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)[26], en 2021, ces actes représentaient 4,8 % de l'activité des médecins généralistes libéraux de moins de 40 ans, contre 2,5 % de celle de leurs confrères de 65 ans ou plus.

La part des téléconsultations dans l'activité de consultation des médecins libéraux et des centres de santé est portée par la région Île-de-France. En 2023, hors cette région, où cette proportion atteignait 10,5 %, la part moyenne nationale des téléconsultations dans l'offre de consultation était de seulement 1,9 %, soit à peine une consultation sur cinquante. Les régions et départements ultramarins sont caractérisés par les plus faibles taux de téléconsultation (moins de 1 % à Mayotte, en Martinique, en Guyane et à la Réunion).

Plus de 50 % des téléconsultations d'un médecin libéral ou d'un centre de santé ont lieu en Île-de-France, contre un peu moins d'une consultation médicale sur cinq (18 %) pour cette même région (cf. graphique n° 4). Inversement, les téléconsultations sont comparativement peu développées dans les régions caractérisées par une faible densité médicale[27].

[25] Conseil national de l'ordre des médecins, 2022, *Soigner demain. « La parole aux médecins »*, p. 25.
[26] Drees, *Études et résultats*, n° 1249, décembre 2022, « Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021 ».
[27] C'est en particulier le cas pour le Centre-Val de Loire (256 médecins pour 100 000 habitants, au 1er janvier 2023, selon l'Insee), la Normandie (294), les Pays de la Loire (299) et les Hauts-de-France (299).

Graphique n° 4 : répartition géographique des consultations et des téléconsultations des médecins libéraux et des centres de santé par région (2023)

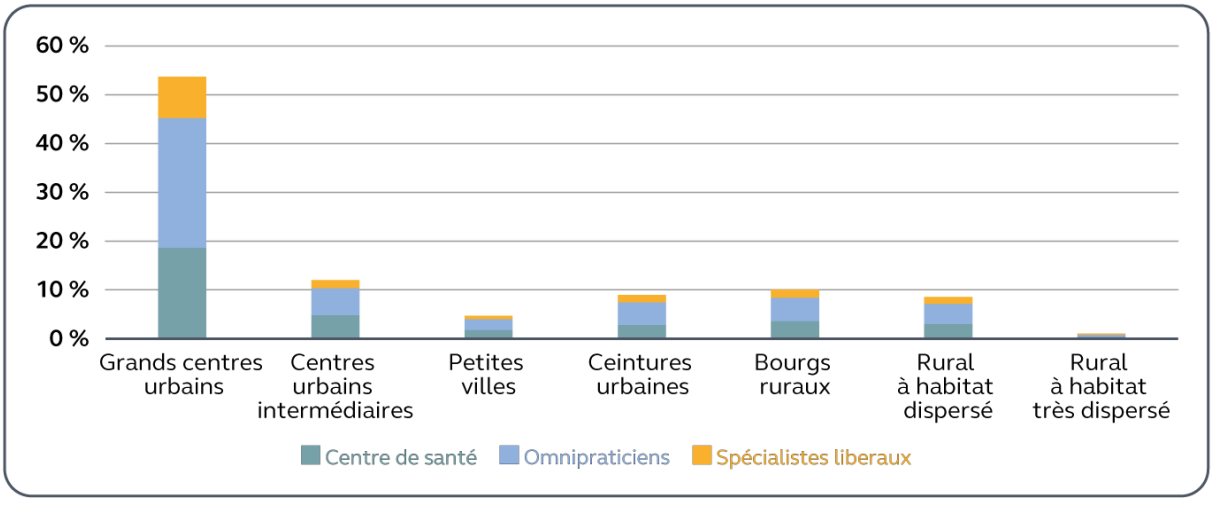


Note de lecture : Batônnets verts : part dans le nombre de téléconsultations réalisées en France. Batônnets bleus : part dans le nombre de consultations réalisées en France. Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

2 - Des patients téléconsultants résidant dans des grands centres urbains

Plus de la moitié des téléconsultations concernent des patients résidant dans des grands centres urbains (cf. graphique n° 5)[28]. Inversement, les téléconsultations sont quasi absentes des zones rurales à habitat très dispersé (1,0 % des actes effectués dans ces zones).

Graphique n° 5 : répartition des téléconsultants selon la densité des communes en 2023



Source : Cour des comptes d'après données Cnam

[28] Typologie de densité (sept niveaux) Insee : la grille communale de densité permet de classer les communes en fonction du nombre d'habitants et de la répartition de ces habitants sur leur territoire. Plus la population est concentrée et nombreuse, plus la commune est considérée comme dense.

En 2022, environ 52 % des patients adultes ayant bénéficié de téléconsultations de médecins généralistes résidaient ainsi dans des zones densément peuplées qui ne regroupaient pourtant que 38 % de la population française. Inversement, 21 % des patients concernés résidaient dans des communes peu ou très peu denses qui regroupaient un tiers de la population.

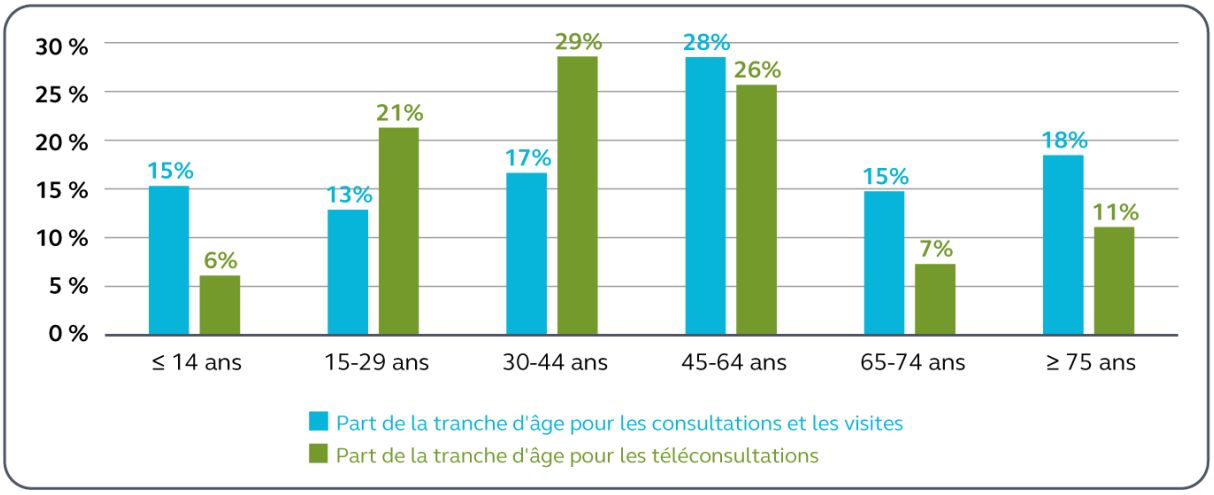
Ce constat n'est pas spécifique à la France. En Allemagne, en 2023, 78 % des patients téléconsultants étaient situés dans des zones urbaines. Au Danemark et en Suède, les téléconsultations par vidéotransmission restent également concentrées dans les grandes villes.

Ces données doivent être appréhendées dans un contexte de difficultés d'accès aux soins dans les territoires ruraux ou dans d'autres zones urbaines et péri-urbaines souffrant d'un déficit d'offre médicale. Ce déficit concerne également des zones de l'Île-de-France. Dans son baromètre d'opinion publié en juillet 2024, la Drees a relevé que deux personnes sur dix n'ont vu aucun médecin durant l'année 2023. Ils sont près de 30 % dans ce cas dans les territoires ruraux, contre 20 % dans les unités urbaines de moins de 100 000 habitants et 15 % dans les unités urbaines plus peuplées. Selon ce même baromètre, 70 % des personnes interrogées pensent que les téléconsultations sont un moyen de lutter contre les déserts médicaux.

3 - Une patientèle jeune et majoritairement féminine

L'important recours aux téléconsultations chez les jeunes contraste fortement avec leur recours aux autres formes de consultation médicale. En 2023, les patients âgés de 15 à 44 ans représentaient 30 % du nombre des consultations et 50 % de celui des téléconsultations (cf. graphique n° 6). À partir de 65 ans, le nombre de consultations et de visites au domicile du patient est supérieur au nombre de téléconsultations.

Graphique n° 6 : structure par âge de la patientèle des médecins généralistes (2023)



Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

Les jeunes adultes sont ainsi surreprésentés parmi les téléconsultants. C'est particulièrement le cas en Île-de-France où la prédominance des jeunes dans les patients qui téléconsultent est plus marquée qu'ailleurs et s'est renforcée en 2024.

Cette surreprésentation des jeunes s'explique en partie par le fait qu'ils sollicitent deux fois plus que le reste de la population des soins non programmés[29], lesquels constituent une part importante de la médecine à distance. La téléconsultation correspond alors à un besoin particulier de personnes présentant des symptômes d'affections aiguës bénignes auxquels les médecins des plateformes (pour partie des urgentistes) sont formés. En l'absence de téléconsultation, ce besoin ne pourrait être satisfait que par le recours aux urgences hospitalières, en raison des défaillances de la permanence des soins et du refus de nouveaux patients par certains praticiens[30].

La surreprésentation des patients jeunes parmi les téléconsultants se retrouve dans d'autres pays et peut même être encore plus marquée, comme en Allemagne où 61 % des téléconsultants avaient moins de 40 ans en 2021.

À l'inverse, les mineurs sont sous-représentés parmi les téléconsultants, bien qu'ils représentent un quart des passages aux urgences hospitalières et qu'un quart de ces derniers se traduise par un simple examen clinique[31].

Les patients plus âgés, avec des pathologies plus lourdes, nécessitent davantage de consultations au cabinet médical ou à leur domicile. Cette situation pourrait également s'expliquer par l'illectronisme qui, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), ne touche que 15 % des personnes de 15 ans ou plus en 2021 et s'accroît nettement avec l'âge[32].

Par ailleurs, le recours aux téléconsultations est une pratique majoritairement féminine. En 2024[33], comme antérieurement[34], les femmes représentent 62 % des patients téléconsultants, et même 64 % au premier semestre 2024 en Île-de-France. Cette caractéristique n'est pas spécifiquement française. La même proportion était observée en Allemagne en 2023 et le constat est analogue en Angleterre (cf. annexe n° 3). Aux États-Unis, en 2022, 34 % des femmes de plus de 18 ans déclaraient avoir eu recours à la télémédecine, contre 26 % pour les hommes[35].

---

[29] Mesnier T. *et al.*, 2018, *Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires*, rapport remis à la ministre des solidarités et de la santé.

[30] Drees, *Études et résultats*, « Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients », n° 1301, mai 2024 : depuis 2022, deux médecins sur trois ont refusé de nouveaux patients comme médecin traitant, contre un tiers en 2019. 33 % des patients de la société de téléconsultation Qare déclarent s'être tournés vers une téléconsultation car ils ne trouvaient pas de médecin disponible en présentiel.

[31] Selon les données de la Fédération des observatoires régionaux des urgences, les mineurs représentaient 25 % des passages aux urgences hospitalières en 2023 (4,02 millions de résumés de passages aux urgences) et 38 % d'entre eux étaient âgés de 10 à 17 ans.

[32] Insee, *Enquête annuelle auprès des ménages sur les technologies de l'information et de la communication*, juin 2023. Plus d'une personne de 60 ans ou plus sur trois est en situation d'illectronisme. Plus de 28 % des usagers d'internet ont des capacités numériques faibles.

[33] DCGDR Île-de-France, *Analyse comparée des téléconsultations des médecins généralistes libéraux et des plateformes dédiées à la télémédecine*, juillet 2024.

[34] Drees, *Études et résultats*, n° 1249, décembre 2022, « Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021 ».

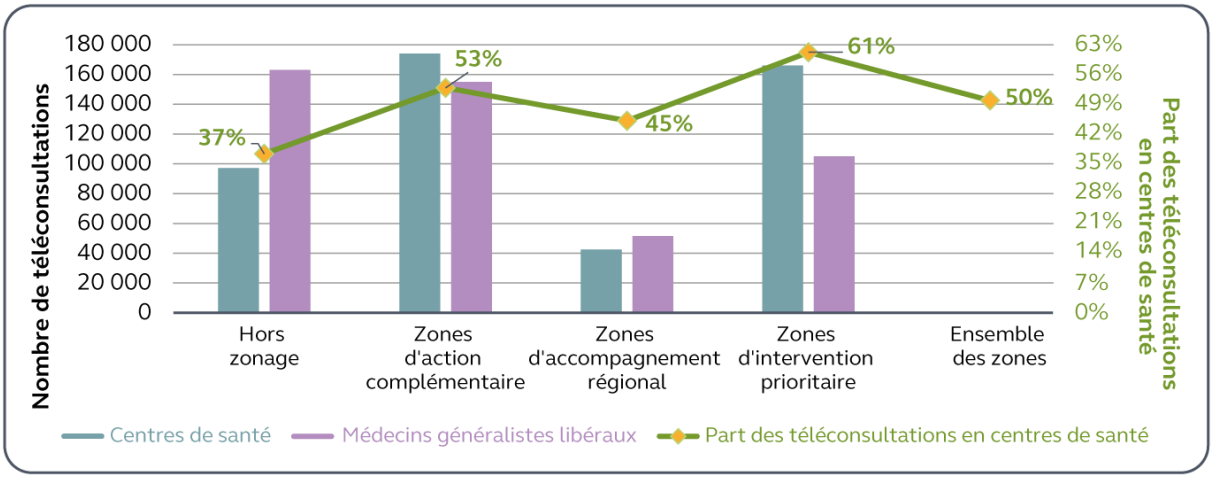
[35] L'écart était plus élevé en 2021, avec 42,0 % de femmes, contre 31,7 % pour les hommes (*U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistic*s, *op. cit*.).

Une société de téléconsultation (*Medadom*) explique cette différence par le fait que, d'une part, les femmes présentent des pathologies spécifiques qui peuvent être aisément prises en charge avec une consultation en ligne comme les cystites aiguës simples sans risques de complications et que, d'autre part, les femmes accompagnent davantage les enfants en consultation. À ce dernier titre, elles représentent les trois quarts des accompagnateurs d'enfants de moins de dix-sept ans qui téléconsultent pour des affections courantes comme l'otite ou la gastroentérite, ainsi que pour les vaccinations.

4 - Une situation contrastée pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire

Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), qui vise à réduire le coût des dépenses de santé des personnes disposant de ressources modestes en ouvrant droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé[36], recourent activement aux téléconsultations sur les plateformes. Au niveau national, les téléconsultations en médecine générale de ces bénéficiaires se répartissent pour moitié entre les centres de santé et les médecins libéraux, avec de fortes variations selon les zones (cf. graphique n° 7).

Graphique n° 7 : répartition des téléconsultations des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire en 2023 selon les zonages



Note de lecture : en bleu, nombre de téléconsultations en centres de santé des bénéficiaires de la C2S ; en violet, nombre de téléconsultations de médecins libéraux par les bénéficiaires de la C2S ; courbe en vert, part de téléconsultations en centres de santé dans le total des téléconsultations des bénéficiaires de la C2S.
Source : Cour des comptes, d'après données SNDS

En Île-de-France comme en Grand Est, les bénéficiaires de la C2S sont surreprésentés parmi les téléconsultants qui recourent aux plateformes. La part des téléconsultations de bénéficiaires de la C2S dans l'ensemble des téléconsultations a certes diminué en Île-de-France entre 2023 et 2024, passant de 19 % à 14,5 %, avec un taux plus important pour les téléconsultations *via* les plateformes (22 %) que pour les autres (13 %). Pour autant, cette

[36] Part du tarif de la sécurité sociale non prise en charge par les caisses primaires de l'assurance maladie.

proportion reste plus élevée que la proportion des bénéficiaires de la C2S, à savoir 9,1 % de la population francilienne en janvier 2024 et 10,3 % de la population métropolitaine en 2023[37].

En Grand Est, en 2023, les bénéficiaires de la C2S représentaient 24 % des téléconsultations réalisées par les plateformes, contre 16 % de celles réalisées par les médecins généralistes libéraux. Ces bénéficiaires étaient également surreprésentés parmi les bénéficiaires d'au moins une téléconsultation (14 %) au regard de leur poids dans la population régionale (9 %).

Toutefois, au niveau national, en 2022 et à caractéristiques des patients comparables[38], les bénéficiaires de la C2S ont moins recouru aux téléconsultations que l'ensemble des patients ayant vu un médecin généraliste ; la différence était plus marquée pour les téléconsultations hors plateforme que pour celles réalisées *via* une plateforme[39]. Ce constat qui repose sur la neutralisation de certaines variables, donc des différences entres patientèles comparées, nuance ainsi l'hypothèse d'un recours actif aux téléconsultations des bénéficiaires de la C2S.

Dans sa réponse aux observations provisoires formulées par la Cour des comptes, la DGOS a indiqué qu'elle s'attacherait particulièrement à accompagner de manière rapprochée les publics prioritaires ayant recours aux plateformes de téléconsultation.

III - Des coûts de prise en charge maîtrisés

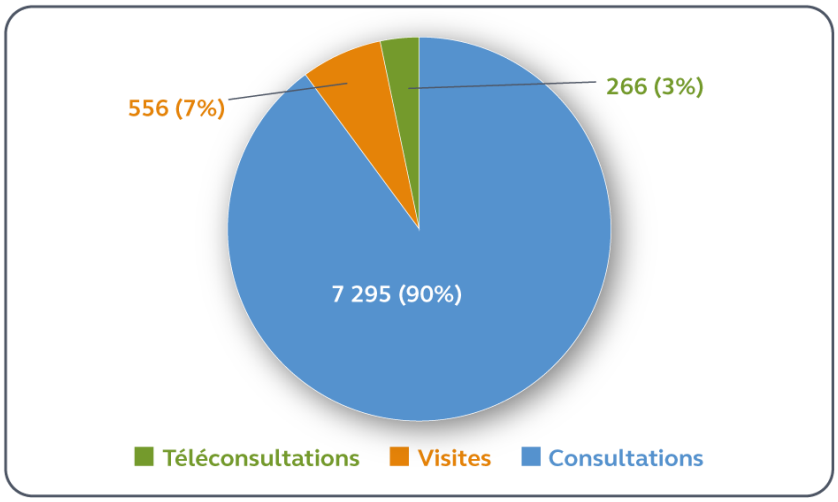
Les remboursements des téléconsultations représentent une faible part dans les dépenses de consultation médicale (A). Les montants versés aux infirmiers au titre de l'accompagnement des téléconsultations sont également très modestes (B).

A - Une part minime dans les dépenses de santé

En 2023, les montants remboursés des téléconsultations ne représentaient que 3 % des remboursements de l'ensemble des consultations (contre 5,5 % en 2020), à savoir 266 M€ sur 8,1 Md€ (cf. graphique n° 8).

[37] Commission des comptes de la sécurité sociale, *Les comptes de la sécurité sociale 2024*, 2024, p. 110.
[38] Âge, sexe, au moins une pathologie chronique et médecin traitant déclaré.
[39] Cnam, *Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2025. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, juillet 2024.

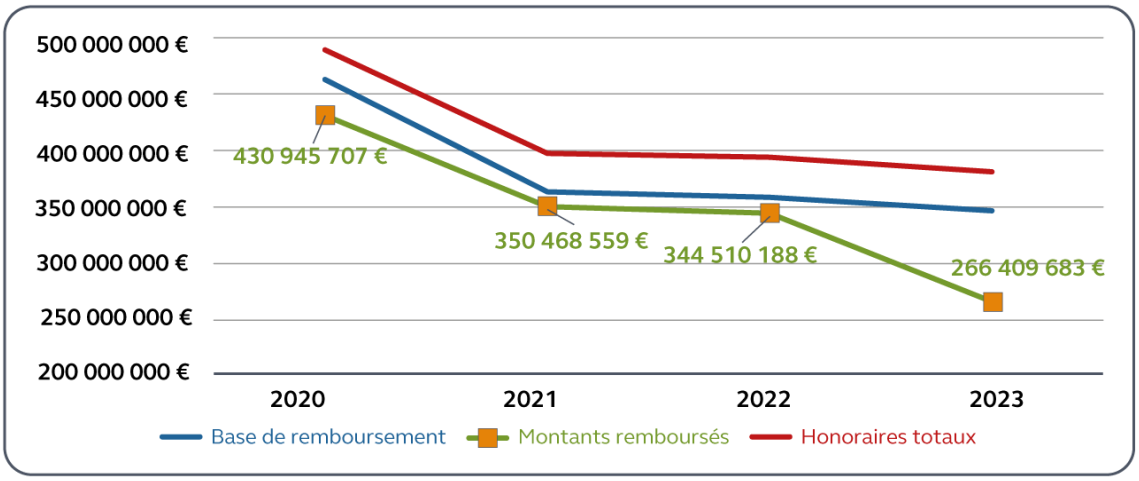
Graphique n° 8 : répartition par type des montants de consultations remboursés par l'assurance maladie, en millions d'euros (2023)



Note de lecture : les montants sont exprimés en millions d'euros (exemple : 266 M€ remboursés au titre des téléconsultations).
Source : Cour des comptes, d'après données Cnam (site internet Ameli.fr, dépenses en date de remboursement)

L'évolution des montants des honoraires totaux[40] et des remboursements par l'assurance maladie des téléconsultations montre la lente érosion de celles-ci depuis 2020, comme l'illustre le graphique n° 9 ci-dessous.

Graphique n° 9 : évolution des montants des honoraires totaux des téléconsultations et des remboursements associés par l'assurance maladie obligatoire (2020-2023)



Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam. Le taux de remboursement, fixé à 100 % jusqu'au 30 septembre 2022, a été abaissé à 70 % depuis lors.

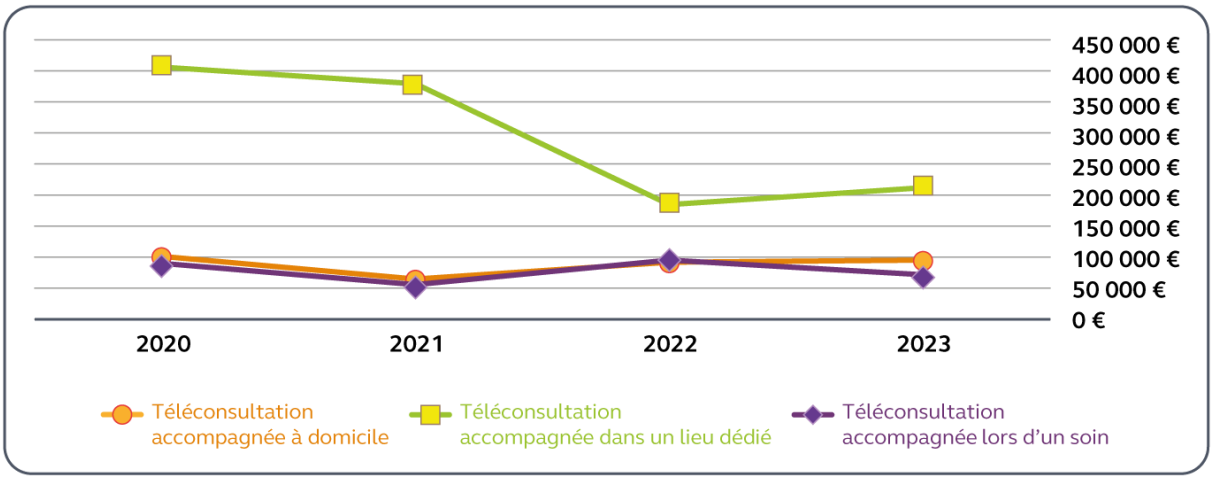
[40] Il s'agit du montant des honoraires totaux perçus par l'ensemble des professionnels de santé libéraux actifs à part entière, y compris les dépassements d'honoraires et les frais de déplacement (en euros).

En 2022, ces remboursements représentaient seulement 0,14 % de la consommation de soins et de biens médicaux[41].

B - Des montants très modestes versés aux infirmiers

L'infirmier peut assister le patient lors d'une téléconsultation réalisée à la demande d'une sage-femme ou d'un médecin. La valorisation de l'accompagnement dépend de la situation : 10 € quand l'acte est réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu, 12 € quand l'acte est réalisé isolément dans un lieu consacré aux téléconsultations (télécabine, bus connecté…) et 15 € quand l'acte est organisé de manière spécifique à domicile[42]. Selon les syndicats infirmiers, cette pratique reste très peu répandue en raison du faible montant des tarifs conventionnels par rapport au temps passé à l'accompagnement (cf. graphique n° 10).

Graphique n° 10 : évolution des montants remboursés au titre des téléconsultations accompagnées par des infirmiers (2020-2023)



Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

[41] Cette consommation représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Elle inclut les biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée ; en revanche, elle exclut les dépenses relatives à la gestion et au fonctionnement du système et les soins de longue durée (source : Drees, *Les dépenses de santé en 2022*, 2023).

[42] Lorsque la téléconsultation est réalisée au domicile du patient au cours d'une séance de soins infirmiers, cet acte est associable à taux plein avec les actes réalisés au cours cette séance. Il est également cumulable avec des indemnités de déplacement.

CONCLUSION

Les téléconsultations, qui renvoient à une diversité de modèles, représentent une faible part des actes médicaux (3,2 % pour les médecins libéraux et les centres de santé, 1,4 % pour le secteur hospitalier en 2023). Après leur essor lié à la pandémie de covid 19, elles connaissent désormais une lente érosion. La part des sociétés de téléconsultation progresse, alors que celle des médecins généralistes et spécialistes et des établissements de santé diminue. En 2023, l'assurance maladie a remboursé 266 M€ d'actes à distance, soit 3 % des remboursements de l'ensemble des consultations (8,1 Md€).

Les médecins installés qui pratiquent la téléconsultation sont jeunes. Les profils des médecins salariés des sociétés de téléconsultation sont diversifiés (médecins libéraux, retraités, médecins hospitaliers/urgentistes, etc.). Les téléconsultants sont jeunes, résidant dans des grands centres urbains et à majorité féminine. Ils trouvent souvent une réponse rapide à une pathologie généralement bénigne. Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire font partie des publics bénéficiant des téléconsultations des plateformes, mais dans une proportion moindre que l'ensemble des patients ayant vu un généraliste.

Chapitre II

Une divergence entre les pratiques et les objectifs poursuivis

La stratégie de recours aux téléconsultations reste aujourd'hui à clarifier tant celles-ci ne peuvent se réduire à une simple modalité de consultation médicale (I). Le développement de ces actes médicaux à distance doit mieux cibler les zones et les publics prioritaires afin d'améliorer l'accès aux soins (II). Enfin, les téléconsultations devraient davantage contribuer à l'efficience du système de soins (III).

I - Une stratégie globale à clarifier

Le recours aux téléconsultations dans l'offre de soins souffre de certaines ambiguïtés. La politique de télésanté se caractérise par un pilotage ministériel insuffisamment affirmé (A), tandis que les indicateurs de suivi associés aux téléconsultations mériteraient d'être affinés et les objectifs prioritaires clarifiés (B).

A - Un pilotage marqué par l'absence d'un chef de file effectif

Le ministère chargé de la santé, en particulier la direction générale de l'offre de soins (DGOS), pilote la politique publique de télésanté, en lien étroit avec la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et l'agence numérique en santé (ANS). La DGOS est responsable de l'organisation de l'offre de soins en établissement de santé et en ville, au regard des besoins de la population. Elle assure, à cet effet, l'égal accès aux soins ainsi que la qualité et la sécurité des soins en veillant à réduire les inégalités territoriales[43]. Cette direction comprend un département « Santé et transformation numérique » et ses bureaux de « l'accès territorial aux soins » et de la « prise en charge en santé mentale et des publics vulnérables » interviennent sur les orientations de fond de la politique menée.

[43] Article D. 1421-2 du code de la santé publique.

Dans son rôle de présidence de fait du conseil national de pilotage des agences régionales de santé[44], le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales coordonne les actions menées par ces agences dans le champ de la télémédecine, avec l'appui de la DGOS.

La direction de la sécurité sociale (DSS) prend part à la régulation des enjeux financiers liés aux téléconsultations, en particulier lors de la préparation des projets de loi de financement de la sécurité sociale ; elle assure le suivi des négociations conventionnelles entre la Cnam et les représentants des professions de santé.

La délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) est chargée depuis fin 2019, en s'appuyant sur l'ANS, de définir et mettre en œuvre la stratégie du numérique en santé. Le décret l'instituant[45] lui donne une mission vaste, lui confiant le pilotage des chantiers de transformation numérique en santé et l'animation de la gouvernance du numérique en santé. La DGOS continue d'assurer le pilotage métier de la politique publique de télésanté. La DNS se charge, dans le cadre du pilotage de la feuille de route du numérique en santé, des aspects relatifs aux systèmes d'information, et oriente en particulier le travail effectué par l'ANS de définition des référentiels fonctionnels et du cadre d'interopérabilité spécifiques aux outils numériques de télésanté.

En novembre 2022, la Cnam a, pour sa part, créé un département « Télésanté et innovation numérique », rattaché à sa direction déléguée à la gestion et à l'organisation de l'offre de soins. Celui-ci vise le développement des outils numériques et d'usages au service d'une stratégie de structuration des parties prenantes de la santé numérique. En pratique, le rôle de la Cnam dépasse amplement celui de financeur de la politique publique : elle fixe le cadre juridique et les modalités de facturation des téléconsultations et des actes associés après négociation avec les organisations représentatives des professionnels de santé.

Ce pilotage éclaté de la politique de télésanté est complexe car il implique un grand nombre d'acteurs publics mais il apparaît globalement structuré. Trois points méritent toutefois de retenir l'attention.

En premier lieu, le pilotage de la DGOS est insuffisamment affirmé. Le cadrage des projets locaux susceptibles d'être financés est insuffisant, voire inexistant. De même, la définition des objectifs et des indicateurs associés aux téléconsultations, la mobilisation des établissements de santé ou encore le pilotage du développement de la télémédecine dans les établissements pénitentiaires depuis 2019 apparaissent très perfectibles (cf. *infra* II. B. 4 du présent chapitre).

En deuxième lieu, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) est peu impliquée dans le déploiement de la télésanté dans les établissements et services médico-sociaux. Alors que la DGOS[46] est chargée des travaux portant sur la télésanté dans ces derniers, l'implication de la DGCS dans ce sujet apparaît essentielle, au regard de l'importance des freins spécifiques et structurels constatés (cf. *infra* II. B. 3 du présent chapitre). Or, l'organisation de la DGCS ne

[44] Article D. 1433-1 du code de la santé publique.

[45] Décret nº 2019-1412 du 20 décembre 2019 modifié portant diverses dispositions relatives à l'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales.

[46] Sous-direction de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital, bureau P3, prise en charge en santé mentale et publics vulnérables.

comporte pas de référent ou d'équipe projet en charge du numérique dans les établissements. Dans le contexte du « Ségur de la santé », où un financement de 600 M€ sur cinq ans[47] avait été annoncé pour le numérique en établissement social et médico-social, le renforcement du temps consacré au numérique par cette direction se justifierait afin de prendre en charge les questions de télésanté.

En dernier lieu, la direction générale de la santé (DGS) apparaît en retrait sur la question de la qualité et de la sécurité des soins, qui fait pourtant l'objet de controverses et souffre d'être insuffisamment documentée à l'échelle nationale. Le suivi des missions confiées en la matière aux conseils nationaux professionnels au cours des dernières années s'est révélé trop lâche (cf. *infra* III. B. 1. a du chapitre III).

B - Une stratégie aux objectifs et aux indicateurs peu cohérents

Les objectifs associés au développement des téléconsultations sont divers et peu soutenus par l'identification et la mobilisation effective de leviers efficaces (1). Les indicateurs de suivi du développement de ces actes médicaux reflètent mal l'objectif prioritaire d'accès aux soins (2) et font douter de l'existence d'une stratégie publique claire (3).

1 - Des objectifs non priorisés, en partie contradictoires et reposant sur des leviers peu identifiés

a) Des objectifs nombreux, non priorisés et en partie contradictoires

Les objectifs invoqués dans les documents généraux en matière de télésanté par les pouvoirs publics sont de nature diverse et ont pu varier. Ils concernent l'accès aux médecins spécialistes[48] et aux soins de populations spécifiques - résidents en Ehpad, patients souffrant d'une affection longue durée (ALD)[49], personnes handicapées, personnes détenues et patients nécessitant des soins urgents - mais aussi de l'ensemble de la population, en particulier dans les zones souffrant d'un déficit en offre de soins. La convention médicale du 4 juin 2024 précise ainsi que *« le déploiement de la télémédecine (téléexpertise et téléconsultation) participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous. »* Ce développement était un engagement du pacte « Territoire-santé » de lutte contre les déserts médicaux dès 2012. Les conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2018-2022 et 2023-2027, ainsi que la feuille de route du numérique en santé 2023-2027 fixent également cet objectif.

Les objectifs invoqués ont également trait à l'amélioration de l'organisation du système de santé, grâce à une coordination accrue entre les professionnels de santé par le partage d'informations et d'avis entre professionnels, et au rôle dévolu aux structures d'exercice coordonné des soins, aux hôpitaux de proximité et aux services d'accès aux soins (SAS).

[47] Ces crédits ont été prévus par le Plan national de relance et de résilience.
[48] Voir, à titre d'exemple, le schéma régional de santé 2023-2028 de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur, p. 94.
[49] En 2021, 13,7 millions de personnes, soit 20 % de la population, étaient reconnues en ALD par l'assurance maladie et bénéficiaient à ce titre d'une couverture sociale renforcée.

Les téléconsultations sont également censées permettre d'enrichir l'offre de soins, notamment en évitant les renoncements aux soins[50]. Enfin, un objectif de continuité des soins et de limitation de la propagation du coronavirus a été poursuivi pendant la crise sanitaire ; le ministère chargé de la santé a ainsi promu l'usage de la télésanté, par une réglementation provisoire et par des recommandations aux professionnels de santé et aux structures sanitaires et médico-sociales allant dans ce sens.

Historiquement, l'objectif d'efficience a également été promu, par exemple dans l'étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, sous l'angle des hospitalisations et des transports évités en particulier. Enfin, les téléconsultations sont censées permettre une amélioration de la qualité des prises en charge, notamment pour le suivi à distance des patients atteints de pathologies chroniques et l'amélioration des soins dans un contexte de développement de la médecine ambulatoire.

Cependant, ces objectifs varient d'un texte à l'autre et ne sont jamais formalisés, ni articulés clairement entre eux au service d'une stratégie cohérente et pérenne. Par exemple, la stratégie « Ma Santé 2022 » ciblait plus spécifiquement l'accompagnement des Ehpad, des structures d'exercice coordonné des soins et des hôpitaux de proximité, tandis que les conclusions du « Ségur de la santé » visaient l'accès à la télémédecine des patients handicapés. Pour sa part, l'objectif d'efficience n'est plus évoqué.

Plus fondamentalement, le rôle attendu des téléconsultations dans l'accès aux soins reste à préciser. Les conventions nationales des professionnels médicaux fixent un cadre contraignant, à l'image du plafonnement de l'activité médicale à distance, sans doute nécessaire mais peu propice au développement de ces actes et ne facilitant pas l'atteinte des objectifs affichés par les pouvoirs publics. L'État a abandonné la fixation *ex ante* d'une cible quantitative de téléconsultations telle qu'elle existait dans la convention qui le liait à la Cnam pour la période 2017-2022.

Il existe une tension structurelle entre l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante et le respect du parcours de soins coordonnés imposé pour recourir aux téléconsultations. Hors exceptions, ce dernier suppose le recours à un médecin traitant ou à une orientation initiale par celui-ci s'il ne réalise pas l'acte. Par construction, ce principe légitime contredit l'une des ambitions de la médecine à distance et le développement des téléconsultations est mis à mal par la pénurie de professionnels médicaux dans de nombreux territoires.

Alors même que les téléconsultations sont requises par les pouvoirs publics pour améliorer l'accès aux soins et l'organisation des soins, la Cnam ne les considère pas comme une simple modalité alternative des consultations en présence du patient. Dans sa charte de bonnes pratiques de la téléconsultation (2022), elle estimait ainsi que *« si la téléconsultation peut constituer une aide à la prise en charge d'un patient, la consultation en présentiel reste l'acte de référence, notamment parce que l'examen clinique est le pilier de la prise en charge du patient. La consultation en présentiel doit ainsi être privilégiée dans les situations où elle est possible. »*

[50] Haute Autorité de santé, 2019, *Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise ; Guide de bonnes pratiques*.

L'identification d'un acte de référence qui serait la consultation au cabinet médical paraît en retrait des recommandations d'autres acteurs comme la Haute Autorité de santé (HAS). À titre d'exemple, dans ses recommandations formulées sur la prise en charge du trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), en septembre 2024, celle-ci a estimé que la télémédecine, en particulier pour le suivi des patients, permet de *« faciliter l'accès aux soins et à l'expertise médicale face aux difficultés d'accès à un spécialiste du TDAH »*[51].

b) Des leviers à mieux utiliser

Le développement de la télémédecine n'est pas soutenu par des leviers d'action efficaces et clairement identifiés.

Cette lacune est patente dans les accords conventionnels interprofessionnels (ACI). Par exemple, l'accord relatif aux communautés professionnelles territoriales de santé ne comprend pas d'« *indicateurs de suivi et de financement des missions* » relatifs à la télémédecine. Pour sa part, le guide méthodologique d'élaboration du dispositif ORSAN[52] régional (2024) évoque à la marge les téléconsultations, au seul titre de la déprogrammation et de la reprogrammation des soins en cas de crise[53].

Après une précédente convention dont la priorité en la matière était l'entrée dans le droit commun de la télémédecine, la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2023-2027 prévoit seulement, pour 2023, la création du statut des offreurs de téléconsultation et, pour 2024, une action de communication à destination des patients, des infirmiers et des médecins pour déployer la téléconsultation assistée[54]. Aucune action dans le domaine de la télésanté n'est prévue entre 2025 et 2027. Enfin, la réglementation relative aux services d'accès aux soins (SAS) manque de précisions pour intégrer efficacement la télémédecine dans la prise en charge des patients.

Afin de garantir la bonne mise en œuvre de ces objectifs, le ministère chargé de la santé devrait les préciser et s'assurer du caractère opérationnel des dispositifs retenus, en vue de leur déclinaison par les ARS et par la politique conventionnelle de la Cnam qui pourrait cibler davantage certaines aides en fonction des zones géographiques et des publics prioritaires (cf. II du chapitre III). La prochaine convention d'objectifs et de gestion passée entre l'État et la Cnam gagnerait à mieux cibler les objectifs relatifs à des patients, des pathologies, des structures ou des zones spécifiques et à définir des indicateurs permettant de suivre leur réalisation de manière effective.

---

[51] HAS, *Trouble du neurodéveloppement / TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents. Recommandation*, septembre 2024.

[52] Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles.

[53] *« Maintenir des téléconsultations et l'organisation de circuits séparés afin d'éviter les contaminations hospitalières, recourant autant que possible aux prises en charge ambulatoires pour les mêmes raisons ».*

[54] Des pages ont été créées sur le site internet de l'Assurance maladie et, début octobre 2024, la Cnam envisageait une communication ciblée et prochaine à l'attention des médecins, des infirmiers et des patients.

2 - Des indicateurs peu en phase avec les objectifs prioritaires

Le développement de la télésanté s'inscrit aujourd'hui dans la feuille de route du numérique en santé 2023-2027, qui affiche comme ambition de *« développer l'usage de la télésanté dans un cadre régulé et éthique »*. Les politiques prioritaires du Gouvernement ont intégré deux indicateurs relatifs à la télésanté, censés être précisés par région et par département et suivis par la DGOS à partir de données fournies par la Cnam :

- la proportion des médecins de ville recourant aux téléconsultations[55], avec un objectif de 35 % d'ici fin 2025 ;
- le nombre (et la part) de patients atteints d'une pathologie chronique bénéficiant d'actes de télésanté dans leur parcours[56].

Aucun indicateur n'est consacré à l'accès aux soins dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante, alors qu'il s'agit de l'objectif principal associé à la télémédecine. La proportion de médecins recourant aux téléconsultations, telle qu'elle est calculée, apparaît peu pertinente au regard de cet objectif. Non assortie de leviers expressément identifiés, elle est insuffisamment spécifique pour évaluer la contribution de ces actes à l'accès aux soins dans les zones et pour les publics caractérisés par des difficultés d'accès aux soins. En outre, elle ne préjuge en rien de la pertinence et du niveau d'intégration des téléconsultations dans la pratique médicale dans la mesure où un seul acte suffit pour attester de leur utilisation par le médecin.

La Cnam et le ministère chargé de la santé suivent la part des téléconsultations réalisées par les centres de santé et les professionnels médicaux libéraux, ainsi que le nombre de téléconsultations facturées. Ils n'ont toutefois élaboré ni objectifs précis, ni cadre d'évaluation. Les données de facturation de l'assurance maladie sont utilisées, principalement, par les rapports annuels formulant des propositions dits « charges et produits », pour identifier les modalités de recours à ces actes. Mais en l'absence d'études médico-économiques, aucun indicateur ne permet d'évaluer l'efficacité et l'efficience des téléconsultations dans l'offre de soins.

3 - Des orientations à clarifier dans le cadre d'une nouvelle stratégie

Des assises de la téléconsultation, appelées de ses vœux par la Cnam en juillet 2024[57], devraient avoir lieu à l'été 2025, à quelques mois du terme de la procédure d'agrément des sociétés de téléconsultation, prévu à la fin de cette même année.

[55] Taux d'appropriation des téléconsultations par les médecins en ville = effectif de médecins libéraux et centres de santé ayant facturé au moins une téléconsultation / effectif de médecins libéraux et centres de santé ayant facturé au moins une consultation.

[56] Nombre de patients (et part) atteints d'une pathologie chronique bénéficiant d'actes de télésanté dans leur parcours = [patients visés au dénominateur ayant eu au moins un acte de télésanté remboursé en ville et/ou un acte de télésurveillance dans les six derniers mois] / patients vivants ayant au moins une ALD (30, hors liste ou polypathologie) active à la fin du mois M-1.

[57] Cnam, *Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2025. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, juillet 2024.

Cette échéance, qui devrait donner lieu à des rencontres aux niveaux national et territorial, doit être mise à profit par le ministère et la Cnam pour clarifier le rôle attendu des téléconsultations en général et de celles proposées par les sociétés de téléconsultation en particulier, pour conforter l'offre médicale dans les zones caractérisées par une densité médicale insuffisante et en faveur des publics jugés prioritaires. Des objectifs précis, en termes de zones et de publics cibles, ainsi que de structures mobilisées, devraient être définis pour soutenir le développement souhaité de téléconsultations mises au service des parcours de soins dans les territoires. Des indicateurs permettant de vérifier le déploiement effectif de ces actes conformément à ces orientations prioritaires doivent simultanément être définis et suivis.

Une nouvelle stratégie doit être définie à l'occasion de ces assises afin, entre autres, d'intégrer de façon efficiente les téléconsultations, dont celles des plateformes, dans la prise en charge des soins non programmés.

Ce travail à venir gagnerait à intégrer la dimension environnementale liée aux téléconsultations. À ce jour, il n'existe pas d'étude portant sur l'impact environnemental de ces actes, ce qui peut s'expliquer par la complexité à modéliser notamment les trajets évités par la médecine à distance. Il paraît toutefois raisonnable de penser que le bilan d'émissions de gaz à effet de serre est plus favorable en téléconsultation qu'en consultation en cabinet médical. Il ne semble ainsi pas démontré que les deux solutions seraient équivalentes comme le laissait penser le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024[58]. Le référentiel de téléconsultation de l'Agence du numérique en santé impose néanmoins le calcul de l'éco-score aux sociétés de téléconsultation. Cet indicateur permet d'avoir une référence d'empreinte environnementale du numérique, mais il ne permet pas de la comparer avec l'empreinte d'une consultation médicale au cabinet.

II - Un levier d'amélioration de l'accès aux soins à mieux actionner

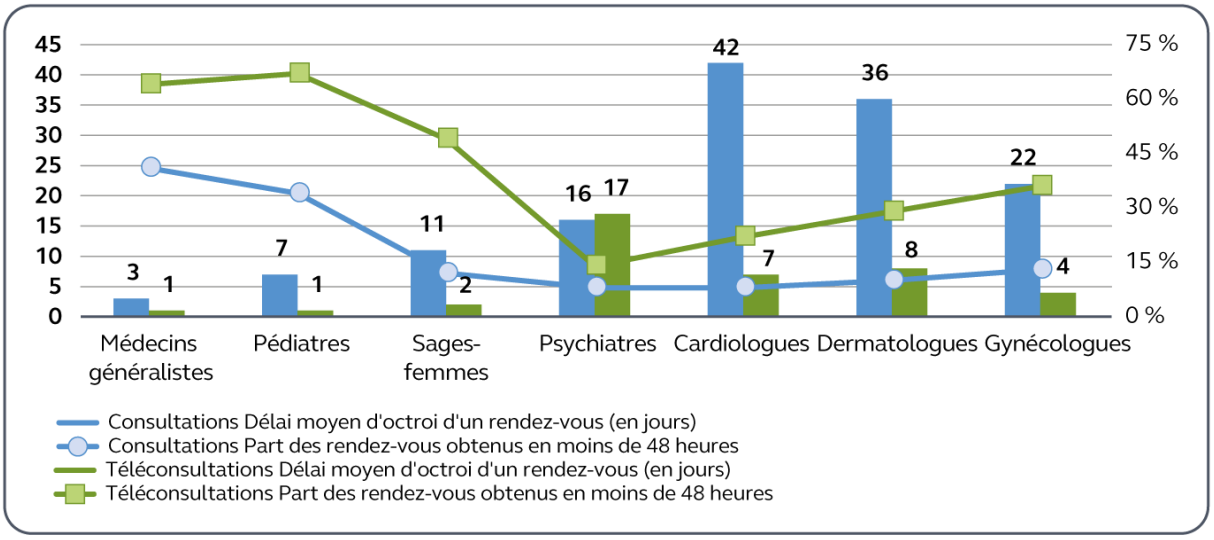
Les téléconsultations favorisent un accès plus rapide aux soins, en particulier pour certaines spécialités médicales pour lesquelles le délai moyen d'obtention d'un rendez-vous est supérieur à un mois (cf. graphique n° 11). En sens inverse, cette facilité d'accès pourrait aussi être à l'origine d'une surconsommation de soins, difficile à quantifier[59] ; ce phénomène n'est toutefois pas corroboré par la fréquence du recours aux téléconsultations[60].

[58] Ce projet de loi (p. 292-293) partait de l'hypothèse que 80 % des arrêts de travail prescrits annuellement en téléconsultation feraient l'objet d'une consultation physique en cas de modification législative. Il considérait que la question de l'impact environnemental des 360 000 arrêts de travail en jeu, qui relèveraient alors de consultations au cabinet médical ou au domicile des patients et non plus de téléconsultations, était sans objet.

[59] Une thèse de doctorat en médecine (Ingargiola, P.-A., Paris VI Sorbonne Université, *Efficacité des téléconsultations dans des cabines avec dispositifs médicaux connectés dans des lieux publics*) met par exemple en évidence que 28 % des patients d'un échantillon *« n'auraient rien fait »* en l'absence de téléconsultation, ce qui peut être en partie interprété comme une tendance à la surconsommation de soins.

[60] En 2023 comme en 2022, selon une étude de la société Medaviz portant sur 11 500 professionnels de santé, seuls 6 % des patients ont bénéficié d'au moins 4 téléconsultations. À l'inverse, 4 patients sur 5 n'avaient réalisé qu'une téléconsultation dans l'année.

Graphique n° 11 : délais moyens d'octroi des rendez-vous médicaux et part de ces rendez-vous obtenus en moins de 48 heures en 2023 par professions médicales



Source : Cour des comptes, d'après données Doctolib[61]

Les téléconsultations permettent également de suivre davantage de patients, ce qui s'explique probablement par la durée comparativement plus brève de ces actes à distance. Grâce à ses données, la société *Doctolib* a pu établir que pour certaines professions, les utilisateurs de sa solution de téléconsultation présentent des files actives (nombre total de patients pris en charge) plus importantes et suivent en moyenne davantage de patients que les autres médecins qui recourent à ses autres services[62]. Les actes à distance permettent une économie de temps pour les professionnels de santé : l'accueil des patients, leur installation dans le cabinet, la clôture de la consultation et le paiement sont réalisés en autonomie par le patient, libérant ainsi du temps médical.

En revanche, dans les zones à faible densité médicale, les téléconsultations jouent un rôle relativement mineur pour favoriser l'accès aux soins (A). Elles ont également un impact globalement faible sur l'accès aux soins des populations prioritaires (B).

A - Un impact modeste sur l'accès aux soins dans les zones prioritaires

Les téléconsultations constituent un outil parmi d'autres pour favoriser l'accès aux soins dans les *« zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins »*[63]. Ces actes médicaux restent néanmoins principalement urbains, ainsi qu'évoqué plus haut. L'impact des téléconsultations sur l'accès aux soins dans les zones

[61] Vigneron, Emmanuel, *Cartes de France de l'accès aux soins. Soignants et patients face aux inégalités territoriales*, 2024, Fondation Jean Jaurès éditions.
[62] En 2023, la file active des médecins généralistes qui utilisaient la solution de téléconsultation était en moyenne 58 % plus élevée que celle de leurs confrères ne l'utilisant pas. Ce taux s'élevait à 56 % pour les psychiatres, 32 % pour les pédiatres et 21 % pour les gynécologues.
[63] Articles L. 1434-4 et R. 1434-41 à R. 1434-43 du code de la santé publique.

prioritaires pourrait être favorisé par un assouplissement du cadre juridique en vigueur (1), dans un contexte où les organisations territoriales coordonnées et les hôpitaux jouent un rôle insuffisant (2). Environ 30 % de la population française vivaient dans les communes situées en zone d'intervention prioritaire (ZIP) et 42 % dans celles situées en zone d'action complémentaire (ZAC)[64].

1 - Des actes limités dans les zones prioritaires

En 2021[65], la Cour avait jugé prioritaire le *« déploiement de la télésanté ciblé sur les populations et les zones pour lesquelles l'accès aux soins doit encore être amélioré »*, considérant que les zones à faible densité médicale, les patients détenus, les résidents en établissements médico-sociaux et les patients atteints de maladies chroniques devaient être les principaux bénéficiaires de la télésanté.

Parallèlement, les conventions nationales signées par la Cnam avec les professionnels de santé libéraux mettent en avant le rôle des téléconsultations dans l'accès aux soins. La feuille de route du numérique en santé 2023-2027 fixe également comme objectif à la télésanté de faciliter l'accès à la santé, en particulier dans les zones à faible densité médicale. À ce jour, les résultats obtenus en la matière apparaissent modestes. Les téléconsultations sont peu utilisées dans les zones prioritaires tant par les généralistes que par les spécialistes.

Malgré leur caractère majoritairement urbain à l'échelle nationale (cf. *supra*) et leur faible utilisation dans les zones sous-denses, les téléconsultations, en particulier celles réalisées grâce aux sociétés de téléconsultation, peuvent contribuer à améliorer l'accès aux soins dans les zones à faible densité médicale, même si cela reste trop peu fréquent. À titre d'exemple, en Bourgogne-Franche-Comté, entre juillet 2023 et juin 2024, les territoires où le taux de téléconsultation parmi les habitants était deux fois plus élevé que la moyenne régionale (2,8 %) étaient aussi ceux où le nombre moyen de consultations en médecine générale était parmi les plus bas de la région dans l'Yonne, dans la Nièvre et en Saône-et-Loire. Dans ces territoires, la part des téléconsultations réalisées par les trois principales plateformes dans les téléconsultations de médecine générale dépassait fréquemment 50 % (pour une moyenne régionale de 42 %) et atteignait même 69 % dans l'Yonne.

Les téléconsultations réalisées *via* des plateformes contribuent ainsi à l'accès aux soins dans les zones prioritaires. Les patients qui téléconsultent selon cette modalité résident plus souvent que les autres dans des communes en ZIP et avec une plus faible accessibilité potentielle localisée (APL)[66]. Près de 30 % des téléconsultants des plateformes résident dans les deux quintiles des communes avec l'APL la plus faible, contre 20 % pour les autres téléconsultants et 19 % pour l'ensemble des consommants. De manière analogue, 41,5 % des téléconsultants des plateformes résident dans des ZIP, contre 28,5 % pour l'ensemble des

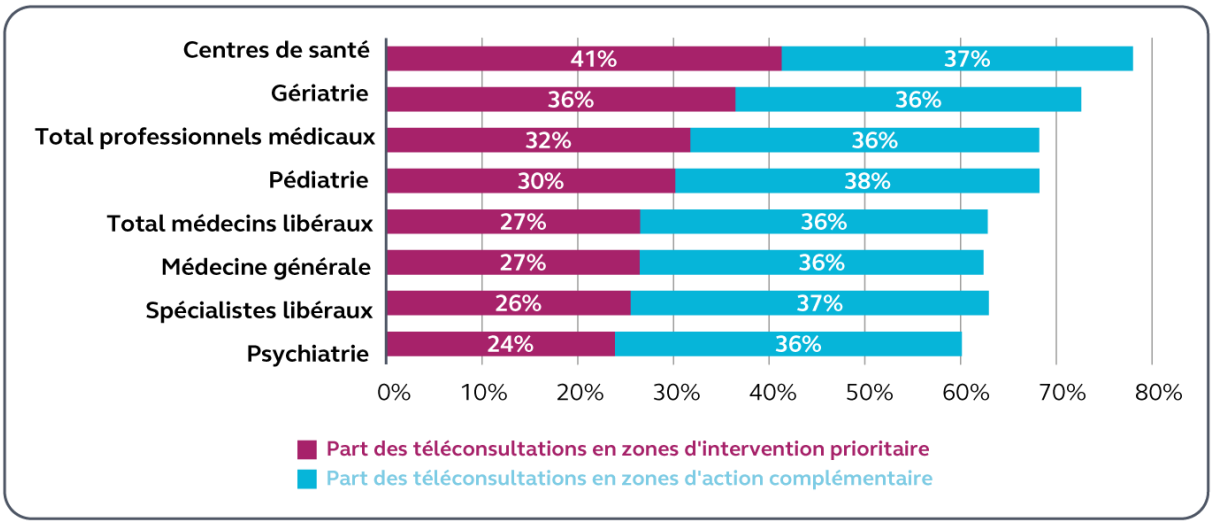
[64] Dénommées également « déserts médicaux », les ZIP sont les zones les plus fragiles en termes d'offre de soins. Les zones d'action complémentaire (ZAC) sont fragiles, mais à un niveau moins préoccupant que les ZIP. 36 % des communes françaises sont situées en ZIP et 50 % en ZAC.

[65] Cour des comptes, *op. cit*., « La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins ».

[66] L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la Drees et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin.

téléconsultants et 26,1 % pour l'ensemble des consommants en 2023. Dans les zones où le nombre de médecins installés est insuffisant, les téléconsultations représentent un moyen d'accéder aux soins mais selon des modalités éloignées des principes retenus par la convention médicale (téléconsultations organisées dans un cadre territorial et respectant le parcours de soins coordonné). La conformité au référentiel de téléconsultation de l'Agence du numérique en santé devrait résoudre partiellement ce problème pour les sociétés de téléconsultation grâce aux exigences relatives au critère de territorialité. Selon ce dernier, le médecin téléconsulté doit se situer à proximité du domicile du patient pour suivre son état de santé et organiser une consultation au cabinet ou au domicile du patient si nécessaire.

Graphique n° 12 : part des téléconsultations en zones d'intervention prioritaire et en zones d'action complémentaire, en 2023

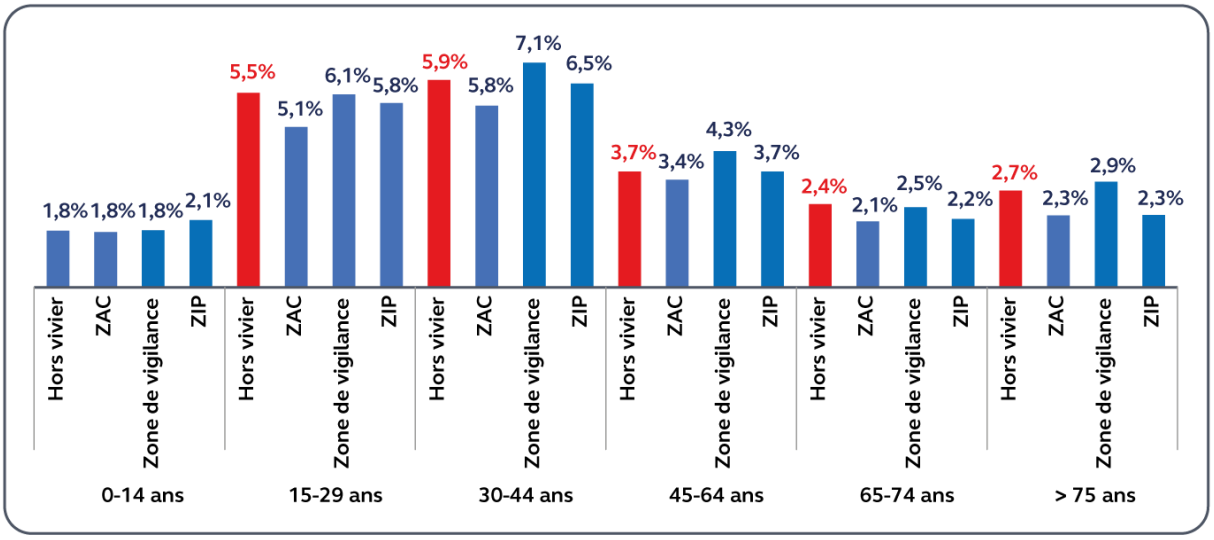


Note de lecture : le « Total médecins libéraux » englobe généralistes et spécialistes libéraux. Le « Total professionnels médicaux » englobe, en sus, les centres de santé.
Source : Cour des comptes, d'après données DGOS / Cnam

Pour chaque tranche d'âge, il existe une relative homogénéité du recours aux téléconsultations quel que soit le zonage ARS[67], sauf pour les tranches d'âge 15-29 ans et les 30-44 ans pour lesquelles le recours est plus élevé dans les zones sous-denses en professionnels de santé. À l'exception de la première tranche d'âge (0-14 ans), c'est systématiquement dans les zones de vigilance[68] que le recours aux téléconsultations est le plus élevé. Les téléconsultations ne bénéficient donc pas principalement aux patients situés en zone d'intervention prioritaire, tout particulièrement ceux âgés de plus de 44 ans.

[67] Le directeur général de chaque ARS arrête régulièrement la carte des territoires éligibles à des aides au maintien ou à l'installation de médecins sur la base de l'APL (nombre de consultations accessibles par an et par habitant). Il prend également en compte la façon dont s'organise réellement le recours aux médecins généralistes sur le territoire régional, les départs en retraite possibles de médecins généralistes à cinq ans et le taux de renouvellement « naturel » de chaque territoire en médecins généralistes.
[68] Ces zones caractérisées par des tensions dans l'accès aux soins ne sont pas éligibles aux aides à l'installation mais peuvent bénéficier d'un accompagnement dans la mise en place d'un exercice coordonné pluriprofessionnel.

Graphique n° 13 : proportion des téléconsultations dans l'ensemble des consultations par tranche d'âge et par zonage ARS (moyenne 2020-2023)



Note de lecture : ZIP : zones d'intervention prioritaire. ZAC : zones d'action complémentaire. Les zones hors vivier sont caractérisées par une offre de soins considérée comme satisfaisante et n'ouvrent pas droit à des aides financières.
Source : Cour des comptes, d'après données Sniiram

2 - Le rôle insuffisant des organisations territoriales coordonnées, des communautés professionnelles territoriales de santé et des hôpitaux de proximité

Les téléconsultations doivent respecter un principe de territorialité prévu par la convention médicale : le médecin sollicité doit se situer à proximité du domicile du patient pour assurer un suivi de son état de santé et organiser une consultation en présence si nécessaire.

Afin d'assurer l'effectivité de ce principe, la Cnam, les CPAM et les ARS cherchent à utiliser le maillage des organisations territoriales coordonnées pour renforcer des usages de téléconsultation ancrés dans les bassins de vie. À cet effet, elles incitent les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé à offrir en propre des solutions de télémédecine pour répondre aux besoins des patients dans le cadre d'organisations territoriales coordonnées. Les communautés médicales de proximité ont un rôle important à jouer pour assurer une disponibilité médicale indispensable à la mise en place d'usages territorialisés de la télémédecine.

Toutefois, les textes relatifs au rôle susceptible d'être joué par ces organisations sont imprécis et non prescriptifs. L'accord conventionnel interprofessionnel modifié relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017 ne comprend ainsi aucune stipulation sur les téléconsultations ou, plus largement, sur la télésanté. Cette dernière n'est pas concernée par les indicateurs socle ou optionnels de l'accord.

Par ailleurs, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)[69], prévues par la loi en 2016[70], émanent d'initiatives de professionnels de santé et visent à organiser la réponse à un besoin de santé sur un territoire, selon une approche populationnelle[71]. Leur rôle devrait être précieux en matière de téléconsultations car elles sont susceptibles de prendre en charge les patients lorsque leur parcours de soins ne peut être respecté[72]. À cette fin, elles peuvent, par une convention conclue avec l'ARS et la CPAM, assurer des missions d'amélioration de l'accès aux soins, l'organisation de parcours de soins associant plusieurs professionnels de santé et le développement de la qualité et de la pertinence des soins[73]. Elles contribuent à favoriser l'exercice coordonné des professionnels de santé et le décloisonnement entre médecine de ville et établissements de santé.

Or, malgré le fait que près de 800 CPTS couvrent 90 % du territoire français à la fin de l'année 2024, elles jouent un rôle très insuffisant dans le déploiement de la télésanté. L'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) sur les CPTS[74] se borne à paraphraser la convention nationale des médecins[75]. La télésanté (et, par voie de conséquence, les téléconsultations) ne fait pas partie des indicateurs d'actions et de résultats retenus pour le suivi et le financement de leurs missions, alors que l'implication des CPTS peut conditionner la prise en charge de certaines téléconsultations par l'assurance maladie. L'absence d'une valorisation financière spécifique de la télésanté dans l'ACI explique au moins en partie l'inexistence d'un volet télésanté dans de nombreux projets de santé[76], le manque fréquent d'ambition de ceux-ci et la faible implication dans l'exercice de cette mission, ce dont témoigne le fait qu'en octobre 2024, seules quatre CPTS étaient référencées comme organisations territoriales de téléconsultation.

De surcroît, la télémédecine est peu intégrée dans les protocoles locaux de coopération entre professionnels de santé prévus par l'article L. 4011-1 du code de la santé publique et portés par les CPTS, les équipes de soins primaires et les équipes de soins spécialisés[77]. Parallèlement, les organisations recourant à la télémédecine sont mal recensées dans le Répertoire national de l'offre et des ressources en santé et accompagnement médico-social, référentiel de données qui centralise la description de l'offre de santé des structures sanitaires et médico-sociales.

---

[69] Articles L. 1434-12 et L. 1434-13 du code de la santé publique.

[70] Article 65 de la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[71] Les professionnels de santé s'engagent dans une réponse qui implique de prendre en charge des patients distincts de leur patientèle habituelle.

[72] Absence de médecin traitant désigné ou médecin traitant indisponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient.

[73] Article L. 1434-12-2 du code de la santé publique.

[74] Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

[75] La convention prévoit que les CPTS *« peuvent notamment constituer un cadre particulièrement porteur pour favoriser le développement des téléconsultations dans le respect du parcours de soins.* [Elles] *ont en effet vocation à constituer des organisations territoriales coordonnées qui peuvent notamment répondre aux besoins de soins des patients lorsque l'exigence tenant au respect du parcours de soins ne peut pas être satisfaite »*.

[76] La télésanté s'inscrit pourtant dans la mission socle de l'organisation de parcours pluriprofessionnels autour du patient.

[77] Article L. 4011-4-1 du code de la santé publique.

Pour remédier à la faible contribution des organisations territoriales coordonnées au déploiement des téléconsultations, certaines ARS ont prévu divers dispositifs. À titre d'exemple, la feuille de route télésanté 2023-2025 de l'ARS Île-de-France encourage les professionnels de santé à recourir davantage à la télésanté, dans le cadre de parcours des patients structurés, ce qui requiert l'inscription de la médecine à distance dans les projets des établissements et des structures d'exercice coordonné. Les leviers mobilisés sont toutefois généralement faibles[78].

Par ailleurs, l'offre de téléconsultation des plateformes[79] souffre d'une quasi-absence de connaissance des organisations territoriales coordonnées et des équipes de soins non programmés. Il existe en particulier un manque d'informations sur la territorialité des professionnels téléconsultants ou susceptibles de recevoir en consultation physique des patients qui auraient été vus préalablement en téléconsultation, alors même que les exonérations du respect du parcours de soins coordonné patients requièrent l'identification des organisations territoriales.

Dans la mesure où les conventions nationales organisant les rapports entre les professionnels médicaux et la Cnam caractérisent une territorialité des téléconsultations qui ne peut être d'ampleur nationale[80], l'amélioration de l'articulation entre les structures d'exercice coordonné ou à tout le moins les professionnels des territoires, d'une part, et les plateformes de téléconsultation, d'autre part, est une condition essentielle pour assurer le caractère territorial de la médecine à distance.

Des protocoles nationaux pourraient être élaborés pour encadrer les interactions entre les plateformes nationales et les organisations territoriales coordonnées. Ils faciliteraient des parcours de soins hybrides territorialisés, privilégiant les acteurs du territoire afin d'assurer une alternance coordonnée entre soins en présence du patient et téléconsultations, ainsi que le propose l'association « Les Entreprises de télésanté » (LET) dans sa feuille de route 2024-2026. En soins aigus, les sociétés de téléconsultation proposeraient une offre de premier recours quand l'offre des territoires est insuffisante.

Depuis l'avenant n° 8 à la convention médicale d'août 2016, les CPAM doivent référencer les organisations territoriales coordonnées pouvant gérer les exceptions relatives aux parcours de soins après avis des commissions paritaires locales ou régionales des médecins libéraux. Ce référencement est censé permettre leur identification par les patients et les professionnels de santé. Celles qui ne sont pas constituées sous forme d'une organisation prévue par le code de la santé publique doivent être validées par les commissions précitées. Les directions de la coordination de la gestion du risque de l'assurance maladie doivent transmettre la liste de ces organisations aux CPAM et aux ARS, en vue d'une publication sur leurs sites internet, ainsi qu'aux autres parties prenantes[81].

[78] Formalisation de lignes directrices partagées et de recommandations régionales, campagnes de communication, recensement des projets, désignation de référents e-santé.

[79] Les plateformes de téléconsultation sont identifiées par la Cnam comme les centres de santé dont les téléconsultations représentent plus de 90 % de l'activité (la Cnam ne repère que les téléconsultations facturées par des médecins salariés sur le numéro du Finess [répertoire national des personnes morales intervenant dans les domaines sanitaire, médico-social et social, encadré par un arrêté du 23 septembre 2022] du centre de santé).

[80] CE, 29 mai 2019, *Association DigiSanté et centre de santé de CNP et Téléconsultations*, ord. 429188.

[81] Professionnels de santé, MSP, centres de santé, équipes de soins primaires, CPTS et conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

En septembre 2024, selon les données disponibles datant d'un an plus tôt, seules 37 organisations territoriales (maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé, autres structures), réparties sur 27 départements, sont référencées. Quatre ans plus tôt, 23 organisations étaient référencées, ce qui témoigne des faibles progrès accomplis depuis lors. À l'automne 2024, près des trois quarts des départements n'ont ainsi aucune organisation référencée permettant de respecter le cadre fixé par la convention nationale des médecins. Ces données traduisent le retard de déploiement des organisations territoriales, le manque de projets s'inscrivant dans la logique conventionnelle, ainsi qu'un défaut global de référencement et de suivi par l'assurance maladie.

Par ailleurs, dans les territoires à dominante rurale, les hôpitaux de proximité sont censés recourir à des équipements de télésanté[82] pour mener à bien leurs missions[83] ; ils peuvent bénéficier à cet effet de la dotation de responsabilité territoriale. En 2024, leur rôle demeure faible en la matière[84] et reste à mieux articuler avec les soins de ville, les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) et l'hospitalisation à domicile. Leur action doit être complémentaire de celle des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui doivent organiser la gradation des soins sur le territoire, permettant au besoin de diriger les malades vers les deuxième et troisième recours. Dans le cadre des projets médicaux partagés, le GHT est, en effet, l'échelon pertinent pour concevoir une approche intégrée de la télésanté au niveau du groupement, reposant sur l'organisation de filières médicales, avec leur déclinaison par établissement[85].

Enfin, à ce jour, la place des téléconsultations dans les protocoles expérimentaux locaux de coopération signés par les établissements de santé[86] reste particulièrement modeste et doit être développée afin de réorganiser les modes d'intervention des professionnels de santé auprès des patients, de mettre en œuvre une approche populationnelle des parcours de soins dans les territoires et de contribuer au décloisonnement des secteurs hospitalier et de la médecine de ville.

B - Une contribution insuffisante à l'accès aux soins des publics prioritaires

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 estimait que les sociétés de téléconsultation *« répondent* […] *aux besoins de soins des patients sans médecin traitant. »* Cette appréciation rejoint le potentiel que les pouvoirs publics prêtent plus largement à la

[82] Article L. 6111-3-1 du code de la santé publique.

[83] Ces hôpitaux apportent un appui aux professionnels de santé pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier. Ils favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant. Ils participent à la prévention et à la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire. Enfin, ils contribuent à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge.

[84] La Cour n'a pu chiffrer la part des téléconsultations réalisées par ou en lien avec les hôpitaux de proximité. Les téléconsultations de ces établissements sont sans doute minoritaires parmi celles réalisées par des établissements de santé.

[85] Article R. 6132-3 du code de la santé publique.

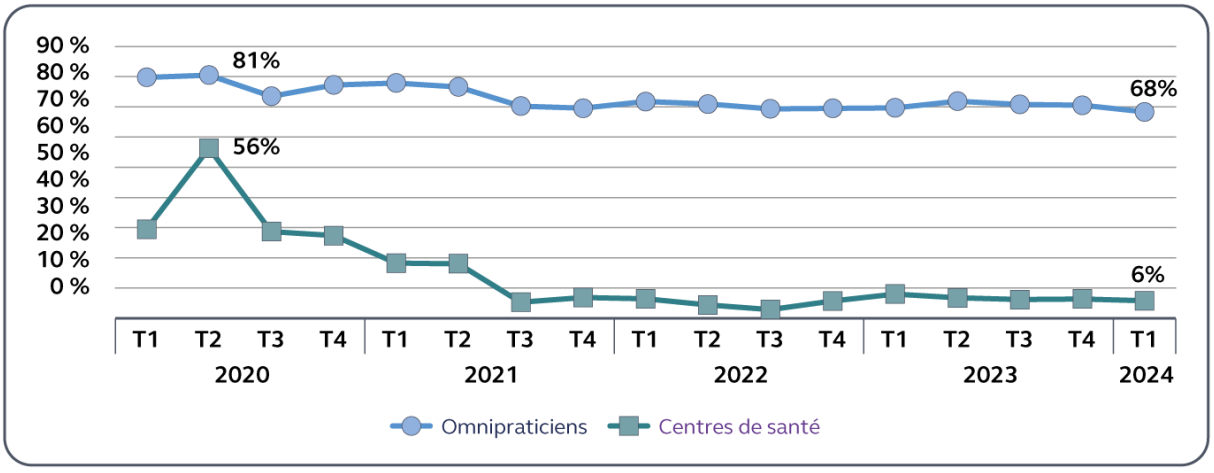
[86] Article L. 4011-4 du code de la santé publique.

télémédecine dans l'accès aux soins. Or, la contribution des téléconsultations à l'accès aux soins pour les patients qui en ont le plus besoin reste, à ce jour, très insuffisante. Cette lacune concerne particulièrement les assurés sociaux sans médecin traitant (1), les patients souffrant de pathologies chroniques (2), les résidents d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et les structures accueillant des personnes en situation de handicap (3) ou encore les personnes sous écrou (4). Elle affecte également les élèves dans un contexte de grande pénurie de médecins scolaires[87], alors que la médecine à distance y permettrait de développer le nombre de consultations réalisées[88]. Il existe toutefois des initiatives locales ou régionales pour mieux mettre les téléconsultations au service des publics prioritaires (5).

1 - Un recours minoritaire mais utile aux téléconsultations pour les patients sans médecin traitant

Après s'être érodée entre début 2020 et mi-2021, la proportion de téléconsultations facturées par des médecins parmi celles facturées par l'ensemble des médecins généralistes libéraux est restée globalement stable, autour de 70 %, soit une proportion très légèrement supérieure à celle observée s'agissant des consultations. Au sein des centres de santé, cette proportion est inférieure à 7 % depuis mi-2021, en raison du caractère principalement extraterritorial de l'activité de téléconsultation des sociétés de téléconsultation ayant un tel statut juridique(cf. graphique nº 14).

Graphique n° 14 : part des téléconsultations facturées par le médecin traitant parmi les omnipraticiens libéraux et au sein des centres de santé, 2020 – premier trimestre 2024

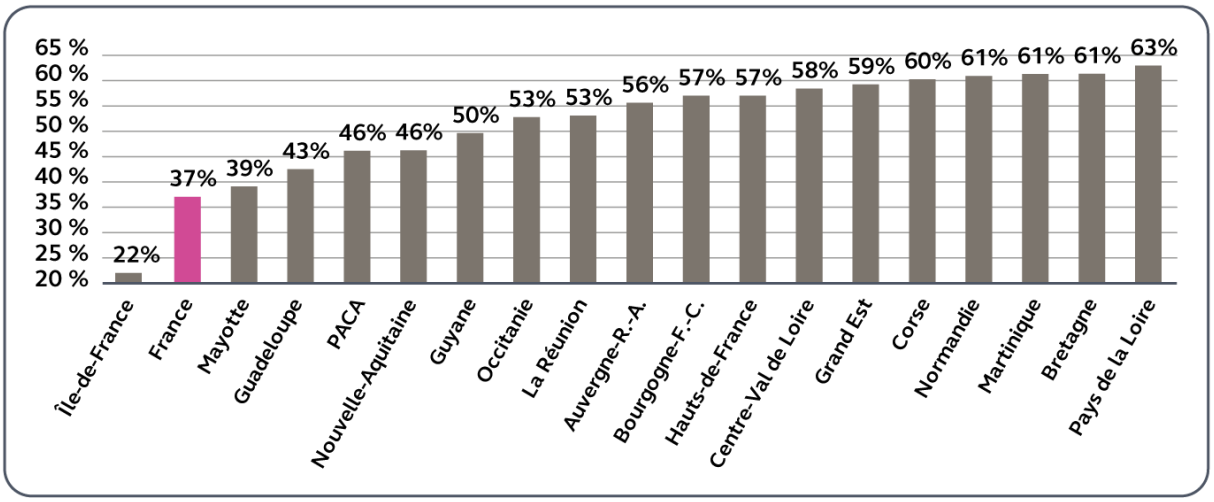


Source : Cour des comptes, d'après données Cnam – DGOS (indicateurs des politiques prioritaires du Gouvernement)

[87] Selon le ministère de l'éducation nationale, le nombre de médecins scolaires s'élevait à seulement 818 équivalents temps plein en 2022, en baisse de 28 % depuis 2013, avec près de la moitié des postes qui n'étaient pas pourvus. Cf. également Cour des comptes, *Les médecins et les personnels de santé scolaire*, communication à la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale, avril 2020.
[88] Rapport d'information nº 1228 déposé par la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale sur la médecine scolaire et la santé à l'école, 2023, p. 51.

Seules un peu moins de quatre téléconsultations sur dix sont globalement réalisées avec le médecin traitant. Cette moyenne est tirée vers le bas en Île-de-France par l'importance des actes à distance réalisés avec des sociétés de téléconsultation. Dans cette région, seule une téléconsultation sur cinq a été facturée par le médecin traitant du patient en 2023 (cf. graphique n° 15). Il n'est pas possible de savoir avec certitude si le recours minoritaire au médecin traitant pour téléconsulter traduit un manquement fréquent au respect du parcours de soins coordonné. Le caractère très atypique des données de l'Île-de-France sur ce point, alors que la proportion d'assurés sociaux sans médecin traitant n'y est pas plus élevée qu'ailleurs, le laisse toutefois supposer.

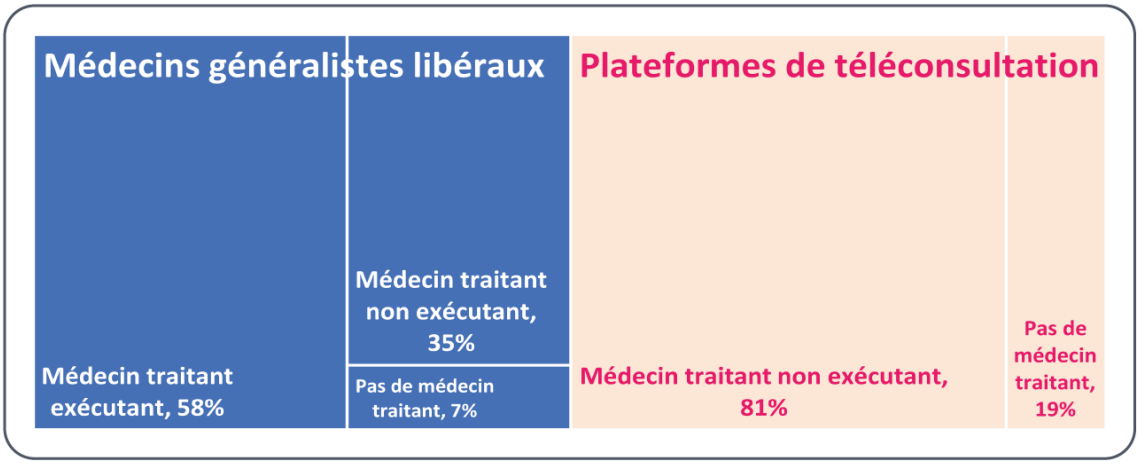
Graphique n° 15 : part des téléconsultations facturées par le médecin traitant par région, médecins libéraux et centres de santé confondus (2023)



Source : Cour des comptes, d'après données Cnam – DGOS (indicateurs des politiques prioritaires du Gouvernement)

En Île-de-France, les patients ne bénéficiant pas d'un médecin traitant sont légèrement surreprésentés dans le nombre total des téléconsultations réalisées (14,3 % des actes les concernent pour 12,2 % de patients sans médecins traitants en 2023). Sur les plateformes, une téléconsultation sur cinq était le fait de patients sans médecin traitant en 2023. Seules 7 % des téléconsultations réalisées par des médecins généralistes libéraux concernaient ce type de patients, tandis que près de trois sur cinq d'entre elles étaient le fait de patients avec leur médecin traitant (cf. schéma n° 3).

Schéma n° 3 : structure des téléconsultations des médecins généralistes libéraux et des plateformes en Île-de-France en fonction des patients, au premier semestre 2024



Note de lecture : médecin traitant non exécutant = le patient dispose d'un médecin traitant mais ne téléconsulte pas celui-ci.
Source : Cour des comptes d'après DCGDR Île-de-France, étude sur les téléconsultations, juillet 2024

Ces données laissent à penser que les téléconsultations *via* les plateformes jouent un rôle dans l'accès aux soins des patients qui ne bénéficient pas d'un médecin traitant, dans un contexte où l'accès à ces derniers pour une meilleure qualité des soins est une priorité des pouvoirs publics[89]. Cet effet de substitution des téléconsultations *via* des plateformes aux consultations avec un médecin traitant est pertinent pour la prise en charge de pathologies simples mais il présente d'évidentes limites pour des pathologies plus complexes nécessitant un examen clinique ou une orientation précise dans un parcours de soins coordonné.

D'un point de vue plus général, la Cnam a néanmoins établi qu'en 2022, la part de patients avec un médecin traitant était quasi identique parmi les patients ayant téléconsulté (91 %) et ceux ayant réalisé des consultations en présence d'un médecin généraliste (92 %).

2 - Des pathologies chroniques trop peu prises en charge par la téléconsultation

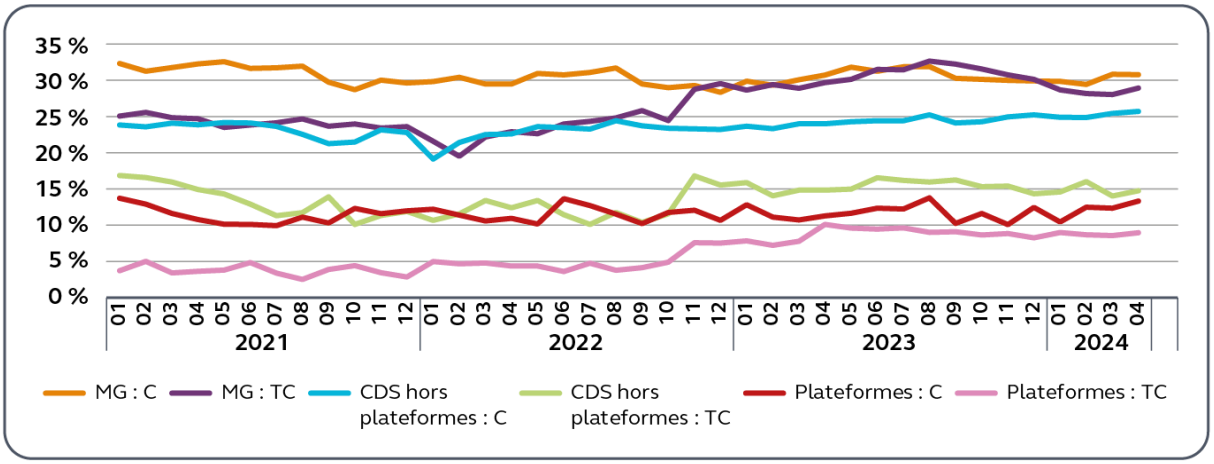
La feuille de route du numérique en santé 2023-2027 invite à *« développer fortement l'usage de la télésanté au profit des patients atteints de pathologies chroniques »* et a fixé à plus d'un million le nombre de patients atteints d'une telle pathologie devant bénéficier d'au moins un acte de télésanté dans leur parcours en 2025. Pour certaines pathologies complexes ou affections de longue durée (ALD)[90], si la télésurveillance est une modalité de télémédecine plus adaptée que les téléconsultations, celles-ci ont néanmoins un rôle à jouer dans le suivi de ces maladies. En effet, elles simplifient le suivi de ces patients en leur évitant des déplacements récurrents, parfois difficiles et également coûteux lorsqu'ils sont pris en charge par les finances

[89] La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027 passée entre l'État et la Cnam (p. 33) prévoit de *« libérer du temps médical pour améliorer l'accès au médecin traitant »* et de doter d'un médecin traitant tous les patients en ALD, afin de *« garantir l'accès territorial aux soins et lutter contre les déserts médicaux »*.
[90] En 2022, la Cnam recensait 12 344 220 patients pris en charge au titre d'une ALD (affections figurant sur une liste définie par décret, ALD hors liste et ALD polypathologie), un patient pouvant être pris en charge au titre de plusieurs affections.

publiques. Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des pathologies chroniques, les téléconsultations ont ainsi un rôle à jouer pour fluidifier les prises en charge. Plusieurs schémas régionaux de santé identifient d'ailleurs cet enjeu pour certaines de ces pathologies[91].

Cependant, pour des raisons tenant aux limites intrinsèques de la médecine à distance, les patients souffrant de pathologies complexes ou d'ALD sont peu pris en charge par des téléconsultations réalisées sur des plateformes. La proportion de patients en ALD qui téléconsultent sur ces plateformes est ainsi trois fois inférieure à celle constatée chez les médecins généralistes libéraux, soit respectivement 9 % et 29 % au premier trimestre 2024 ; elle était de 15 % pour les téléconsultations réalisées par les centres de santé n'hébergeant pas des plateformes (cf. graphique n° 16).

Graphique n° 16 : parts de consultations et de téléconsultations facturées aux patients souffrant d'une affection de longue durée, 2021 - premier quadrimestre 2024



Note de lecture : MG : médecins généralistes. C : consultations. TC : téléconsultations. CDS : centres de santé.
Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

En 2023, environ 10 % des patients en ALD ont bénéficié d'un acte de télésanté en France. En Île-de-France, la proportion de patients téléconsultants souffrant d'une ALD a diminué entre 2023 et 2024.

Cette insuffisante mobilisation des téléconsultations pour la prise en charge des pathologies chroniques s'observe également dans les autres pays européens. En Suède, alors que parmi les trente diagnostics les plus courants lors des consultations physiques, quatre sont considérés comme chroniques (hypertension artérielle, diabète, hypothyroïdie et asthme), seul l'un d'entre eux (l'asthme) figure parmi les trente diagnostics les plus fréquents en téléconsultation. Les diagnostics et les pathologies chroniques sont donc sous-représentés dans les téléconsultations.

Inversement, les prescriptions issues des téléconsultations réalisées sur des plateformes comprennent davantage de médicaments pour les désordres fonctionnels gastro-intestinaux, le

[91] Voir, à titre d'exemple, les téléconsultations néphrologiques hors dialyse pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique dans le schéma régional de santé 2018-2028 révisé de l'ARS Nouvelle-Aquitaine (p. 90 et 277).

rhume et la toux que celles issues des consultations au cabinet. Les motifs de recours aux plateformes concernent ainsi plus fréquemment des affections bénignes aiguës, ce qui permet de satisfaire des demandes de soins mais ne répond pas à l'objectif affiché par les pouvoirs publics de promouvoir le développement de la télésanté.

3 - Un développement insuffisant des téléconsultations au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Les personnes âgées dépendantes ou en situation de handicap sont souvent confrontées à des difficultés d'accès aux soins et de déplacement, aboutissant souvent à un non-recours aux soins[92]. La mobilisation de la télésanté permet de résoudre certaines difficultés en allant vers ces publics plus fragiles au sein des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS).

L'état de santé des résidents des établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) justifie des efforts accrus pour faciliter leur accès aux soins grâce à la télémédecine, en particulier pour le suivi de pathologies chroniques évoquées précédemment. Environ 40 % de ces résidents eux souffrent de maladies neuro-dégénératives[93] ; la prévalence des limitations cognitives à tous les âges et des problèmes de motricité des membres inférieurs est significativement plus importante en établissement qu'à domicile. En outre, plus de 50 % de ces résidents éprouvent des difficultés pour comprendre les autres ou se faire comprendre, et environ 60 % pour résoudre les problèmes de la vie quotidienne[94].

Recommandée à cette fin par la HAS depuis 2015[95], la télémédecine est un outil parmi d'autres pour diminuer le taux annuel d'hospitalisations en urgence des résidents, une part significative de ces dernières étant évitable[96]. Ces passages aux urgences peuvent en effet avoir un impact négatif sur l'autonomie des personnes âgées et certaines conséquences délétères pour leur santé (dépendance nosocomiale et morbi-mortalité secondaire importante, due à l'iatrogénie médicamenteuse ou à la survenue de syndromes gériatriques). La forte dépendance et l'importance des pathologies chroniques des patients, les difficultés de leur transport pour une prise en charge en établissement de santé ou en médecine de ville et le manque d'accès aux ressources compétentes pour le suivi des maladies expliquent des sollicitations indues de l'hôpital. Par ailleurs, le déplacement des résidents peut être une source d'anxiété pour eux.

---

[92] Voir, à titre d'exemple, les données périodiques du baromètre Handifaction.

[93] Drees, « Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions », *Les dossiers de la Drees*, nº 104, 2023.

[94] Drees, « Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées », *Études et résultats*, nº 1237, juillet 2022, p. 5.

[95] HAS et Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des services sociaux et médico-sociaux, *Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad*, juillet 2015.

[96] En 2023,selon les données de la Fédération des observatoires régionaux des urgences, plus du quart des arrivées aux urgences intervenaient entre 20h00 et 08h00 et plus du quart le weekend, soit 43 % d'arrivées aux horaires de la permanence des soins (38 % pour les patients âgés de plus de 75 ans). Aux États-Unis, une étude réalisée a évalué à environ 20 % la proportion des passages aux urgences qui pourraient être évités grâce à une offre de soins à distance (McKinsey, Oleg Bestsennyy, Greg Gilbert, Alex Harris, and Jennifer Rost, *Telehealth: A quarter-trillion-dollar post-COVID-19 reality?* 29 mai 2020).

L'objectif de couverture prioritaire de ces résidents n'a pas été atteint, compte tenu d'usages très insuffisants, en dépit d'une politique d'équipement des établissements grâce à des financements publics et de l'apparition de la télésanté dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des Ehpad. En 2019, 18 % de ces établissements disposaient d'un accès à la téléconsultation ; des initiatives régionales ou locales[97] ont permis d'équiper un plus grand nombre d'établissements, ce dernier demeurant toutefois indéterminé.

Les défauts de couverture par les réseaux internet à haut débit expliquent de moins en moins les difficultés rencontrées dans les secteurs ruraux. En revanche, le manque de personnel soignant et de temps disponible des auxiliaires médicaux (en particulier les infirmiers) pour accompagner les téléconsultations[98], les difficultés à mettre en place des organisations permettant des actes à distance synchrones[99], ainsi qu'une moindre appétence des résidents pour la télémédecine restent des freins à lever. La mise en place plus fréquente de protocoles, tels qu'ils existent par exemple entre les établissements pénitentiaires et les centres hospitaliers[100], serait de nature à développer la télémédecine dans les Ehpad.

En outre, les médecins gériatres non salariés des Ehpad ne peuvent facturer de téléconsultations aux résidents de ces établissements soumis au forfait global relatif aux soins[101]. Un travail a été engagé par la Cnam et la direction générale de la cohésion sociale pour résoudre cette difficulté qui nécessiterait d'ajouter les téléconsultations de ces praticiens aux financements complémentaires (prestations facturables) prévus par l'article R. 314-163 du code de l'action sociale et des familles.

Une autre difficulté est apparue au cours des dernières années. Plusieurs évaluations d'expérimentations relevant des expérimentations dites de l'article 51 mettent en évidence un coût élevé des services de téléconsultation pour les établissements au regard du service rendu. Pour le ministère chargé de la santé, l'apparition de sociétés commerciales spécialisées dans le recours à la télémédecine est également un point de vigilance, compte tenu d'une crainte que ces services se substituent à des recrutements pérennes au sein des établissements, au détriment de la qualité des soins.

À titre d'exemple, les rapports finaux d'évaluation de l'expérimentation « *Policlinique Mobile TokTokDoc* » en région Grand Est n'ont pas permis d'y envisager une généralisation de l'organisation de télémédecine expérimentée dans plusieurs établissements d'hébergement pour

[97] Attribution d'un forfait de 8 000 € par établissement en Nouvelle-Aquitaine ; équipement par l'ARS de 80 % des Ehpad en Occitanie, dans une optique de déploiement de filières thématiques de télésanté.

[98] L'assistance à la téléconsultation en Ehpad nécessite de mobiliser un soignant pendant toute la durée de l'acte. Or, il existe un sous-effectif d'auxiliaires médicaux dans de nombreux Ehpad et un taux de rotation du personnel élevé qui n'aide pas à la mise en place des téléconsultations dans des agendas très contraints.

[99] Kho J., Gillespie N., Martin-Khan, M., *"A systematic scoping review of change management practices used for telemedicine service implementations*", BMC Health Serv. Res., 2020, 20(1): 815.

[100] En application de l'article R. 6111-29 du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement public de santé concerné signent un protocole fixant les modalités d'intervention de ce dernier.

[101] L'article R. 314-166 de code de l'action sociale et des familles prévoit que les consultations et téléconsultations des gériatres réalisées au bénéfice des résidents en Ehpad doivent être prises en charge au titre du forfait global des Ehpad. Un gériatre non salarié de l'établissement ne peut donc voir son acte de téléconsultation pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

personnes âgées dépendantes (Ehpad)a. Son mode de financement au forfait a été jugé peu approprié au vu du décalage important entre le nombre de forfaits ouverts et le nombre de patients effectivement bénéficiaires du service. Par ailleurs, l'expérimentation n'a pas permis de diminuer le recours aux soins d'urgence. Une plus-value en termes de temps médical et paramédical mobilisable et une amélioration des conditions d'accès aux soins pour les résidents ont certes été observées mais l'expérimentation s'est heurtée au manque de disponibilité, voire à l'opposition des médecins traitants, pourtant essentiels à la régulation du dispositif. Enfin, le modèle économique a été jugé défavorable aux finances publiques : l'hétérogénéité des niveaux de consommation par résident et le modèle de forfaits fixes se sont traduits par un coût à l'acte estimé entre 180 € et 749 €, étant observé de surcroît qu'un tiers des patients n'avait bénéficié d'aucun acte de télémédecine, malgré le paiement d'un forfait mensuel[102]. Le coût total des prestations remboursées hors poste de coût des actes paramédicaux des patients était plus élevé de 25 % par rapport aux coûts des patients témoins[103], en particulier sur le poste de dépenses des consultations.

Concernant les personnes en situation de handicap, les bases de données de l'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ne permettent pas de quantifier leur recours aux téléconsultations mais celui-ci semble très faible. Selon le ministère de la santé, les indicateurs relatifs à l'usage de la télémédecine sont très peu fréquents dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens de ce secteur.

Le repérage et l'évaluation des bonnes pratiques constatées dans les établissements de santé devraient constituer une priorité pour la direction générale de l'offre de soins (DGOS), afin de concrétiser des avancées attendues de longue date. Cette direction a en effet pour mission de définir et évaluer les politiques relatives à l'accès aux soins de premier recours, à la prise en charge continue des patients ainsi qu'à l'adaptation des parcours de soins, notamment ceux des malades chroniques, des personnes âgées et des patients en situation de vulnérabilité[104]. À cette fin et dans le prolongement d'un premier guide publié en février 2016[105], la DGOS pourrait solliciter l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) pour analyser les bonnes pratiques constatées dans le secteur médico-social, en France comme à l'étranger, afin d'identifier les prérequis et les facteurs de succès du développement des téléconsultations en ESSMS.

4 - L'échec du développement de la téléconsultation en faveur des personnes détenues

La télémédecine représente un enjeu important d'accès aux soins pour les personnes incarcérées, qui se caractérisent par un état de santé fragilisé, de fréquents troubles mentaux et

[102] Rapport d'évaluation du lot 1.
[103] Rapport d'évaluation du lot 2. Sans neutralisation des actes paramédicaux, qui se caractérisent par une activité anormale dans un établissement de l'expérimentation, le coût des prestations remboursées pour les patients de l'expérimentation est plus élevé de 32 % que pour les patients témoins.
[104] Article D. 1421-2 du code de la santé publique.
[105] Anap, 2016, *La Télémédecine en action. Construire un projet de télémédecine*.

des comportements à risques[106]. Au vu du coût financier et organisationnel des soins dispensés, les téléconsultations présentent des avantages comparatifs pour la prise en charge notamment de pathologies relevant de spécialités comme la psychiatrie, la dermatologie ou la pré-anesthésie.

Les téléconsultations permettent d'éviter la dangerosité des transports sécurisés de prisonniers dans le cadre d'extractions médicales[107], dont le nombre croît[108], et qui font l'objet d'un taux élevé d'annulation (24 % en 2019 pour les consultations programmées), alors même que le personnel pénitentiaire nécessaire à leur réalisation connaît une pénurie structurelle[109]. Leur efficience est identifiée de longue date (cf. annexe n° 3). Censées se développer au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP)[110], qui connaissent également une pénurie de personnel soignant, les téléconsultations doivent favoriser l'optimisation des ressources humaines disponibles, la disponibilité d'une offre de soins large et un accès plus rapide aux soins, tout en minorant les risques d'atteinte au secret médical.

Objet d'une expérimentation sur quatorze sites pénitentiaires dès le début des années 2000[111], la télémédecine restait embryonnaire dix ans plus tard en milieu carcéral[112]. Alors qu'elle a fait l'objet d'actions prévues par les feuilles de route santé 2019-2022 et 2024-2028 des personnes placées sous main de justice ou par des projets régionaux de santé[113], les téléconsultations restent trop peu utilisées pour faciliter l'accès aux soins des personnes détenues. En 2020, les deux tiers des USMP n'étaient pas encore à même de proposer de téléconsultations. Or, la première feuille de route se fixait pour objectif de développer la télémédecine dans l'ensemble des USMP, en particulier pour des spécialités comme la dermatologie ou l'ophtalmologie, les consultations de préanesthésie et les consultations dentaires. Elle prévoyait de déployer des projets locaux d'investissement en télémédecine et télésoin et d'équiper la majorité des USMP avant 2022.

En partenariat avec la DGOS, la direction de l'administration pénitentiaire (DAP, ministère de la justice) a cherché à développer la télémédecine dans quelques établissements pénitentiaires dans l'objectif d'une transposition ultérieure des bonnes pratiques dans les autres établissements. Ces travaux n'ont toutefois pas abouti à ce jour.

---

[106] Voir, entre autres, *Actualité et dossier en santé publique*, « Santé des personnes sous main de justice », n° 104, septembre 2018.

[107] En application de l'article D. 215-2 du code pénitentiaire, *« l'extraction est l'opération par laquelle une personne détenue est conduite sous surveillance en dehors de l'établissement pénitentiaire où elle est détenue, lorsqu'elle […] doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire »*. Il faut entre deux et quatre agents pour réaliser une extraction médicale. En 2018, plus de 80 % des extractions médicales avaient pour objet une consultation médicale.

[108] Le nombre d'extractions médicales est passé de 65 430 en 2021 à 69 671 en 2023, soit une augmentation de 6 %. Le contrat de transformation de 2020 estimait à près de 15 000 le nombre d'extractions médicales évitables grâce à la télémédecine, soit 22 % de celles réalisées en 2019.

[109] Au 1er juillet 2024, il manquait 3 615 personnels de surveillance sur 37 792 agents selon l'organigramme de référence, soit 10 % de l'effectif théorique.

[110] Depuis 1994, les personnes détenues bénéficient de soins dispensés par des professionnels hospitaliers qui interviennent au sein des établissements pénitentiaires (USLD) ou dans les établissements publics de santé.

[111] *Actualité et dossier en santé publique*, « La prise en charge sanitaire », n° 44, septembre 2003, p. 36.

[112] Cour des comptes, *Rapport public annuel*, « La santé des personnes détenues », février 2014, p. 259.

[113] Voir, à titre d'exemple, le programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins 2023-2028 de l'ARS Pays de la Loire.

Fin 2020, un contrat de transformation a certes été signé dans le cadre du Grand plan d'investissement 2018-2022, afin de déployer la télémédecine dans les unités de soins de longue durée. Ce projet a bénéficié entre 2020 et 2024 de crédits du Fonds pour la transformation de l'action publique (FTAP) à hauteur de 2,99 M€, représentant 50 % du coût global du projet. Cependant, quatre ans plus tard, seul 0,10 M€ a été consommé en autorisations d'engagement et 0,02 M€ en crédits de paiement. L'absence de cofinancement du projet par le fonds d'intervention régional (FIR), envisagé à hauteur de 2,09 M€, ainsi qu'un pilotage défaillant[114], sont à l'origine du retard pris, puis de l'échec global du projet. L'absence de réalisation des actions dans le délai prévu a conduit le ministère de la transformation et de la fonction publiques à mettre fin au contrat de transformation et à annuler les crédits non engagés, soit 2,89 M€.

Le protocole régissant la pratique de la télémédecine rédigé en lien avec les acteurs et les institutions concernées, envisagé par le bilan de la feuille de route « santé des personnes placées sous main de justice » 2019-2022, n'a toujours pas été établi, pas plus que n'a été actualisé le rapport de janvier 2015 de l'Anap, *La télémédecine en action : santé des personnes détenues – éléments de constats et d'analyse*.

En 2024, une majorité des USMP n'est toujours pas équipée pour organiser des téléconsultations comme il était prévu de le faire. Près de quatre ans après la précédente enquête de la Cour des comptes qui recommandait un développement de la télésanté en faveur des personnes détenues[115], les téléconsultations et les téléexpertises ne se sont donc pas significativement développées en milieu carcéral. Elles continuent d'y représenter une part marginale dans l'offre de soins. Il convient désormais de mettre en œuvre de manière effective l'action prévue par la feuille de route santé 2024-2028 des personnes placées sous main de justice afin de concrétiser le potentiel qui s'attache aux téléconsultations pour ce public.

5 - Des tentatives locales en faveur des publics prioritaires

Certaines initiatives locales ou régionales tentent toutefois de mettre la télémédecine au service des publics prioritaires.

En Grand Est, l'appel à projets relatif à l'expérimentation de déploiement de nouvelles organisations de proximité visant à renforcer l'accès aux soins par la téléconsultation (2024-2025)[116] cible expressément ces publics, ainsi que les zones souffrant d'un manque d'offre de soins, les zones rurales et les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Concomitamment, l'appel à projets de l'ARS Bretagne sur les nouvelles organisations de télésanté (2024-2025)[117] cible les mêmes patients et les mêmes zones. Ces initiatives restent toutefois circonscrites, souvent coûteuses au regard du nombre d'actes réalisés, et ne contrebalancent pas le recours privilégié aux téléconsultations par des patients majoritairement jeunes et pour des pathologies bénignes, simples à traiter à distance.

[114] Le pilotage reposait sur la DGOS et la DAP, mais également un prestataire extérieur, chargé du projet, qui n'a jamais été recruté.
[115] Cour des comptes, *op. cit.*, « La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins ».
[116] L'ARS Grand Est a réservé une enveloppe de 750 000 € au titre de cet appel à projets sur le FIR en 2024. Le montant de la subvention attribuée par projet est plafonné à 50 000 € pour une année d'expérimentation (100 000 € pour les deux années de l'expérimentation).
[117] Cet appel à projets est assorti d'une enveloppe financière de 300 000 € du FIR.

III - De potentielles économies liées aux téléconsultations

Compte tenu du fait que les téléconsultations apparaissent médicalement pertinentes dans un certain nombre de cas et adaptées à des usages qui ne se limitent pas à 3 % de l'offre de consultation, ces actes gagneraient à être développés (A). Leur intégration cohérente et plus volontaire dans l'offre de soins contribuerait à l'efficience du système de soins, en permettant d'envisager des économies, en particulier grâce à un évitement du recours aux structures d'urgences (B).

A - Un recours aux téléconsultations qui pourrait être accru

Sans remettre en cause la nécessité de l'alternance avec des consultations au cabinet, les téléconsultations répondent parfois à des besoins ne nécessitant pas un examen clinique. Ces situations concernent notamment des renouvellements d'ordonnances ou l'interprétation de résultats cliniques. Lors de la première phase de la pandémie de covid 19, près d'un médecin sur deux (46 %) estimait qu'un examen clinique en présence était rarement, voire jamais indispensable. Le groupe de réflexion relatif à la santé numérique et à la télésanté considère également qu'un tel examen n'est pas indispensable dans de nombreuses situations[118].

Plusieurs médecins généralistes ou urgentistes habitués à des pratiques de téléconsultation ponctuelle ont écrit des ouvrages sur le sujet (cf. annexe n° 3). Pour sa part, le groupe de réflexion précité considère que l'alternance de téléconsultations et de consultations par le médecin traitant pourrait se développer pour des maladies chroniques stabilisées. Selon lui, une téléconsultation n'est pas inférieure à une consultation sur les plans humain et clinique, à la condition d'être bien pratiquée. Il considère que la télésémiologie, c'est-à-dire le recueil de signes cliniques à distance, devrait être enseignée lors des formations initiales et continue des médecins. Cette proposition apparaît pertinente. En effet, selon les médecins rencontrés au cours de l'enquête, la pratique de la téléconsultation est différente de celle de la consultation et nécessite des formations ponctuelles spécifiques.

Pour sa part, la Haute Autorité de santé (HAS) s'interroge désormais systématiquement sur la place de la télésanté à toutes les étapes du parcours de soins. Elle a également introduit un critère relatif à la télésanté dans le nouveau référentiel de certification des établissements de santé, afin d'inciter ces derniers à identifier les situations de prise en charge éligibles à la télésanté.

B - Un levier d'efficience du système de soins

Il serait intéressant que les médecins généralistes, dont l'activité de téléconsultation a diminué, utilisent plus fréquemment cette modalité en alternance avec les consultations

[118] *« Même en soin primaire, les données scientifiques précisent depuis 40 ans que la contribution au diagnostic de l'examen physique n'est que de 5,7 % alors qu'un dialogue bien conduit avec le patient contribue à 70 % du diagnostic et les examens complémentaires à 24,3 %. Une téléconsultation construite sur une bonne communication verbale et non verbale peut ainsi contribuer au diagnostic et à la décision thérapeutique dans de nombreuses spécialités. »*

physiques, par exemple pour examiner des personnes âgées ou des personnes atteintes de maladie chronique. Cette évolution pourrait être à l'origine d'économies liées à l'absence de prise en charge de certains déplacements de patients par l'assurance maladie. En particulier, le recours à la téléconsultation pour des patients en hospitalisation à domicile permet de limiter les déplacements des personnes âgées ou fragiles, tout en économisant le coût des transports sanitaires et en optimisant le temps médical[119].

Compte tenu des informations disponibles, un recours accru aux téléconsultations pourrait également contribuer à diminuer la charge des urgences. Selon une étude des Entreprises de télésanté de 2023, les médecins des sociétés de téléconsultation prennent en charge une partie des soins non programmés avec un évitement des urgences évalué à 29 %. De même, selon la société *Qare*, entre 25 % et 30 % de ses téléconsultants se seraient rendus aux urgences s'ils n'avaient pas pu téléconsulter. Une thèse de médecine de 2021 (cf. annexe n° 3) mentionne que 19 % des patients répondants, ayant réalisé une téléconsultation assistée avec un médecin généraliste en présence d'un pharmacien d'officine, déclarent qu'ils se seraient déplacés aux urgences s'ils n'avaient pas eu cet accès à un médecin. Si l'on se fie à ces études, cet allègement serait compris entre 19 % et 30 % des téléconsultations. Dans l'hypothèse (inférieure à celle des études précitées) où seulement 10 % des téléconsultations dispenseraient d'un déplacement aux urgences, les 5,7 millions de téléconsultations réalisées par les médecins généralistes et les centres de santé permettraient d'économiser 113 M€ ((224 €[120] - 25 €) x 5,7 M x 10 %)[121].

Enfin, la téléconsultation pourrait être davantage développée dans les établissements de santé. Certains la pratiquent déjà. Ainsi, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris réalise 2 000 téléconsultations par an depuis 2020 dans ses services de neuropédiatrie, principalement pour des enfants handicapés. Après trois ans d'expérimentation, le centre hospitalier universitaire de Nantes a pérennisé, à compter de 2024, son offre de téléconsultation pour des personnes atteintes de troubles psychiatriques résidant dans des Ehpad. Le développement des téléconsultations dans les établissements de santé permettrait d'éviter des déplacements coûteux pour l'assurance maladie et pour le patient. Tel pourrait être le cas pour les consultations d'anesthésie préopératoire[122], comme la société française d'anesthésie réanimation l'indiquait dans ses recommandations dès le 27 juin 2017. De même, des patients atteints de maladies chroniques consultant des spécialistes à l'hôpital pourraient alterner des consultations en présence et à distance.

Le développement de la téléconsultation pourrait ainsi être une source d'économies significatives et constituer un levier d'efficience du système de soins. Il pourrait en sens inverse engendrer une surconsommation de soins – même si en 2022, près des deux tiers des patients

[119] Cour des comptes, L'hospitalisation à domicile. Évolutions récentes, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, 2015, p. 37-38.

[120] Cour des comptes, *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital. Des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2024, p. 100.

[121] Avec les seules téléconsultations des plateformes (3,7 millions), l'économie potentielle serait de l'ordre de 74 M€.

[122] Consultations préanesthésiques prévues par l'article D. 6124-92 du code de la santé publique.

qui téléconsultaient n'avaient bénéficié que d'une seule téléconsultation dans l'année. Il conviendrait de mesurer plus précisément ce phénomène pour disposer d'un bilan complet en termes de coûts pour les finances publiques. En France, aucune étude n'a examiné à ce jour ce sujet de manière approfondie (cf. III. B. 1. a de la troisième partie).

En Allemagne, selon le parlement de la République fédérale (*Bundestag*)[123], la téléconsultation aurait permis globalement d'économiser de 200 à 300 M€ chaque année, sur la période 2018-2022.

La Cour regrette l'absence de données en France permettant d'objectiver les économies nettes actuelles ou potentielles liées au développement de la téléconsultation. La Cnam a indiqué vouloir mener des études dans le cadre des assises de la téléconsultation sur la base des données disponibles, pour évaluer, par exemple, le taux de reconsultation après une téléconsultation.

[123] Selon la réponse de juillet 2024 du conseiller social de l'Ambassade de France en Allemagne au questionnaire de la Cour.

CONCLUSION ET RECOMMANDATION

En 2021, la Cour avait jugé prioritaire un déploiement de la télésanté ciblé sur les zones à faible densité médicale, sur les patients détenus, sur les résidents en établissements médico-sociaux et sur les patients atteints de maladies chroniques.

Or, depuis leur prise en charge dans le droit commun de l'assurance maladie en 2018, les téléconsultations se sont développées sans qu'une stratégie claire des pouvoirs publics, assortie de leviers identifiés et d'indicateurs pertinents pour atteindre ces cibles, n'ait réellement été arrêtée. Afin que ces actes ne se résument pas à une simple modalité alternative à des consultations en présence du patient, la stratégie des pouvoirs publics doit désormais être affinée et reposer davantage sur le rôle de chef de file confié à la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé.

Les objectifs fixés par les principaux textes relatifs à la télémédecine n'ont pas été atteints à ce jour. Diverses actions doivent être envisagées pour que les téléconsultations prennent place dans l'offre de soins et contribuent de manière pertinente à la prise en charge des patients, en particulier dans les établissements et services sanitaires et sociaux, les établissements pénitentiaires et dans les zones d'intervention prioritaire.

Les structures d'exercice coordonné jouent un rôle très insuffisant pour que les téléconsultations puissent respecter le critère de territorialité prévu par la convention médicale.

Enfin, le développement des téléconsultations pourrait permettre de dégager des économies significatives.

Les assises de la téléconsultation, qui devraient se tenir à l'été 2025, doivent être mises à profit pour définir une nouvelle stratégie qui explicite l'intégration efficiente des téléconsultations, notamment des plateformes, dans la prise en charge des soins non programmés.

Au vu de ses observations, la Cour formule les recommandations suivantes :

1. *adopter une nouvelle stratégie de développement des téléconsultations, en définissant les objectifs prioritaires poursuivis et en leur associant des indicateurs de résultat (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de l'économie, des finances, et de la souveraineté industrielle et numérique, Cnam) ;*
2. *renforcer le recours à la téléconsultation dans les établissements et services sanitaires et médicosociaux et dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de la justice).*

Chapitre III

Un développement souhaitable des téléconsultations sous certaines conditions

Le développement des téléconsultations apparaît souhaitable dans les situations et pour les raisons évoquées plus haut mais un certain nombre de conditions doivent être respectées. Tout d'abord, les modalités financières de prise en charge des téléconsultations doivent être affinées et recentrées sur les zones et les publics prioritaires (I). Ensuite, le cadre juridique des téléconsultations, en cours de modification pour les sociétés de téléconsultation qui se sont vu reconnaître un statut juridique, doit être stabilisé. Il pourrait toutefois faire l'objet de quelques assouplissements pour faciliter la réalisation de téléconsultations dans les zones d'intervention prioritaire (II). Enfin, compte tenu de la spécificité de ces actes le plus souvent dépourvus d'examen clinique, la qualité et la sécurité des pratiques à distance doivent être mieux étudiées et confortées (III).

I - Des modalités financières à affiner

Le modèle tarifaire des téléconsultations des médecins libéraux est en cours d'évolution (A). Le remboursement de ces actes à distance est accompagné parallèlement de diverses aides indiscriminées versées par l'assurance maladie, les agences régionales de santé (ARS) ou des collectivités territoriales, qui gagneraient à être mieux connues et plus ciblées (B).

A - Un modèle tarifaire en cours d'évolution pour les médecins libéraux

1 - Un décrochage du remboursement des téléconsultations

Remontant au 15 septembre 2018[124], la tarification des téléconsultations est récente mais a déjà connu d'importantes évolutions. À l'origine, les téléconsultations étaient valorisées de manière identique aux consultations classiques. Elles ont par ailleurs été prises en charge à 100 % par l'assurance maladie entre le 20 mars 2020[125] et le 30 septembre 2022 à titre

[124] Avenant n° 6 à la convention médicale du 14 juin 2018.
[125] Par un décret du 19 mars 2020 et une ordonnance du 15 avril 2020.

dérogatoire, en raison de la crise sanitaire[126], ce qui a significativement contribué à leur développement. Il a été mis fin à cette dérogation conformément à une recommandation de la Cour[127].

Un décrochage est cependant apparu depuis le 1er novembre 2023, date à laquelle le tarif de consultation d'un médecin généraliste a atteint 26,50 € (30 € à compter du 22 décembre 2024), alors que celui d'une téléconsultation est resté inchangé à 25 €.

Pour les médecins généralistes, l'écart d'honoraires entre une téléconsultation et une consultation (cf. annexe nº 8) traduit notamment le fait que la durée d'une téléconsultation est en moyenne près de deux fois plus courte que celle d'une consultation. Selon les données communiquées par *Doctolib*, la première était de 9 minutes en 2023 (8 minutes et 42 secondes pour les médecins généralistes utilisateurs de la société *Medaviz* et 12 minutes pour ceux de la société *Livi*), contre 16 minutes pour la seconde[128].

Les tâches administratives réalisées par le médecin généraliste expliquent pour partie l'écart de la durée moyenne entre une téléconsultation et une consultation. En principe, la téléconsultation permet d'alléger ces tâches. Ces dernières représenteraient entre 10 % et 20 % du temps de consultation d'un médecin français, selon le rapport de la mission flash[129] « *Simplifier et réduire les tâches administratives pour libérer du temps médical* » de février 2023 ou, entre 22 % et 33 %, selon l'Institut de formation Santé académie[130]. Une consultation en France dure deux fois plus longtemps que celles réalisées en Allemagne ou au Royaume-Uni, de l'ordre de huit à dix minutes. Cet écart s'explique notamment par l'activité d'assistants médicaux en Allemagne, qui permettent d'augmenter le temps médical disponible et de prendre en charge davantage de patients. La stratégie « *Ma Santé 2022* » prévoyait la création de 4 000 postes d'assistants médicaux d'ici la fin de 2022, objectif porté à 10 000 d'ici la fin de 2024. En octobre 2024, 7 240 emplois de ce type avaient été enregistrés.

Les différences entre les pathologies présentées par les patients examinés en téléconsultation ou en consultation expliquent également pour partie cet écart.

Lors d'une téléconsultation, certaines majorations ne sont pas prises en considération comme elles le sont lors d'une consultation, à l'image des majorations de coordination

[126] Le code de la sécurité sociale prévoit que lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, des règles de prise en charge renforcée des frais de santé peuvent être adoptées en urgence. Ces dérogations peuvent porter sur la participation de l'assuré, la participation forfaitaire et la franchise mentionnées, respectivement, au premier alinéa des I, II et III de l'article L. 160-13 de ce code.

[127] Cour des comptes, *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, 2021 p. 207 et s., recommandation nº 23.

[128] Sur une base déclarative, la durée d'une consultation au cabinet d'un médecin généraliste était estimée à 18 minutes en 2019 (Drees, *Études et résultats*, nº 1113, mai 2019).

[129] Confiée par le DG de la Cnam à M. Pierre Albertini, ancien directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie de Paris, et le Dr. Jacques Franzoni, président de la CPTS Grand Valenciennes.

[130] Selon une étude parue en 2019 dans la revue *The Lancet*, la charge administrative pour un médecin de soins primaires en Europe représenterait 30 % de son activité.

généralisée (5 €)[131], pour personnes âgées au bénéfice du médecin non traitant (5 €)[132] ou pour les enfants de moins de six ans (5 €)[133]. De même, certains actes techniques pratiqués grâce à des objets connectés (à partir d'une cabine, d'une mallette, d'une console ou d'une borne) ne sont pas remboursés lors d'une téléconsultation, tels la réalisation d'un électrocardiogramme (14,26 €) ou d'une dermatoscopie (54,10 €). Ces majorations ou ces actes pourraient être facturés pour des téléconsultations réalisées notamment au profit de personnes âgées ou nécessitant un électrocardiogramme.

D'autres pays ont également choisi de minorer le montant des honoraires versés aux médecins téléconsultants. En Allemagne, la rémunération due au praticien (forfaits et suppléments) pour un épisode de soins[134] subit un abattement qui s'élève à 20 %, 25 % ou 30 % en fonction de la spécialité médicale (20 % pour les médecins généralistes), si l'épisode de soins se compose uniquement de téléconsultations, sans aucune consultation en présentiel. Au Danemark, à l'inverse, les téléconsultations assurées par vidéotransmission sont facturées 22 € contre 20 € pour les consultations au cabinet médical ; en revanche, les consultations par messagerie et par téléphone y sont facturées à un niveau nettement inférieur (respectivement 6 € et 4 €) et correspondent à des prestations en partie prises en charge à hauteur de 25 € en France, soit un niveau quatre à six fois supérieur.

Les téléconsultations des sages-femmes sont facturées et prises en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que les actes réalisés en présence du patient, la différence constatée avec les médecins s'expliquant par l'absence de discussion de ce point lors de négociations conventionnelles. Il apparaît toutefois logique qu'une différenciation tarifaire soit également introduite lors des prochaines négociations.

Depuis 2020, en lien avec l'évolution de l'activité évoquée ci-dessus, la part des téléconsultations dans le montant total des remboursements baisse pour les médecins libéraux (généralistes et spécialistes), demeure très faible pour les sages-femmes et progresse de façon très soutenue pour les centres de santé – dont les sociétés de téléconsultation (cf. graphique n° 17).

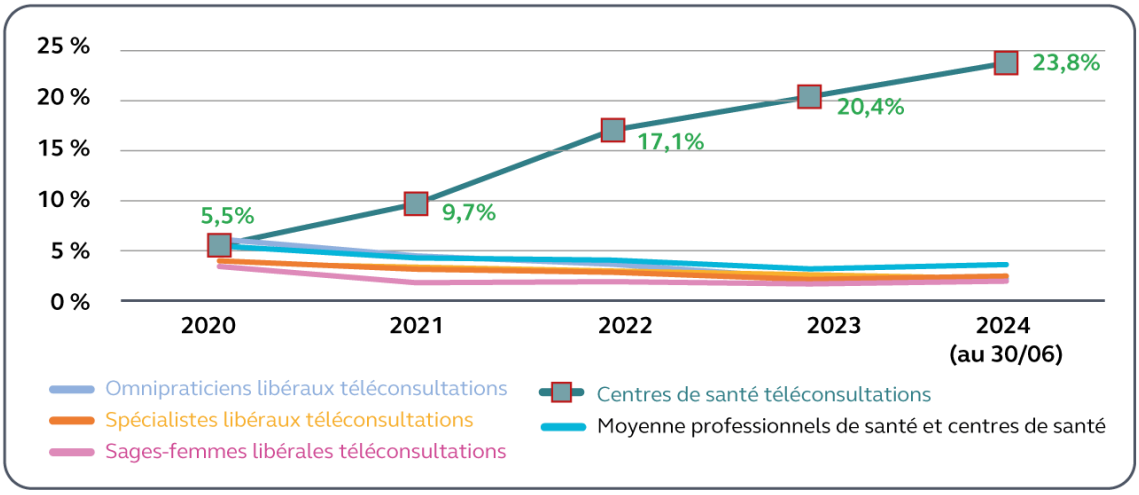
[131] Elle permet de valoriser le retour d'information vers le médecin traitant du patient lorsque ce dernier doit consulter un autre médecin éloigné de sa résidence habituelle.

[132] Cette majoration est réservée aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants. Elle bénéficie aux médecins pour les patients de plus de 80 ans dont ils ne sont pas le médecin traitant et pour les médecins généralistes en l'absence du médecin traitant.

[133] En téléconsultation, cette majoration est versée aux médecins généralistes du secteur 1 et sous option pratique tarifaire maîtrisée et aux actes sans dépassement du secteur 2.

[134] Les médecins allemands ne sont pas rémunérés à l'acte, mais par épisode de soins (*Behandlungsfall*). Ils facturent ainsi les actes réalisés de manière trimestrielle aux caisses publiques d'assurance maladie, par le biais d'associations de médecins conventionnés dans les régions (*Länder*).

Graphique n° 17 : part des téléconsultations dans les montants remboursés des actes selon le professionnel de santé (2020 - juin 2024)



Source : Cour des comptes, d'après données Cnam (site internet Ameli)

L'évolution de la part des téléconsultations dans le montant total des prestations des centres de santé s'explique par la présence des plateformes de téléconsultation. Il n'est pas possible de les identifier directement dans les données disponibles. Aussi, la Cnam considère comme plateforme tout centre de santé ayant facturé plus de 90 % de téléconsultations dans l'ensemble de ses actes. En 2023, elle en a identifié 11, pour lesquelles le montant remboursé au titre des téléconsultations s'est élevé à 87 M€, représentant 90 % de la totalité des remboursements des centres de santé. Avec la mise en œuvre du statut des sociétés de téléconsultation, ces actes seront beaucoup moins nombreux dans les centres de santé en 2025.

2 - Une restriction des majorations susceptible de réduire le nombre de téléconsultations

La permanence des soins ambulatoires[135] non régulée est assurée par des médecins de ville (que ce soit sous la forme de consultation, de visite ou de téléconsultation). Ces soins sont soumis à des majorations tarifaires de nuit, de dimanche et de jours fériés[136], en cas d'urgence justifiée par l'état du patient.

[135] La permanence des soins ambulatoires repose sur une régulation médicale des appels assurée par des médecins libéraux volontaires. Celle-ci permet d'orienter chaque appelant vers la prestation médicale adaptée à son état et, si nécessaire, de solliciter un médecin de garde. La déclinaison régionale des modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoires est définie dans le cadre de cahiers des charges régionaux arrêtés par les directeurs généraux des agences régionales de santé (articles R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique). La permanence des soins ambulatoires est dite « non régulée » lorsque le patient ne passe pas préalablement par une plateforme téléphonique opérée dans le cadre d'un service d'accès aux soins (SAS).

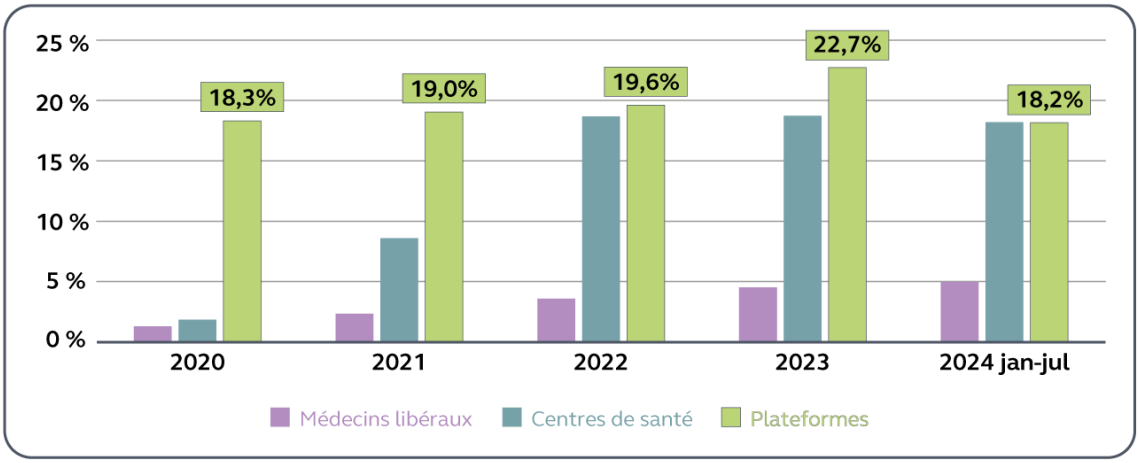
[136] Article 14 de la Nomenclature générale des actes professionnels : *« sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures. »* Majoration de l'activité de consultation : majoration pour acte de nuit de 20h00 à 0h00 et de 6h00 à 8h00 : 35 €. Majoration milieu de nuit de 00h00 à 06h00 : 40 €. Majoration de dimanche et jours fériés : 19,06 €. En cas de déplacement pour une visite, les tarifs sont majorés de 3 €.

Les consultations représentent la part la plus importante de ces soins, malgré une certaine érosion (65 % en 2020, 62 % au premier semestre 2024). Les visites ont fortement chuté, passant de 21 % en 2020 à 6 % au premier semestre 2024. À l'inverse, les téléconsultations ont progressé dans le même temps de 14 % à plus de 30 %[137].

Environ 5 % des téléconsultations des sages-femmes et des médecins libéraux ont été facturées avec des majorations de nuit ou de dimanche ou jour férié en 2023 et au premier semestre 2024. Les centres de santé (525 en 2023) et les plateformes de téléconsultation (11)[138] ont facturé des majorations pour environ un cinquième de leur activité aux mêmes périodes. La part des facturations de téléconsultations majorées a diminué pour les plateformes au premier semestre 2024 (cf. graphique n° 18), probablement en raison des contrôles effectués par plusieurs CPAM en 2023 et du rappel des règles de tarification des majorations par la Cnam, les CPAM et certaines directions de la coordination de la gestion du risque de l'assurance maladie.

Ainsi, l'une des plateformes a revu les règles de prise de rendez-vous sur son site internet. Il n'est désormais plus possible de prendre un rendez-vous aux horaires concernés par les majorations. À l'inverse, la forte proportion des centres de santé dans les majorations facturées, qui demeure stable, pourrait concerner des sociétés de téléconsultation non identifiées en tant que telles.

Graphique n° 18 : part de l'activité de téléconsultation facturée avec des majorations de nuit ou de dimanche ou jour férié (2020 - juillet 2024)



Note de lecture : les centres de santé qui ont facturé plus de 90 % de téléconsultations sont assimilés à des plateformes de téléconsultation.
Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

En 2023, 3,8 millions d'actes cliniques (consultations, visites et téléconsultations) ont fait l'objet de majorations tarifaires pour un total de 103 M€, dont le tiers (1,2 million d'actes et 36 M€) pour les seules téléconsultations. Le montant de 36 M€ se répartit comme suit : 10,5 M€ pour les médecins libéraux, 2 M€ pour les centres de santé et 23,5 M€ pour les plateformes.

[137] Selon le rapport « charges et produits » pour 2025 de la Cnam (p. 224), la téléconsultation est très marginale dans le dispositif de la PDSA régulée : 0,7 % en 2021 et 2022.
[138] Sont considérés comme des plateformes les centres de santé qui ont facturé plus de 90 % de téléconsultations.

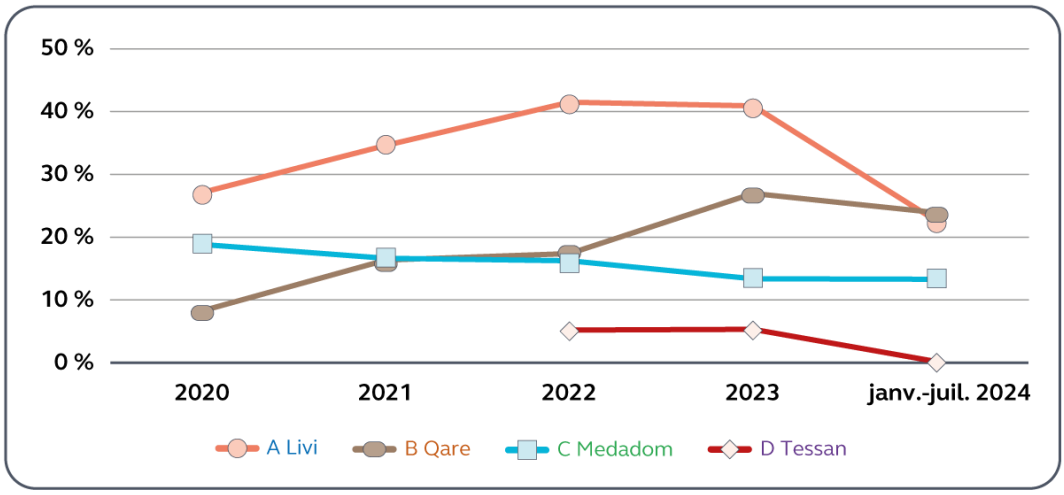
Des pratiques de facturation différenciées selon la nature des professionnels

Des études régionales de directions de la coordination de la gestion du risque de Grand Est et d'Île-de-France mettent en évidence l'existence de pratiques de facturation différentes des médecins généralistes libéraux et des plateformes de téléconsultation. Dans la première région, en 2023, 27 % des téléconsultations de ces dernières étaient facturées avec une majoration, contre 3 % de celles des médecins généralistes libéraux. En Île-de-France, au premier semestre 2023, ces taux étaient respectivement de 23 % et 9 %. Au premier semestre 2024, cette proportion y a baissé pour les plateformes (20 %) et progressé pour les médecins généralistes libéraux (11 %), ce qui laisse à penser que les premières se substituent aux médecins généralistes libéraux quand ceux-ci ne sont pas présents en cas de besoin.

Par ailleurs, ces études montrent que toutes plateformes confondues, une différence de facturation des majorations existe selon le département des bénéficiaires. En 2023, en Grand Est, l'écart était de 10 points entre certains départements. En Île-de-France, la situation était relativement homogène pour tous les départements (entre 25 % et 28 %), à l'exception de la Seine-Saint-Denis : après des actions de contrôle et la mise en place de rejets de facturation par la CPAM, les téléconsultations facturées pour les bénéficiaires de ce département n'ont été majorées que dans 5 % des cas. Au premier semestre 2024, la part des téléconsultations majorées dans l'ensemble des téléconsultations facturées par les plateformes a baissé dans tous les départements, à l'exception de la Seine-Saint-Denis où elle atteint 10 %, taux qui reste très en deçà de la moyenne régionale (20 %).

Des différences de facturation de majorations très significatives existent entre les plateformes (cf. graphique n° 19) et pourraient traduire des facturations abusives de certaines d'entre elles.

Graphique n° 19 : proportion de téléconsultations avec une facturation majorée pour les quatre principales plateformes (2020 - juillet 2024)



Note de lecture : les noms des plateformes de téléconsultation ont été anonymisés.
Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

Compte tenu des abus suspectés par l'assurance maladie, la convention médicale adoptée le 4 juin 2024 a fortement restreint les possibilités de majoration tarifaire (pour les consultations, visites ou téléconsultations) en retenant une définition restrictive de l'urgence. Ainsi, les majorations tarifaires aux conditions exposées dans la nomenclature générale des

actes professionnels (cf. *supra*) sont désormais réservées à deux situations exclusivement : *« lorsque le médecin intervient pour un patient en situation d'urgence correspondant à une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles » ;* ou lorsque le médecin traitant *« intervient pour ses patients en situation d'urgence clinique »*. En-dehors de ces deux dérogations, les téléconsultations, comme les consultations et les visites réalisées aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA), ne bénéficient plus que d'une majoration de 5 €.

Selon un sondage interne réalisé par la société de téléconsultation *Qare*, près de 80 % de ses médecins généralistes pratiquent des téléconsultations en soirée ou le dimanche ou un jour férié en complément de leurs consultations réalisées en journée dans la semaine. Avec la convention médicale de 2024, 47 % ont indiqué qu'ils arrêteraient les téléconsultations le soir, le dimanche ou les jours fériés et 30 % qu'ils réduiraient cette activité.

Avec une baisse des téléconsultations assurées par les plateformes, de nombreux patients pourraient se tourner vers les services d'urgence, déjà surchargés, même si le développement de la régulation médicale est censé contenir les excès du consumérisme médical pendant les horaires de la PDSA. Dans un rapport public thématique de mai 2024, la Cour a relevé que *« les demandes de soins non programmés qui s'expriment pendant la période dite "de permanence de soins ambulatoires" […] sont, pour partie, le fait de patients n'ayant pas trouvé de médecin de ville disponible durant la journée. »*[139]

Selon un rapport de l'Institut Rousseau de 2023, le report en soirée (ou le week-end) de patients qui n'ont pas trouvé de créneau dans les heures d'ouverture des cabinets en journée, s'élèverait à 30 % de la charge totale des soins pris en charge par la PDSA. En 2023, selon le LET, 1,5 million de patients auraient été pris en charge par les sociétés de téléconsultation le soir ou le week-end.

3 - La limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation

Depuis le 1er janvier 2024[140], la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail en téléconsultation ne peut porter sur plus de trois jours ni avoir pour effet de porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail déjà en cours. Cette disposition ne s'applique pas aux prescriptions ou renouvellements délivrés par le médecin traitant ou la sage-femme référente, ni en cas d'impossibilité, dûment justifiée par le patient, de consulter un professionnel médical compétent pour obtenir, par une prescription réalisée en sa présence, une prolongation de l'arrêt de travail. Au-delà de ce plafond de trois jours, les arrêts de travail et les prolongations d'arrêt prescrits en téléconsultation ne sont donc plus indemnisés par l'assurance maladie obligatoire.

Cette mesure vise à accompagner le développement de la téléconsultation *« par une vigilance sur la qualité des pratiques et la bonne prise en compte des besoins des patients »*[141]. La durée de trois jours a été retenue au motif que *« si l'état de santé de l'assuré ne s'améliore*

[139] Cour des comptes, rapport publique thématique, *L'organisation territoriale des soins de premier recours*, mai 2024, p. 39.
[140] Article 65 de la loi nº 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, codifié à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique.
[141] Exposé des motifs de l'article 28 du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2024.

pas, voire s'aggrave au-delà d'une période de trois jours, il est nécessaire que celui-ci puisse être examiné physiquement par un médecin pour permettre la prise en charge d'une éventuelle pathologie plus lourde qu'initialement diagnostiquée en l'absence d'examen physique. »

Cette limitation vise également à éviter des abus, relevés par la Cnam ou le Conseil national de l'ordre des médecins, dans la facturation des téléconsultations par certaines plateformes spécialisées, qui tenaient principalement à la prescription d'arrêts maladie. Les actions menées à l'encontre des sites concernés par ces abus ont abouti à leurs fermetures par décision du tribunal judiciaire de Paris[142] (*docteursecu.fr* et *arretmaladie.fr*, sites fermés en novembre 2020). Des plateformes, comme *Stop-travail.com* (9 € payés par le patient) ou *Medicineo* (21 € payés par le patient), continuent néanmoins de proposer aux patients d'obtenir, en quelques minutes et quelques clics, un arrêt maladie pour des affections courantes, en remplissant un simple questionnaire d'autodiagnostic, qui doit en réalité être analysé par un médecin partenaire ou tout autre médecin pour que le document soit susceptible d'être accepté par un employeur[143]. À ce dernier titre, le patient doit payer une consultation ou une téléconsultation. Les pratiques de ces plateformes et leur conformité au nouveau cadre légal font l'objet d'une attention particulière de la part de la Cnam.

L'Allemagne a retenu une approche analogue : la durée d'un arrêt de travail délivré à l'issue d'une téléconsultation est plafonnée à trois jours lorsque le patient est inconnu du praticien et sept jours dans l'hypothèse inverse.

Deux études menées, selon une méthodologie quasi-identique[144], par les DCGDR Île-de-France et Grand Est permettent d'appréhender les pratiques des sociétés de téléconsultation et des médecins généralistes libéraux et les évolutions liées à la réforme mise en œuvre en 2024.

Les prescriptions d'arrêt maladie délivrées en Île-de-France par les plateformes (6 % des téléconsultations réalisées dans la région) sont moins nombreuses que celles délivrées à distance par des médecins généralistes libéraux (10 %). En Grand Est, les proportions sont quasi similaires (11 % pour les premières, contre 10 % pour les seconds). Dans ces deux régions, les médecins généralistes libéraux non traitants délivrent plus d'arrêts maladie que les plateformes (entre 15 % et 17 %). Les arrêts de travail sont la plupart du temps des arrêts initiaux quand ils sont délivrés *via* les plateformes (95 % de l'ensemble des arrêts de travail prescrits), un peu moins souvent quand ils sont prescrits à distance par les médecins généralistes libéraux (entre 80 % et 87 %). En revanche, lorsque le médecin généraliste libéral n'est pas le médecin traitant, la part des arrêts initiaux (91 %) est proche de celle des sociétés de téléconsultation.

Les médecins des plateformes prescrivent des arrêts de travail plus courts, quelle que soit leur nature. Des écarts de durée prescrite existent également selon que le médecin généraliste

[142] Tribunal jud. de Paris, 6 novembre 2020, n° 20.54799. Le tribunal avait donné gain de cause à la Cnam, au Conseil national de l'ordre des médecins, à la Mutualité sociale agricole et à la Mutualité française en raison de prescriptions d'arrêts de travail jugées complaisantes et de *« troubles manifestement illicites et graves »* contraires aux règles de la télémédecine.

[143] Lancée en mars 2024, implantée probablement en Allemagne, la plateforme *Medicineo* revendique sur son site internet collaborer avec plus de 300 médecins partenaires et avoir délivré 800 000 certificats médicaux en France. Le site internet offre au patient la possibilité de choisir la date de début et de fin de l'arrêt de travail, dans la limite d'une durée de sept jours.

[144] Dans un objectif de comparaison plus précis avec les plateformes, les DCGDR Île-de-France et de Grand Est ont pris en considération les téléconsultations de médecins généralistes non traitants.

téléconsulté est ou non médecin traitant. Depuis l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, la durée moyenne d'un arrêt de travail prescrit par les plateformes et les médecins généralistes non traitants à distance a baissé. Cette évolution s'amorce également pour les médecins traitants téléconsultés (cf. tableau n° 2).

Tableau n° 2 : évolution du nombre moyen de jours d'arrêts de travail prescrits en téléconsultation en Île-de France et en Grand Est (2023-2024)

Région	**Île-de-France**		**Grand Est**	
Période	**1er sem. 2023**	**1er sem. 2024**	**1er tr. 2023**	**1er tr. 2024**
Arrêt initial				
Plateforme	2,6	2,2	2,4	2,1
MG libéraux	4,9	n.d.	4,3	n.d.
Dont MG libéraux non traitants	3,6	3	3,5	2,8
Dont MG libéraux traitants	n.d.	n.d.	5,2	4,8
Prolongation				
Plateforme	3,9	2,6	3,1	2,2
MG libéraux	13,2 (a)	n.d.	10,6	n.d.
Dont MG libéraux non traitants	8,7	7,3	7,4	5,7
Dont MG libéraux traitants	n.d.	n.d.	12,5	11,8

(a) 60 % des prolongations émanent des médecins traitants.
Source : Cour des comptes d'après données DCGDR Île-de-France et Grand Est

Selon la DCGDR Île-de-France, la faible durée constatée pour les arrêts de travail prescrits *via* des plateformes pourrait résulter du fait que *« 95 % de ces arrêts prescrits […] sont des arrêts maladie initiaux, pour des patients dont elles ne sont pas médecin traitant dans la plupart des cas ».*

Le nombre de téléconsultations avec une durée d'arrêt de travail prescrit supérieure à trois jours confirme cette tendance. En Grand Est, le taux de ces prescriptions baisse significativement pour les médecins généralistes non traitants (19 % en 2024, contre 31 % en 2023) et les plateformes (2 % en 2024, contre 12 % en 2023). Cette diminution est moins marquée pour les médecins traitants généralistes (46 % en 2024, contre 50 % en 2023).

4 - Des interrogations tarifaires liées au recours aux seuls moyens de vidéotransmission et à la prise en charge des simples avis et conseils

Le remboursement des téléconsultations est conditionné au recours à des moyens de vidéotransmission sécurisés. L'utilisation d'autres moyens, comme le téléphone, une correspondance ou un courriel, est donc interdite mais suscite des interrogations.

Selon l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, *« les produits, les prestations et les actes prescrits à l'occasion d'un acte de téléconsultation […] ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir fait l'objet d'une communication orale, en vidéotransmission ou téléphonique, entre le prescripteur et le patient. »* Dans son baromètre d'opinion pour l'année

2023 publié en juillet 2024, la Drees a relevé qu'une personne sur dix a consulté un médecin par téléconsultation (8 % par vidéo, 2 % par téléphone). L'utilisation du téléphone pour une consultation à distance ne donne lieu à aucun remboursement de l'assurance maladie obligatoire. Au Danemark, les renouvellements d'ordonnances peuvent intervenir par le biais des consultations par messagerie, qui correspondent à *« des demandes simples, spécifiques et non urgentes qui ne nécessitent pas de questions supplémentaires de la part du médecin »*, avec un coût quatre à cinq fois inférieur à celui des téléconsultations ou des consultations en France.

L'article R. 4127-53 du code de la santé publique interdit de facturer des honoraires aux simples avis et conseils dispensés à un patient par téléphone ou par correspondance, ce qui semble donc autoriser cette facturation pour les avis et conseils prodigués en présence du médecin ou en visioconférence. Lors de son contrôle mené en 2021[145], la Cour avait relevé l'ampleur de la dispensation d'avis et conseils grâce aux téléconsultations au cours de la crise sanitaire, permettant de facturer des activités qui ne l'étaient pas auparavant, en particulier grâce au recours à des moyens de communication non sécurisés. L'article précité soumet néanmoins la perception d'honoraires à la réalisation d'un acte ou d'une prestation de soin, ce que ne semblent pas être de simples avis et conseils (cf. annexe n° 6).

L'ambiguïté juridique et pratique actuelle pourrait être levée, au bénéfice du bon usage des deniers publics, en adoptant l'une des branches de l'alternative suivante : soit une interdiction de la facturation d'honoraires pour de simples avis ou conseils, soit une facturation spécifique à un tarif minoré par rapport au tarif actuel de 25 € en téléconsultation. Cette question recoupe en partie la question de la durée des téléconsultations. L'adoption de la seconde solution reposerait principalement sur la confiance dans la facturation de ces actes par les professionnels médicaux et serait, par construction, complexe à contrôler par la Cnam dans la mesure où les motifs de consultation ne sont pas tracés dans son système d'information (Sniiram) à ce jour. Selon la Cour, les simples avis et conseils ne devraient pas être facturés.

B - Des aides à l'accompagnement et à l'équipement à mieux connaître et cibler

Des aides spécifiques aux téléconsultations sont aujourd'hui attribuées par la Cnam pour assurer le développement de ces actes. Elles concernent les professionnels médicaux et les pharmaciens titulaires d'officine. Les ARS et certaines collectivités territoriales ont également créé des aides pour encourager le développement de la télémédecine, en sus de celles prévues par les conventions nationales qui lient les professionnels de santé et la Cnam. Le versement par les premières est méconnu du ministère chargé de la santé et celui des secondes appelle une certaine vigilance. L'État, *via* ses directions d'administration centrale, services ou établissements publics et les ARS, contribue au déploiement des téléconsultations. Il est opportun que le ministère dispose d'une connaissance consolidée des projets de télémédecine cofinancés par les ARS. Toutes ces aides devraient être évaluées et attribuées aux publics et aux zones prioritaires.

[145] Cour des comptes, *op. cit.*, « La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins ».

1 - Les aides importantes versées aux professionnels médicaux

Les médecins libéraux et les sages-femmes bénéficient d'aides financières à l'équipement.

Pour les médecins libéraux, l'aide est instaurée par le biais de deux indicateurs inscrits dans le volet 2 du forfait structure[146] : un indicateur de 50 points (soit 350 €) permettant de s'équiper en vidéotransmission, de mettre à jour les équipements informatiques et de s'abonner à des plateformes de télémédecine pour assurer des téléconsultations dans des conditions sécurisées, et un indicateur de 25 points (soit 175 €) permettant de s'équiper en appareils médicaux connectés[147].

La somme, prévue au titre du premier indicateur, est versée annuellement. Pour le second indicateur, tout dépend de l'année d'acquisition et du nombre d'appareils. Si le médecin en achète un par an, il perçoit à chaque fois 175 €. S'il les acquiert tous, la même année, ce même montant lui est versé une seule fois. Avec la nouvelle convention médicale, à compter du 1er janvier 2026, ce forfait structure disparaîtra au profit d'une dotation numérique. Les téléconsultations, et plus généralement la télémédecine, ne figurent pas parmi les indicateurs retenus pour son attribution.

En 2023, le montant total des aides à l'équipement versées aux médecins généralistes s'est élevé à 18,2 M€, réparti en 13,4 M€ pour les outils de vidéotransmission (38 227 médecins concernés) et 4,8 M€ pour les équipements médicaux connectés (pour 25 510 médecins)[148].

Pour les sages-femmes libérales, un indicateur optionnel prévu par leur convention nationale leur permet de bénéficier d'une aide identique à celle des médecins libéraux, l'aide forfaitaire étant toutefois perçue indépendamment de l'atteinte des indicateurs socle du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet.

En 2023, le montant total des aides à l'équipement versé aux sages-femmes s'élève à 1,5 M€, réparti en 1,2 M€ pour l'équipement de vidéotransmission (3 419 sages-femmes concernées) et 0,3 M€ pour les équipements médicaux connectés (1 812 sages-femmes)[149].

Comparés aux sommes remboursées par l'assurance maladie pour les téléconsultations, ces montants sont importants. En 2023, ils correspondaient à 11 % des montants remboursés pour des téléconsultations réalisées par des médecins libéraux et à 80 % de ceux des sages-femmes. Pourtant élevées, les aides versées apparaissent peu incitatives au développement effectif des téléconsultations.

2 - Une progression des aides versées aux pharmaciens titulaires d'officine

Des pharmaciens assistent les professionnels de santé téléconsultants dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique. Ils perçoivent une participation financière de l'assurance maladie dans le cadre de la rémunération sur objectifs pour le développement du numérique en santé et l'accès aux soins.

---

[146] Le forfait structure est une aide financière de l'Assurance maladie, permettant de faciliter la gestion du cabinet au quotidien. Elle est calculée selon le niveau d'atteinte d'indicateurs.

[147] Oxymètre, stéthoscope, dermatoscope, otoscope, glucomètre, sonde pour doppler fœtal et vasculaire…

[148] En 2021, le montant total s'élevait à 17 M€ (13 M€ pour l'équipement vidéo de 37 300 médecins et 4 M€ pour les équipements connectés de 22 400 médecins).

[149] En 2022, le montant total s'élevait à 1,5 M€.

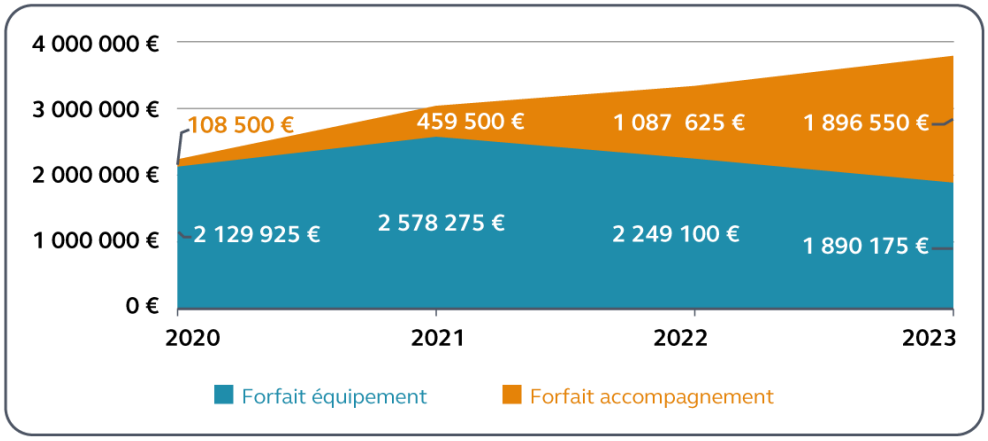
De 692 en 2020, le nombre de pharmacies concernées par les aides versées a atteint 4 930 en 2023, puis 5 370 au premier semestre 2024, soit 24 % de l'ensemble des pharmacies.

De 2018 à 2022, avec l'avenant conventionnel du 6 décembre 2018, les pharmaciens bénéficiaient, la première année de mise en œuvre de la téléconsultation dans leur officine, d'une rémunération forfaitaire de 1 225 € TTC pour l'équipement, couvrant l'abonnement à une solution technique pour mettre en œuvre la vidéotransmission, ainsi que les équipements minimaux, puis les années suivantes, de 350 €. L'assurance maladie leur versait également une participation forfaitaire relative au temps passé à l'organisation de la téléconsultation et à l'éventuelle assistance apportée au médecin et au patient. Son montant variait en fonction du nombre de téléconsultations réalisées sur l'année civile. Le montant forfaitaire était plafonné à 400 € correspondant à 30 téléconsultations. En deçà de ce seuil, la rémunération était de 100 € par tranche de 10 téléconsultations, soit un montant moyen versé de 10 € par téléconsultation.

La convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine du 31 mars 2022 a abaissé le niveau global de ces différentes rémunérations. Le montant de l'aide initiale à l'équipement a certes été maintenu mais les aides ultérieures ont été supprimées. S'agissant de l'aide à l'accompagnement du patient, son montant forfaitaire est désormais limité à 750 € TTC, pour 145 téléconsultations. En deçà de ce seuil, la rémunération est de 25 € par tranche de 5 téléconsultations, soit un montant moyen versé de 5 € par téléconsultation.

Le montant total des aides à l'équipement a diminué de 27 % entre 2021 et 2023, alors qu'à l'inverse, le montant total des forfaits accompagnement a progressé de façon exponentielle (multiplication par 17 entre 2020 et 2023) en raison de la hausse du nombre de téléconsultations (cf. graphique n° 20).

Graphique n° 20 : évolution des forfaits d'équipement et d'accompagnement versés aux pharmaciens d'officine (2020-2023)

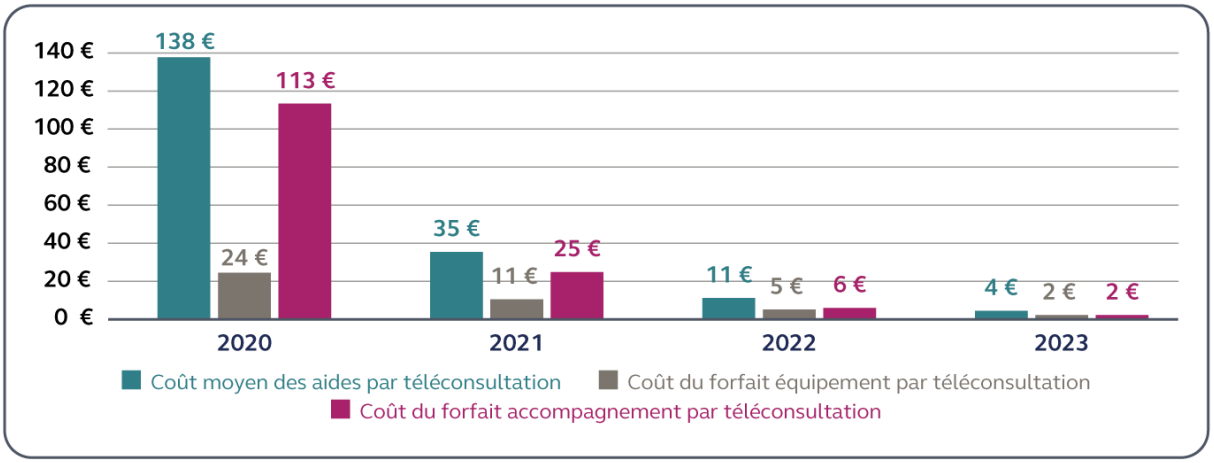


Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

Le coût moyen d'une téléconsultation en pharmacie a beaucoup diminué entre 2020 et 2023, passant de 138 € à 4 € sur la période, comme l'illustre le graphique n° 21 ci-dessous. Cette forte baisse s'explique par le resserrement de la politique d'aides conventionnelles et par la hausse du nombre de téléconsultations assistées en officine (qui augmente le

dénominateur[150]). Sur la période 2020-2023, ces aides représentent toutefois un montant moyen total de 11 € par téléconsultation accompagnée en officine, soit un ordre de grandeur comparable aux aides versées aux infirmiers.

Graphique n° 21 : évolution du coût de l'accompagnement à la téléconsultation en pharmacie d'officine (2020-2023)



Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

En 2023, 1 835 pharmacies ont réalisé plus de 146 téléconsultations (soit le plafond pour obtenir le montant maximum de 750 €), dont 53 plus de 1 000 téléconsultations (avec un maximum de 6 898 dans la Sarthe). Pour ces dernières, le montant moyen versé par téléconsultation s'est élevé à 0,49 €. Avec la limitation du forfait à partir de 146 téléconsultations, l'assurance maladie a ainsi dépensé à peine 2 M€ pour leur accompagnement en officine, montant équivalent à celui versé pour l'aide à l'équipement des officines. Certaines pharmacies, comme dans le Loiret en 2022, demandaient à chaque téléconsultation une participation du patient de 5 € en semaine et de 7 € un jour de garde, pratique irrégulière à laquelle l'assurance maladie a mis un terme. Une pratique similaire a été récemment instaurée par des pharmacies des Yvelines avec le paiement forfaitaire de 5 € pour l'utilisation de la cabine.

3 - Une méconnaissance des aides versées par les agences régionales de santé

En sus des forfaits versés par l'assurance maladie aux pharmaciens impliqués, certaines ARS soutiennent financièrement des expérimentations visant à favoriser l'assistance à la téléconsultation. Leurs résultats apparaissent mitigés et ces expérimentations reposent parfois sur des modèles économiques dont la plus-value n'apparaît pas évidente. Surtout, le ministère de la santé (secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et DGOS) ne dispose pas d'une connaissance d'ensemble des financements accordés par les ARS en la matière et, *a fortiori*, des résultats obtenus par les dispositifs ainsi financés.

[150] Le montant moyen des aides versées par téléconsultation en officines est égal au montant total d'aides versées à ce titre aux officines divisé par le nombre de ces téléconsultations.

À titre d'exemple, le directeur général de l'ARS Bourgogne-Franche-Comté a validé en mai 2024 un projet d'expérimentation[151] d'unités mobiles de télémédecine en soins programmés, dans la Nièvre et le Nord Franche-Comté, avec un budget prévisionnel de 1,33 M€, et un nombre prévisionnel de 20 496 actes assistés de télémédecine, soit 65 € par acte. À supposer l'activité prévisionnelle réalisée, ce montant serait significativement supérieur au remboursement d'une téléconsultation assistée par un infirmier spécifiquement au domicile du patient (+20 €) ou lors d'un soin infirmier déjà prévu (+30 €).

En février 2023, l'ARS Guyane a lancé une plateforme expérimentale qui permet d'assurer des téléexpertises et des téléconsultations avec un patient seul ou assisté. Elle a été développée, en 2022 et 2023, pour un coût de 0,52 M€. En 2023 et jusqu'en août 2024, seuls 193 actes, dont 122 en 2024, ont été réalisés, soit un coût unitaire de 2 715 €. Pour 2024, l'objectif consistait à réaliser 200 actes. Seule une structure, sur les dix qui avaient souscrit à la plateforme, avait réalisé des téléconsultations à l'automne 2024.

En 2023, des ARS ont lancé des appels à projet pour le déploiement de « médicobus » dans les territoires ruraux[152]. Un objectif cible de 100 véhicules à fin 2024 au niveau national a été fixé par instruction ministérielle à l'issue de deux vagues de labélisation. Le budget global de fonctionnement du « médicobus » est estimé à 200 000 € par an environ, pour une activité de 5 jours par semaine et hors rémunération des professionnels de santé.

Des financements importants sont ainsi mobilisés pour des résultats qui se révèlent modestes. Ils pourraient être utilisés à d'autres fins présentant de meilleurs résultats et à un coût moindre, comme le financement de mallettes utilisables par plusieurs infirmiers.

La Cour avait recommandé en 2017[153] de recentrer les expérimentations sur les projets les plus à même de déboucher sur des dispositifs généralisables dans un cadre de droit commun à coût maîtrisé.

4 - Des aides des collectivités territoriales aux résultats limités

Les communes ou les départements attribuent des aides pour l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans des zones déficitaires en offre de soins ou pour financer des structures dans le cadre du financement d'équipements. Ces actions se traduisent par la création de maisons de santé pluriprofessionnelles, de télécabines ou de dispositifs de santé itinérants.

Il n'existe pas de données consolidées au niveau national sur le financement de dispositifs de téléconsultations par les collectivités locales.

---

[151] Expérimentation dite « de l'article 51 », fondée sur les dispositions de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

[152] Cette mesure s'inscrit dans le cadre du plan « France ruralités » annoncé par la Première ministre le 15 juin 2023, et repris dans le plan « Pour des solutions concrètes d'accès aux soins dans les territoires » annoncé par la ministre de la santé le 13 juillet 2023.

[153] Cour des comptes, *op. cit.*, « La télémédecine, une stratégie cohérente à mettre en œuvre », 2017. Elle avait également préconisé en 2023 de limiter le flux d'entrée de nouveaux projets d'expérimentation de l'article 51, en s'assurant qu'ils correspondent aux orientations prioritaires (Cour des comptes, 2023, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre IV, « Expérimenter pour réformer l'organisation et la tarification des soins », p. 165).

Des initiatives locales, identifiées au cours de l'instruction par la Cour, concernent principalement l'achat de télécabines. Leur nombre était estimé entre 300 et 350 en France à l'été 2024. En 2017, un appel d'offres lancé par l'Union des groupements d'achats publics (Ugap) pour équiper les mairies de cabines de téléconsultation a été remporté par la société *H4D*. En 2021, un appel d'offres analogue de l'Ugap, pour les collectivités territoriales, a été remporté par la société *Medadom*.

En 2019, la commune du Favril (Eure-et-Loir) a implanté une cabine de téléconsultation de la société *H4D* au sein de la mairie pour un coût total de 100 000 €, financé à 80 % par les communes, le département et la région. Selon le maire, la mise en place de ce projet avait demandé deux ans de discussions et de négociations avec l'ARS[154]. Le bilan en termes d'efficience apparaît décevant. Entre octobre 2019 et septembre 2021, seules 163 consultations ont été réalisées, avec une majorité de patients de plus de 60 ans. Selon le bilan établi par la commune, sans cette cabine, l'automédication et le recours aux urgences auraient été envisagés respectivement à hauteur de 28 % et de 26 %. La cabine aurait permis de sauver trois vies. Les usagers sont satisfaits et n'éprouvent aucune difficulté dans l'utilisation des instruments. Le budget de fonctionnement de la cabine s'élève à 15 000 € par an. En juin 2024, le maire a finalement fermé la cabine, faute de patients. Selon lui, plusieurs raisons expliquent cette décision. Le service est moins attractif depuis la fin du remboursement à 100 % des téléconsultations par l'assurance maladie en octobre 2022. Les modalités de prise de rendez-vous sont devenues complexes avec le prépaiement en ligne de la consultation. Enfin, le service d'assistance s'est dégradé après l'installation de la cabine.

Des communes confient à leur centre communal d'action sociale la mission d'installer des cabines : Gravelines, près de Dunkerque, avec la location d'une cabine (820 € par mois, sur six ans) ; Sassenage, dans la banlieue de Grenoble, avec l'achat d'une cabine (46 000 €) ; Villejuif, dans le Val de Marne, avec l'achat d'une cabine (90 000 €). À Gravelines, entre 90 et 110 téléconsultations sont réalisées par mois. En outre, en 2024, trois communes de l'Eure envisageaient de s'équiper d'un cabinet de téléconsultation autonome et transportable qui dispose d'objets connectés (container de 15 m²). Les municipalités sont les exploitants et la société *La Box Médicale* en assure le fonctionnement incluant l'accompagnement des patients.

Les départements investissent aussi dans différentes solutions. En 2019, le département de la Meuse, en partenariat avec ceux de la Haute-Marne, de la Meurthe-et-Moselle, ainsi que la région Grand Est ont mis en place, pour une durée de dix ans, le projet *e-Meuse santé*. Soutenu par l'État et la Banque des territoires (direction opérationnelle de la Caisse des dépôts et consignations) dans le cadre de sa politique « Territoires d'innovation », ce projet a pour objet de fournir une solution de téléconsultation aux patients sans médecin traitant ou ne pouvant trouver un rendez-vous dans un délai raisonnable. Il est doté d'un budget de 26 M€, dont 8,4 M€ apportés par l'État.

D'autres départements ont acheté des cabines de téléconsultation à la société *H4D*. Le département de l'Ain en a acquis huit, dont les cinq premières en 2020, pour 100 000 € chacune, avec un financement à hauteur de 80 % par l'État, la sixième en 2022 pour 40 000 €. Près de

[154] Rapport d'information du Sénat n° 63 relatif aux initiatives des territoires en matière d'accès aux soins du 14 octobre 2021 p. 36). Une forte opposition de l'ARS est également mentionnée dans ce rapport pour la mise en place d'un cabinet de télémédecine dans la commune de Laigneville (Oise) en 2018.

10 000 téléconsultations ont été réalisées avec une fréquentation très variable selon les sites et une baisse depuis l'arrêt du remboursement à 100 % par l'assurance maladie. Depuis 2020 également, avec l'appui du département, du conseil départemental de l'ordre des médecins et de l'ARS, le département de Seine-et-Marne a déployé 11 cabines dans des communes rurales pour lutter contre la désertification médicale. Près d'un million d'euros a été investi par le département avec notamment des intercommunalités ou la région.

En 2022, la société *H4D* a été sélectionnée par le département des Yvelines, afin de l'accompagner pendant quatre ans dans sa stratégie de lutte contre la désertification médicale[155]. Cette opération a été lancée en concertation avec l'ARS, la CPAM, le conseil départemental de l'ordre des médecins et les CPTS. Une première étape prévue pour 2023 consistait à déployer une cinquantaine de dispositifs de téléconsultation (mallettes, bornes, cabines) pour un montant de 9 M€. Le département a acheté douze cabines, dont l'une devait être déployée à bord d'un bus itinérant. Aucune des cabines achetées n'est utilisable depuis la mise en liquidation judiciaire de la société *H4D* en septembre 2024.

Pour sa part, dans le cadre de sa politique de soutien à la télémédecine, la région Île-de-France prend en charge 50 % des dépenses subventionnables à hauteur de 20 000 € pour les équipements mobiles (comme un chariot ou une mallette de télémédecine) et non mobiles (télécabines).

Les dispositifs soutenus financièrement ou mis en place par les collectivités territoriales nécessitent des prestations d'installation et de maintenance, parfois onéreuses, en particulier pour de petites collectivités. Ils peuvent fragiliser celles-ci financièrement s'ils ne donnent pas satisfaction. En outre, les projets doivent être menés en concertation avec toutes les autorités locales, ce qui n'est pas toujours le cas. Une cabine peut être utile et fonctionner de façon satisfaisante, jusqu'à l'implantation d'une autre à proximité, la patientèle pouvant alors se diriger vers cette dernière.

5 - Des interventions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et de l'État aux résultats parfois mitigés

Le financement des dépenses d'investissement des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ne cible pas spécifiquement la télésanté. En revanche, la Caisse finance le *programme « ESMS numérique* » qui a pour objectif de généraliser l'utilisation du dossier usager informatisé (DUI) dans ces établissements, avec des solutions garantissant l'interopérabilité avec les systèmes d'information de santé tels que le dossier médical partagé (DMP) ; cela aurait aussi pour effet de favoriser le déploiement des téléconsultations. En effet, à ce jour, les usages du DUI sont centrés sur les besoins des ESSMS et peu tournés vers l'interopérabilité avec le DMP, le partage des données entre professionnels de santé et sociaux et, par suite, le suivi des parcours des usagers, de sorte que lors d'une téléconsultation dans ces établissements, l'usage du DMP apparaît limité.

[155] La moitié des médecins ont plus de 60 ans, le département a perdu 20 % de généralistes en dix ans et 15 % de ses habitants n'ont plus de médecin traitant.

En 2022, la CNSA, la DNS et les ARS ont financé l'équipement et l'utilisation du DUI dans plus de 11 000 ESSMS, représentant une dépense de plus de 185 M€. D'ici 2025, l'objectif est de faire bénéficier plus de 36 000 ESSMS d'aides à l'équipement et aux usages du DUI.

En 2021, l'État a mené une expérimentation de téléconsultations au sein de 17 espaces France services, dont le bilan apparaît très mitigé.

L'expérimentation de téléconsultations dans 17 espaces France services

En 2021, l'Agence nationale de la cohésion des territoires, en partenariat avec la Banque des territoires, financeur de cette expérimentation prévue pour une année, a mis en place deux types de téléconsultation au sein du réseau France services : des bornes fixes de la société *Medadom*, dans 16 structures, afin de permettre aux usagers de consulter un médecin sans rendez-vous préalable ; une solution proposée par la société *TokTokDoc* pour un accès à une téléconsultation accompagnée par une infirmière mobile, en mesure de se déplacer ou de recevoir sur site des publics fragiles. Les consultations concernaient des médecins généralistes et spécialistes. Le coût de cette expérimentation n'a pas été indiqué dans le bilan établi par France Services.

Selon France Services, les retours d'expérience sont très contrastés. À l'exception de deux structures, le nombre de téléconsultations est faible. Aucun lien de corrélation entre la nature du territoire et la fréquentation du dispositif n'a été établi. Cette faible fréquentation s'explique pour partie par la présence de bornes dans des pharmacies avoisinantes ou l'installation de celles de France services dans des maisons de santé pluridisciplinaires. Le déploiement des solutions du dispositif a pu durer jusqu'à six mois en raison des échanges préliminaires et de réticences d'élus et d'acteurs de santé locaux et des difficultés d'aménagement des locaux.

Pour les 16 bornes, la mobilisation des agents de France services au bénéfice d'usagers en situation d'illectronisme s'est révélée chronophage, avec parfois des durées de 40 minutes, très supérieures à l'estimation initiale de trois minutes par patient (redirection vers la borne, désinfection du dispositif). Les usagers et les agents ont néanmoins fait part de leur grande satisfaction (8,4 sur 10 pour *Medadom* et 9,5 sur 10 pour *TokTokDoc*). Une majorité de patients ne disposaient pas de médecin traitant.

Selon France services, la réussite du déploiement de la téléconsultation nécessite d'intégrer le dispositif dans l'organisation sanitaire locale existante afin notamment de recueillir le consentement des acteurs locaux de santé ainsi que de sensibiliser et de communiquer largement auprès des publics concernés. À la fin de l'expérimentation de la téléconsultation mobile accompagnée par une infirmière, la communauté de communes concernée a évalué le montant de la pérennisation de l'expérimentation au minimum à 150 000 € par an, coût très élevé au regard du nombre de téléconsultations réalisées.

II - Un cadre contraignant susceptible d'être ponctuellement assoupli

Le ministère chargé de la santé et la Cnam ont développé un cadre juridique conçu pour qu'en médecine de ville, les téléconsultations respectent au mieux le parcours de soins coordonné et une médecine territorialisée. L'encadrement de ces actes pourrait être assoupli dans les zones caractérisées par une pénurie de l'offre de soins (A). Ce cadre fait l'objet de contrôles de la Cnam, tels que préconisés par la Cour lors de sa précédente enquête sur la télésanté, qui apparaissent adaptés aux enjeux et aux risques identifiés, mais se heurtent toutefois à des limites techniques (B). Les sociétés de téléconsultation font l'objet d'une reconnaissance juridique qui permet de favoriser le déploiement de leur offre de soins dans un cadre éthique, sécurisé et en cohérence avec les prises en charge existantes ; mais leur modèle économique est aujourd'hui fragile (C).

A - Un cadre juridique visant à assurer le respect du parcours de soins coordonné

Le cadre juridique français des téléconsultations, contraignant, s'appuie principalement sur l'objectif d'une médecine organisée autour du médecin traitant et ancrée dans les territoires.

1 - Un cadre technique exigeant et une transposition du cadre juridique des données personnelles de santé

Contrairement à d'autres pays qui acceptent des modalités techniques moins sécurisées, une téléconsultation doit être effectuée par vidéotransmission pour être remboursée par l'assurance maladie obligatoire[156]. Les objectifs de qualité et de sécurité des soins et de prévention de dérives potentielles justifient ce choix des pouvoirs publics et de la Cnam. Comme les autres actes de télémédecine, la téléconsultation doit respecter le cadre juridique des données personnelles de santé (cf. encadré *infra*). Le Danemark a par exemple opéré des choix différents[157].

[156] Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et article 88-1 de la convention médicale.

[157] Au Danemark, les consultations par messagerie (*e-konsultationer*) et les consultations téléphoniques (*telefonkonsultationer*) représentent la moitié de la totalité des consultations, soit respectivement 24 % et 25 % en 2022. Les téléconsultations par vidéotransmission (*videokonsultationer*) ne représentent que 1 % de l'activité de consultation des médecins généralistes. En 2021, 8,8 millions de consultations par messagerie ont été effectuées pour 5,9 millions d'habitants.

La soumission des téléconsultations au cadre juridique des données personnelles de santé

Les téléconsultations incluent la collecte et le traitement de données personnelles de santé puisqu'elles requièrent le stockage informatique d'ordonnances médicales et des comptes rendus médicaux. Elles sont donc soumises au cadre européen de protection des données personnelles, en particulier au règlement général sur la protection des données (RGPD)[158], à l'identification électronique[159] et à la sécurité des réseaux et des systèmes d'information[160].

Les organismes et professionnels de santé recourant à des solutions de télémédecine doivent s'assurer que l'usage de ces technologies est conforme aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel. Depuis 2018, cette obligation renvoie plus largement à la conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité, qui s'inscrivent dans la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S) et à la certification « hébergement » des données de santé. Actuellement, la certification de conformité au référentiel de téléconsultation de l'agence du numérique en santé n'est obligatoire que pour les logiciels de téléconsultation utilisés par les sociétés de téléconsultation.

2 - L'aménagement nécessaire du cadre de la médecine à distance

Les conventions nationales signées par la Cnam avec les professions de santé concernées définissent les tarifs et les modalités de téléconsultation pour les professionnels qui réalisent[161] ou assistent[162] cet acte. Pour les médecins et dans le prolongement de la précédente convention, la convention médicale du 4 juin 2024 prévoit le respect de critères cumulatifs censés garantir la qualité des prises en charge et prévenir le développement d'une médecine déconnectée des territoires (cf. encadré *infra*). Cette préoccupation est légitime mais elle limite les potentialités des téléconsultations, dans un contexte marqué par une raréfaction des professionnels de santé dans de nombreux territoires, renforcée par une tendance au regroupement médical qui tend à allonger les distances entre les patients et les professionnels de santé.

[158] Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).
[159] Règlement (UE) nº 910/2014 du 23 juillet 2014 sur l'identification électronique et les services de confiance pour les transactions électroniques au sein du marché intérieur et abrogeant la directive 1999/93/CE.
[160] Directive (UE) 2016/1148 du 6 juillet 2016 concernant des mesures destinées à assurer un niveau élevé commun de sécurité des réseaux et des systèmes d'information dans l'Union.
[161] Conventions des médecins et des sages-femmes.
[162] Conventions des médecins, des sages-femmes, des pharmaciens, des infirmiers.

Les critères conventionnels cumulatifs exigés pour une prise en charge des téléconsultations en médecine libérale par l'assurance maladie obligatoire

En premier lieu, les téléconsultations doivent respecter le parcours de soins coordonné : les patients doivent être orientés initialement par leur médecin traitant dans les cas où ce dernier ne réalise pas lui-même l'acte. Il existe des exceptions au respect de ce parcours[163] qui nécessitent néanmoins un recours à la téléconsultation organisé dans un cadre territorial par une communauté professionnelle territoriale de santé, une équipe de soins primaires, une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluriprofessionnelle du territoire ou une organisation territoriale de téléconsultation validée et référencée par les commissions paritaires locales de l'assurance maladie.

En deuxième lieu, les soins doivent alterner entre des visites au cabinet médical (ou au domicile du patient) et en téléconsultation.

En troisième lieu, la téléconsultation doit respecter le principe de territorialité. Le médecin doit se situer à proximité du domicile du patient pour assurer un suivi régulier de son état de santé et organiser une consultation en présence si nécessaire. Il est toutefois possible de déroger à ce principe si le patient réside dans une zone d'intervention prioritaire, s'il n'a pas de médecin traitant désigné (pour les téléconsultations de médecine générale) et en l'absence d'une organisation territoriale de télémédecine – ces trois conditions étant cumulatives. Le principe de territorialité ne s'applique pas non plus pour les patients orientés par le régulateur du service d'accès aux soins en cas d'échec d'une prise de rendez-vous en présence sur le territoire.

La condition tenant à la connaissance préalable du patient par le médecin a été supprimée de la convention nationale des médecins en 2021[164]. En revanche, elle a été maintenue dans les conventions nationales des sages-femmes et des orthoptistes, sans que cette différenciation ne repose pas sur des justifications évidentes.

Le respect du parcours de soins coordonné est censé prévenir un nomadisme médical qui se caractériserait par une consommation sans prise en charge globale du patient, ni projet de soins et de santé. Il doit également atténuer les limites de la médecine à distance, en ne retardant pas indéfiniment une consultation avec un examen clinique permettant d'éviter un diagnostic tardif et une potentielle perte de chance pour le patient.

La notion de territorialité est entendue de manière assez floue par la convention médicale ; elle signifie seulement que le médecin téléconsultant doit se situer à proximité du domicile du patient pour être en mesure d'assurer un suivi régulier de l'état de santé de ce dernier et organiser une consultation en présentiel si celle-ci s'avère nécessaire. La territorialité n'est toutefois pas définie géographiquement et laisse la possibilité d'envisager cette condition de manière large[165]. En tout état de cause, elle est complexe à mettre en œuvre et son respect est difficile à contrôler strictement pour la Cnam.

[163] Patients âgés de moins de 16 ans ; patients recourant à une spécialité en accès direct spécifique ; patients ne disposant pas de médecin traitant désigné ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé ; patients en situation d'urgence (situation non prévue plus de huit heures avant la consultation pour une affection ou une suspicion d'affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant l'intervention rapide du médecin) ; patients résidant en ESSMS ; patients écroués.

[164] Au contentieux, le Conseil d'État a validé la régularité de cette suppression (CE, 14 octobre 2022, n° 461412, *Conseil national de l'ordre des médecins*).

[165] Selon le référentiel applicable pour l'agrément des sociétés de téléconsultation, leur système d'information doit orienter le patient lors de sa prise de rendez-vous à distance vers le médecin salarié le plus proche de sa localisation (proposition d'un médecin salarié avec le même code postal, puis avec le même code département en deuxième intention).

Pour les sages-femmes, la territorialité n'est pas définie comme une limite géographique ou administrative : elle repose sur le fait de pouvoir apporter une réponse permettant le recours à des soins au cabinet lorsque la situation l'exige ou que les actes nécessaires à la prise en charge de la patiente ne peuvent se faire à distance. Les seules dérogations prévues au principe de territorialité concernent les consultations gynécologiques d'urgence visant au renouvellement de contraception ou à la prescription d'une contraception d'urgence.

Depuis son entrée en vigueur, le cadre juridique des téléconsultations n'a pu, pour l'essentiel, être réellement respecté. En effet, la Cnam ne parvient pas à contrôler le respect des règles conventionnelles par les médecins salariés des sociétés de consultation car l'identification de ces derniers n'est pas assurée dans ses bases de données. Cela devrait être le cas à partir de 2025 avec la mise en œuvre du statut des sociétés de téléconsultation. Le respect du parcours de soins coordonné des actes n'est ainsi pas contrôlé. L'appréciation de la disponibilité du médecin traitant compatible avec l'état de santé ou la situation d'urgence, exceptions au respect du parcours de soins coordonné, relève du patient. En outre, il existe un déficit global de référencement des organisations territoriales de télémédecine lié pour l'essentiel au fait que les structures existantes ne remplissent pas cette mission (cf. *supra*). Enfin, le principe d'alternance entre consultation physique et téléconsultation n'est pas non plus contrôlé et reste difficilement contrôlable.

Par ailleurs, le nombre de téléconsultations réalisées après une régulation du service d'accès aux soins ne sera suivi qu'après la généralisation complète du dispositif.

Au regard du développement insuffisant des téléconsultations et des besoins de santé dans les zones d'intervention prioritaire, la Cour considère que parmi les exceptions tenant au principe de territorialité des téléconsultations, la condition cumulative tenant à l'absence de médecin traitant désigné pour les patients résidant dans les zones d'intervention prioritaire pourrait être supprimée. La Cour ne méconnaît pas l'impact potentiel d'une telle évolution sur la typologie des consultations en cabinet des médecins de ces territoires. Elle apparaît néanmoins souhaitable, au regard de la pénurie de professionnels médicaux dans ces zones : en effet, le fait de disposer d'un médecin traitant ne permet pas de garantir aux patients qui y résident des durées raisonnables de prise de rendez-vous médicaux. La suppression de la condition tenant à l'absence d'une organisation territoriale de télémédecine pourrait également être réexaminée.

3 - Un plafonnement de l'activité en télémédecine encore susceptible d'évoluer

En 2017, la Cour des comptes avait appelé de ses vœux un plafonnement de l'activité de consultation réalisée à distance par les médecins libéraux[166]. À compter de septembre 2021, l'avenant n° 9 à la convention médicale a créé un plafond d'activité, également applicable aux médecins salariés par les sociétés de téléconsultation[167]. Jusqu'en septembre 2024, il consistait à limiter à 20 % de l'activité de consultation l'ensemble des téléconsultations et téléexpertises

[166] Cour des comptes, *op. cit.*, « La télémédecine, une stratégie cohérente à mettre en œuvre », 2017.
[167] Article D. 4081-6 du code de la santé publique.

réalisées par un médecin, avec une possibilité de récupération des sommes indûment versées en cas de dépassement du plafond. Un taux identique a été retenu pour les sages-femmes[168].

Le niveau du plafond n'a pas été fixé en fonction de données scientifiques : il repose sur une appréciation générale des limites intrinsèques aux téléconsultations réalisées sans examen clinique. Il est suivi par les CPAM et les DCGDR. Les commissions paritaires locales de l'assurance maladie peuvent accorder des dérogations sur motivation des professionnels médicaux.

La convention médicale de 2024 a assoupli ce plafond critiqué par les sociétés de téléconsultation et certains syndicats de médecins. N'entrent plus dans son assiette de calcul ni les téléconsultations du médecin traitant auprès de sa patientèle, ni les téléexpertises. Pour les psychiatres, dont la spécialité se prête bien à la réalisation de soins à distance[169], le plafond a été porté à 40 %.

Ces assouplissements importants devraient cependant avoir une portée limitée. Jusqu'à l'été 2024, le dépassement du plafond par des professionnels de santé était rare. À titre d'exemple, en 2023, seuls 0,45 % des médecins installés en Bourgogne-Franche-Comté (soit 18 sur environ 4 000 médecins libéraux) dépassaient le plafond d'activité en télémédecine, contre 0,93 % d'entre eux l'année précédente ; seuls 1,3 % des médecins (soit 32 sur environ 2 400 professionnels) étaient parallèlement concernés dans le Bas-Rhin.

Le cadre juridique français reste comparativement plus contraignant que ceux adoptés à l'étranger. En Allemagne, par exemple, il n'existe plus de plafond d'activité en télémédecine. En effet, la loi sur l'amélioration de la numérisation du système de santé (*Digital-Gesetz*) entrée en vigueur le 26 mars 2024 a supprimé le plafond de 30 % d'actes en télémédecine pour les médecins conventionnés, prévu par des lois de 2019 et de 2021. En Pologne, il n'existe pas davantage de plafond, même si l'alternance entre téléconsultations et consultations est imposée pour que les soins soient remboursés.

De nouvelles évolutions pourraient être envisagées. La convention médicale précise que la révision du seuil pour les médecins retraités pourra être négociée en commission paritaire nationale. L'expérience clinique accumulée par ces praticiens et l'absence de possible effet de substitution (développement d'une activité de substitution au détriment d'une installation en cabinet) pourraient justifier cet assouplissement. Un assouplissement pourrait également être envisagé pour certaines situations particulières de vie (maladie longue ou handicap du médecin).

La société *Medadom* avait soumis à France expérimentation[170] un projet visant notamment à rehausser le plafond de 20 % de téléconsultations par médecin, en ciblant certaines populations de médecins. La direction générale des entreprises y a donné un avis favorable, à

[168] Les actes à distance liés à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse sont exclus du calcul de ce seuil.

[169] Voir une étude ancienne aux États-Unis, Fortney J. *et al.*, *"Telepsychiatry integration of mental health services into rural primary care settings"*, Int. Rev. Psychiatry, 2015, 27 (6) : 525-39.

[170] France expérimentation est un dispositif interministériel porté par la direction interministérielle de la transformation publique et la direction générale des entreprises. Les porteurs de projets bénéficient d'un accompagnement, ainsi que d'une expertise juridique et technique. Ce dispositif concerne les projets innovants avec une dimension économique dont le développement est bloqué par des dispositions juridiques.

condition de mieux cibler les dérogations envisagées et d'assortir ce relèvement du plafond de davantage d'indicateurs pertinents pour évaluer son efficacité et son impact sur la qualité des soins.

Indépendamment de ces possibles évolutions et de celles qui pourraient être liées à la qualité des prises en charge, le cadre juridique global des téléconsultations apparaît aujourd'hui cohérent et pertinent. Il ne paraît notamment pas opportun de le modifier avant de disposer d'un minimum de recul sur la mise en œuvre de l'agrément des sociétés de téléconsultation et avant que la stratégie des pouvoirs publics et une intégration formalisée des actes médicaux à distance dans la permanence des soins ne soient clarifiées.

B - Des politiques de contrôle adaptées aux enjeux financiers et aux risques

Lors de son précédent contrôle[171], la Cour avait invité la Cnam à élaborer un plan de contrôle *a posteriori* de la facturation des téléconsultations. Dès 2021, la Cnam a mis en œuvre des contrôles ciblant les pratiques inadaptées de facturation des professionnels de santé.

Le réseau de l'assurance maladie a par la suite contrôlé le respect du plafond d'activité en télémédecine. À l'été 2024, sur les 45 dossiers transmis pour contrôle à la lutte contre la fraude, 30 contrôles étaient en cours et les 15 autres avaient abouti à une procédure devant les juridictions pénales, une procédure devant les juridictions ordinales, cinq procédures de pénalités financières et un déconventionnement[172], pour un préjudice financier de plus de 1,7 M€. L'assurance maladie contrôle également, en partie, la facturation des majorations de nuit et samedi hors jour férié, qui a pu faire l'objet de potentiels abus de la part de certaines sociétés de téléconsultation.

Les programmes de contrôle passés et à venir liés aux téléconsultations sont adaptés aux enjeux financiers et aux risques identifiés. Les contrôles sont toutefois complexes car l'exercice salarié est difficilement identifiable par les CPAM[173]. Pour résoudre ce problème, le respect de l'avenant 33 au cahier des charges des éditeurs SESAM-Vitale est désormais demandé à toutes les structures de ville salariant des professionnels de santé afin de véhiculer le Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) de l'exécutant dans la facturation, ce qui permet de contrôler l'activité du professionnel de santé dans le cadre de son exercice salarié.

La direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) mène également des contrôles sur les activités de téléconsultation. Lors d'une enquête conduite en 2020 dans 22 départements, cette direction a contrôlé 69 établissements, dont 16 présentaient des anomalies. Ces dernières concernaient principalement des informations précontractuelles insuffisantes, des pratiques commerciales trompeuses sur la gratuité de

[171] Cour des comptes, *op. cit.*, « La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins ».

[172] En application de l'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale, la CPAM peut décider de placer un professionnel de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci. Le déconventionnement entraîne la suspension des effets de la convention : la prise en charge par l'assurance maladie des actes de soins ou des prestations réalisées est réduite à son minimum, sur la base du tarif d'autorité.

[173] Facturation sous le Finess du centre de santé, pas de numéro assurance maladie, ni de RPPS (répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé) de l'exécutant.

prestations et des pratiques restrictives de concurrence, qui ont donné lieu à 12 avertissements et 5 injonctions. Proportionnellement, les anomalies concernaient avant tout les officines de pharmacie et les établissements de santé, davantage que les plateformes de téléconsultation.

C - Une reconnaissance juridique tardive des sociétés de téléconsultation, au modèle économique fragile

Les sociétés de téléconsultation ont été récemment reconnues comme des opérateurs proposant une offre de soins complémentaire aux prises en charge existantes. Leur statut spécifique et la délivrance d'un agrément sont indispensables et permettent de mettre un terme au dévoiement de l'objet juridique des centres de santé constaté au cours des dernières années. Leur modèle économique demeure néanmoins précaire.

1 - La fin du détournement de l'objet juridique des centres de santé

Entre 2012 et 2018, les ARS avaient passé des contrats, dans le cadre d'expérimentations, avec une vingtaine de plateformes commerciales (sociétés de téléconsultation), localisées essentiellement en Île-de-France. Ces expérimentations visaient à démontrer leur utilité dans l'accès aux soins des personnes résidant dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante et ne pouvant pas consulter un médecin traitant. L'avenant n° 6 à la convention médicale du 15 septembre 2018, introduisant la possibilité pour tout médecin de pratiquer une téléconsultation prise en charge par l'assurance maladie, a mis un terme à ces expérimentations.

Faute de base juridique, les téléconsultations de ces sociétés furent exclues du remboursement par l'assurance maladie car ces actes étaient réalisés hors du territoire de santé de la résidence du patient et ne respectaient pas le parcours de soins coordonné prévu par l'avenant n° 6. Le financement de leur fonctionnement fut assuré par des complémentaires santé et des assureurs qui proposaient, en garantie à leurs adhérents, l'accès à six téléconsultations par an avec un médecin de la plateforme avec laquelle elles avaient passé un contrat pour réaliser ces prestations. Alors que 12 millions d'affiliés pouvaient solliciter une téléconsultation (soit un plafond de 72 millions de téléconsultations par an), seulement 2 % des personnes sondées en avaient réalisé une auprès d'une plateforme ou de leur médecin traitant.

À compter du 20 mars 2020, avec la pandémie de covid 19, les sociétés de téléconsultation sont intervenues à la demande des pouvoirs publics pour contribuer à l'accès aux soins des personnes infectées ou susceptibles de l'être. Leurs actes furent remboursés à 100 % par l'assurance maladie, jusqu'au 30 septembre 2022. En 2020 et 2021, elles ont fourni près de la moitié des téléconsultations. Avec l'avenant n° 9 à la convention médicale, entré en vigueur le 1er avril 2022, certaines contraintes prévues par les avenants précédents ont été levées, permettant ainsi aux sociétés de téléconsultation de réaliser des actes remboursés par l'assurance maladie.

Ces sociétés souhaitaient pouvoir facturer à l'assurance maladie les soins réalisés à distance, afin d'assurer la prise en charge des patients et de rémunérer les professionnels médicaux qu'elles

salarient. Pour ce faire, elles ont créé des associations gérant des centres de santé[174]. Or, ce modèle n'était pas compatible avec les règles applicables aux centres de santé prévoyant un accueil physique et leur absence de lucrativité.

De surcroît, depuis 2022, ce modèle était inadapté, compte tenu de l'introduction d'un plafond de 20 % d'activité réalisée à distance (téléconsultations et téléexpertises) dans l'accord national des centres de santé. Ce seuil remettait en cause la viabilité économique de toute activité basée quasi exclusivement sur des téléconsultations. Au surplus, aucun des statuts juridiques permettant à un professionnel libéral ou à une structure au titre de l'activité salariée de facturer des soins pris en charge par l'assurance maladie n'était adapté à leur activité. Aussi, l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a ajouté les sociétés de téléconsultation dans la liste des professionnels et opérateurs autorisés à facturer des soins à l'assurance maladie. Il a également créé un statut *ad hoc* dans le code de la santé publique.

2 - La difficile mise en œuvre d'un statut spécifique

Le statut des sociétés de téléconsultation permet un encadrement exigeant de leur activité. Sa mise en œuvre connaît cependant un retard important, notamment dû au délai de mise en conformité des systèmes d'information.

a) Un encadrement exigeant de l'activité des sociétés de téléconsultation

Le statut a pour objectif de mieux répondre aux besoins de santé, d'améliorer l'encadrement des actes médicaux à distance et de favoriser leur déploiement dans un cadre éthique, sécurisé et cohérent avec les prises en charge existantes. Les sociétés de téléconsultation devaient être agréées par les ministres de la sécurité sociale et de la santé avant le 31 décembre 2023, pour obtenir le remboursement par l'assurance maladie des téléconsultations réalisées par les médecins qu'elles salarient. Un numéro du répertoire national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) leur est délivré, marquant ainsi leur reconnaissance comme acteur de soins. Elles doivent respecter les conditions suivantes :

- exercer sous la forme de sociétés commerciales régies par le code de commerce et avoir pour objet, exclusif ou non, de proposer une offre médicale de téléconsultations ;
- ne pas être sous le contrôle, au sens de l'article L. 233-3 du même code, d'une personne physique ou morale exerçant une activité de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de médicaments, de dispositifs médicaux ou de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*, à l'exception des dispositifs permettant la réalisation d'une téléconsultation ;
- disposer d'outils et de services numériques respectant les règles relatives à la protection des données personnelles, ainsi que les référentiels d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique élaborés par l'Agence du numérique en santé (ANS).

[174] En 2023, selon la Cnam, 4,2 millions de téléconsultations ont été facturées par les 2 571 centres de santé conventionnés mais seuls 532 de ces centres réalisent ces actes et 11 d'entre eux facturent 88 % des téléconsultations. Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et parfois de second recours, et pratiquant des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux et réalisent des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Ces sociétés doivent mettre en place un comité médical, comprenant des représentants des usagers, et produire documents et indicateurs. Le comité médical donne son avis sur la politique médicale de la société et sur son programme d'actions ; contribue à la définition de sa politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ; s'assure de la cohérence de la formation médicale continue des médecins salariés par la société.

La société élabore, après avis du comité médical, un programme d'actions visant à garantir le respect des obligations qui s'imposent à elle, assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme est transmis au conseil national de l'ordre des médecins et aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. La société doit transmettre chaque année au conseil national de l'ordre des médecins et à ces ministres un rapport sur ses activités comportant, notamment, le suivi de son programme d'actions. Les ministres peuvent rendre ce rapport public à la demande du Parlement. Le représentant légal de la société fournit un engagement de conformité aux règles de la convention médicale et au référentiel des bonnes pratiques relatif à la qualité et à l'accessibilité de la téléconsultation élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS).

L'agrément est délivré pour une durée de deux ans avec un éventuel renouvellement pour trois ans. Le respect de l'agrément fait l'objet de contrôles qui peuvent donner lieu à une mise en demeure, voire à sa suspension ou à son retrait.

b) Un important retard dans la mise en œuvre du nouveau statut

Contrairement aux dispositions de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023[175], l'échéance du 31 décembre 2023 prévue pour la mise en place du nouveau statut n'a pas été respectée. Les décrets et arrêtés d'application auxquels doivent se conformer les sociétés de téléconsultation ont été pris tardivement.

Les modalités de délivrance des certificats de conformité aux référentiels d'interopérabilité, d'éthique et de sécurité, ainsi que le délai d'instruction des demandes d'agrément des sociétés de téléconsultation ont été fixés par un décret du 27 décembre 2023. L'arrêté approuvant le référentiel d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique des systèmes d'informations de téléconsultation et définissant la procédure de délivrance du certificat de conformité des systèmes d'information des sociétés de téléconsultation a été pris le 9 février 2024. Les modalités de la procédure d'agrément ont été définies par un décret du 29 février 2024. Un arrêté modificatif du 18 octobre 2024 a décalé le délai-limite d'obtention du certificat de conformité au référentiel et l'agrément définitif correspondant au 31 décembre 2025. Les critères communs aux indicateurs de suivi du programme d'actions restent à définir par arrêté ministériel. Le référentiel de bonnes pratiques professionnelles relatives à la qualité et à l'accessibilité de la téléconsultation a été validé par la Haute Autorité de santé (HAS) en décembre 2023. Ses modalités d'évaluation sont en cours de définition.

[175] *« IV.- Le présent article [53] entre en vigueur dans des conditions et à une date fixées par décret, et au plus tard le 31 décembre 2023, à l'exception du f du 3° du III, qui entre en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 31 décembre 2024. »*

En outre, la limitation de la durée de l'agrément initial à deux ans introduit des incertitudes sur le maintien des règles applicables. Selon l'étude d'impact du projet de loi de financement pour la sécurité sociale pour 2023, cette limitation est de nature à pouvoir ajuster *« en fonction des observations, la mesure proposée »*.

c) Les difficultés de la mise en conformité des systèmes d'information des sociétés de téléconsultation

Afin de garantir l'interopérabilité, la sécurité et l'éthique des pratiques numériques entre les médecins téléconsultants, les patients et les autres acteurs du système de soins (pharmacies, établissements de santé…), un référentiel d'exigences applicable aux systèmes d'information de téléconsultation a été approuvé par l'arrêté précité du 9 février 2024, puis modifié par un autre arrêté du 18 octobre suivant. Élaboré en concertation, notamment avec les sociétés de téléconsultation, représentées par les Entreprises de télésanté), la Cnam, la délégation au numérique en santé et l'Agence du numérique en santé, le référentiel s'applique aux systèmes d'information des sociétés de téléconsultation qui salarient des professionnels de santé. Selon la Cnam, l'obligation de conformité au référentiel devrait être étendue, fin 2025, aux éditeurs de systèmes d'information de téléconsultation déployés en centre de santé ou en médecine de ville. Pour que la société de téléconsultation soit agréée, l'éditeur du système d'information de téléconsultation fournit à celle-ci un certificat de conformité au référentiel délivré par l'ANS.

La délivrance du certificat de conformité appelle plusieurs observations (cf. annexe n° 5 pour davantage de détails sur sa mise en œuvre).

Tout d'abord, le référentiel comporte plus de 200 exigences à respecter. Modifié à plusieurs reprises avant sa publication, un arrêté du 9 février 2024 prévoyait qu'un certificat provisoire pût être accordé au demandeur (éditeur de logiciel/société de téléconsultation) à compter du 1er juillet 2024, *« à condition qu'il s'engag[eât] à obtenir le certificat de conformité »* au plus tard au 31 décembre 2024 et qu'il fournît *« toute pièce justifiant le respect des exigences relevant de [certains] domaines fonctionnels »*. En juillet 2024, à la demande de la Cnam, l'ANS a ajouté de nouvelles exigences. Le calendrier est alors devenu obsolète. L'ANS en a publié un nouveau sur son site mais celui-ci n'a pas été repris par l'arrêté modificatif du 18 octobre 2024. Le délai pour se conformer aux exigences y est prolongé jusqu'au 30 juin 2025 ou au 31 décembre 2025, sous réserve que l'entreprise justifie du respect d'une partie du référentiel et qu'elle s'engage à obtenir le certificat au plus tard le 31 décembre 2025. Dans les deux cas, les certificats provisoires expireront à cette même date. Au 31 décembre 2025, les sociétés de téléconsultation doivent se conformer à l'ensemble des exigences. Fin 2024, cinq sociétés de téléconsultation[176] bénéficiaient d'un certificat provisoire, conforme aux dispositions de l'arrêté du 9 février 2024.

Les évolutions du calendrier résultent des difficultés rencontrées par les entreprises pour répondre aux exigences de l'ANS dans le traitement des dossiers et aux modifications apportées au référentiel. Dans un contexte évolutif, les plannings de développement pour intégrer les exigences dans les systèmes d'information sont remis régulièrement en cause et adaptés tous les trimestres. Les développements débutent « en aveugle », certains en cours devant intégrer des évolutions non prévues.

[176] Medadom, Tessan, Qare, Mediaviz et Teladoc (MédecinDirect).

Ensuite, à compter du 1er janvier 2024, l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 soumet la prise en charge des téléconsultations réalisées par les médecins salariés des sociétés de téléconsultation au respect d'un agrément qui, en théorie, devait être obtenu à la même date. De même que les certificats de conformité obtenus, les agréments délivrés sont provisoires. L'assurance maladie continue de rembourser les téléconsultations aux centres de santé tant que les sociétés ne disposent pas de leurs salariés et de leur numéro Finess. À compter du 31 décembre 2025, elle ne remboursera toutefois plus ces actes en l'absence d'agrément.

Enfin, lors de la période de validation des preuves, l'ANS peut demander de se conformer à des règles parfois difficiles à identifier dans un cahier des charges de plus d'une centaine de pages, non fourni avec le fichier des exigences, et accessibles par des renvois. Dans d'autres cas, les exigences ne sont pas toujours clairement exprimées. Toutes les preuves à fournir à l'ANS sont déposées sur une plateforme qui dispose d'une capacité limitée (50 Mo par fichier de preuve depuis fin 2024, anciennement 10 Mo) pour télécharger des fichiers très lourds (des centaines de prises vidéo ou fichiers). La validation des preuves est chronophage et les retours de l'ANS, parfois assez formels.

3 - Un modèle économique des sociétés de téléconsultation précaire

Les comptes des sociétés de téléconsultation ou de celles intervenant dans ce domaine ne sont pas tous disponibles, faute d'avoir été déposés au greffe du tribunal de commerce. Il est possible néanmoins, au travers de ceux consultés ou des éléments disponibles dans la presse spécialisée, d'établir que peu d'entre elles sont à l'équilibre[177] et qu'une très grande majorité sont déficitaires.

a) Une diminution du chiffre d'affaires

Les sociétés de téléconsultation ont perdu avec leur nouveau statut les financements publics dont elles bénéficiaient avec leur statut associatif pour gérer des centres de santé. Ainsi, les charges patronales des médecins salariés en secteur 1 ne sont plus compensées. Les sociétés de téléconsultation percevaient une subvention dite « Teulade »[178] versée par les CPAM. Cette subvention correspondait à une partie (11,5 %) des cotisations patronales (maladie, maternité, invalidité, décès) dues par les centres de santé. Elle a été établie pour compenser la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations maladie et vieillesse des professionnels libéraux.

De même, l'aide à l'équipement des structures et à la coordination de la prise en charge par ces structures n'est plus versée. Tel est le cas du forfait structure pour moderniser et respecter les exigences de la feuille de route du numérique en santé. En outre, l'agrément des sociétés de téléconsultation prévoit un plan de formation continue pour leurs médecins salariés. Or, contrairement aux centres de santé, ces sociétés ne bénéficient pas d'une aide financière pour le développement professionnel continu.

[177] Selon l'un des fondateurs de Medadom, la société est « rentable et en croissance » (source).
[178] Le niveau de cette « subvention » a été fixé par le décret n° 92-1304 du 14 décembre 1992, alors que M. René Teulade était ministre des affaires sociales et de l'intégration.

Les remboursements de l'assurance maladie ont également diminué. Les majorations de soir et de weekend sont supprimées (cf. *supra*). La limitation des arrêts de travail délivrables à distance est susceptible de faire baisser le nombre de téléconsultations.

La participation à des objectifs de santé publique permet aux centres de santé ou aux médecins traitants d'augmenter leurs revenus ; les sociétés de téléconsultations participant à l'amélioration de l'accès aux soins, le LET souhaiterait pouvoir contractualiser un accord spécifique avec la Cnam pour bénéficier pareillement de tels versements.

Enfin, des sociétés de téléconsultation facturaient des frais de service[179]. Or, depuis le 1er septembre 2024, la convention médicale proscrit leur facturation. Selon l'assurance maladie, qui souhaite assurer un égal accès aux soins des assurés sociaux, ces frais, non remboursés, pouvaient constituer un frein pour l'accès aux soins des patients les plus vulnérables. Les sociétés de téléconsultation peuvent proposer d'autres prestations optionnelles complémentaires à titre onéreux, sous réserve d'une information préalable du patient sur leur caractère optionnel. Selon les sociétés, ces frais de service permettaient de financer les solutions technologiques proposées.

b) Une augmentation des charges

Les coûts supportés par les sociétés de téléconsultation tiennent aux plateaux techniques, en termes, à la fois, d'investissement et de fonctionnement. Au titre de l'organisation, ces sociétés disposent de services pour assurer la gestion des professionnels de santé, le contrôle et l'application des bonnes pratiques, le contrôle qualité, la formation des médecins, le suivi des patients et le support administratif.

Les évolutions réglementaires et les obligations techniques de certification qui en découlent nécessitent d'importants investissements pour l'obtention de l'agrément et son maintien. L'étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 indique que le coût de la mise en place de l'agrément est estimé à 300 000 € pour les services de l'État. Elle ne comporte aucune indication pour les sociétés de téléconsultation. Selon les Entreprises de télésanté, jusqu'en septembre 2024, chaque société de téléconsultation ayant entamé cette démarche aurait déboursé environ 1 M€. À titre d'exemple, l'une d'entre elles a embauché, depuis un an, une quinzaine de développeurs pour répondre aux exigences du référentiel d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique des systèmes d'information de téléconsultation.

Aucun financement n'est prévu pour les sociétés de téléconsultation, ni dans le cadre du programme « Ségur du numérique en santé », dont elles sont exclues, ni de manière générale, pour compenser ces coûts. L'État prend en charge les mises à jour des logiciels des éditeurs, par exemple de gestion du cabinet, dans le respect d'un cahier des charges. Quarante-six solutions sont référencées « Ségur ». Les solutions des sociétés de téléconsultation en sont exclues, alors même que des médecins généralistes libéraux les utilisent pour leurs téléconsultations. De plus, si les médecins respectent les objectifs d'utilisation des outils numériques mis à leur disposition, ils bénéficient d'une rémunération supplémentaire.

[179] Selon l'article de la revue *Capital* du 4 janvier 2024, Livi prélevait 3 €, Qare 4 € et Médecin Direct 6 €.

Selon les dirigeants de sociétés de téléconsultations rencontrés lors de l'instruction, le tarif de remboursement de ces actes ne permettrait pas d'équilibrer les coûts d'exploitation liés aux exigences de leurs activités. Les sociétés *Medadom* et *Tessan* bénéficient toutefois de revenus tirés de la location d'équipements de télésanté, financés - pour ceux déployés dans des pharmacies - par les aides à l'équipement et à l'assistance de l'assurance maladie.

Par ailleurs, pour se développer, les sociétés de téléconsultations recrutent des médecins. En 2020, le nombre de médecins salariés par des plateformes était estimé à 268 équivalents temps plein (ETP) (système d'information et prestations de soins). La part de l'activité de ces médecins salariés dans l'activité totale des généralistes était de 0,3 %. Trois ans plus tard, en 2023, selon les Entreprises de télésanté, les 5 000 médecins salariés par les sociétés de téléconsultation ont pris en charge 6 millions de patients, ce qui représente 500 ETP, avec l'hypothèse d'un taux moyen d'activité de 10 %. L'application individuelle du plafond d'activité (20 %) à chaque médecin salarié constitue une contrainte de gestion pour les sociétés de téléconsultation. Pour obtenir un équivalent temps plein, elles doivent recruter au moins cinq médecins, ce qui accroît les problématiques de recrutement et de gestion du temps médical. En 2023, l'activité des médecins salariés représentait 1 % de l'activité totale des généralistes.

Les salariés sont des médecins remplaçants[180], des médecins d'hôpitaux ou de cliniques, des libéraux installés et des retraités. Les motivations pour intégrer une société de téléconsultation sont variées : rejoindre une communauté médicale grâce à des outils collaboratifs, développer son activité et exercer une pratique différente, se décharger des tâches administratives et disposer de temps médical, bénéficier de webinaires, concilier vie professionnelle et vie personnelle par une gestion adaptée de l'emploi du temps, disposer d'un référent dédié.

En outre, les difficultés de recrutement et de gestion pour les sociétés de téléconsultations sont accentuées par la position, parfois hostile, de certains conseils départementaux de l'ordre des médecins (Cdom) lors de l'envoi du contrat et de la demande d'inscription pour exercer dans le département concerné. Fréquemment, les inscriptions et les contrats sont acceptés sans réserve ou à la simple condition d'y rappeler l'activité principale à hauteur minimale de 80 % en présence des patients. Néanmoins, certains Cdom estiment qu'un médecin habitant dans une autre région administrative ne dispose pas de suffisamment de connaissances sur le maillage territorial des patients susceptibles de lui être adressés. Selon eux, la téléconsultation est susceptible de mettre en péril aussi bien la qualité, la sécurité et la continuité des soins. Lorsque la rémunération comporte une part variable, d'autres conseils estiment que cette clause est susceptible de porter atteinte à l'indépendance professionnelle et à la qualité des soins envisagés. Des Cdom convoquent les médecins ou les invitent à comparaître en assemblée plénière. Cette procédure se termine souvent par un refus. Deux tiers des médecins d'une société de téléconsultation estiment ainsi avoir rencontré des difficultés avec le Cdom dont dépendait le centre de santé qui les avait recrutés.

[180] L'activité salariée apparaît de plus en plus attractive auprès des médecins en activité régulière. Alors qu'en 2010, l'activité salariée représentait 42 % des médecins en activité régulière, elle comptait pour 49 % en 2024. Cette dernière année, alors que 43 % des médecins en activité régulière âgés de 60 ans et plus sont salariés, cette proportion atteint 58 % chez les moins de 40 ans. (Conseil national de l'ordre des médecins, *Atlas de la démographique médicale en France. Situation au 1er janvier 2024*, 2024, p. 42).

4 - Vers un nouveau modèle économique

La différenciation des tarifs entre une consultation et une téléconsultation peut se justifier, en particulier compte tenu de la durée moyenne plus longue de la première (cf. *supra* I. A. 1 du présent chapitre). En revanche, le cadre financier actuel n'est pas adapté[2]. En effet, l'organisation, le mode de fonctionnement et les technologies utilisées par les sociétés de téléconsultation nécessitent des investissements que ne supportent pas les médecins libéraux. L'application de l'actuelle convention médicale des médecins libéraux n'est pas adaptée à leur modèle. Or, les préoccupations et intérêts des sociétés de téléconsultation, et plus largement de télémédecine, sont portés par les syndicats des médecins généralistes, par exemple lors des discussions conventionnelles. À cet égard, les sociétés de téléconsultation étant désormais reconnues comme des opérateurs de soins, il serait utile que celles-ci participent aux négociations qui les concernent, *via* par exemple le LET. Celui-ci contribue déjà aux évolutions du secteur en lien avec les directions du ministère, l'ANS et la DNS, voire avec la Cnam (agrément, interopérabilité…). La question du modèle économique des sociétés de téléconsultation pourrait être abordée lors des assises de la téléconsultation prévues en 2025. Une régulation trop stricte des pratiques des téléconsultations pourrait freiner leur usage et, ainsi, leur contribution à l'accès aux soins.

La mise en liquidation judiciaire de la société de téléconsultation *H4D*

Pionnière dans les cabines de téléconsultation, la société *H4D* a été déclarée en cessation de paiement avant l'été 2024, puis placée en liquidation judiciaire, par le tribunal de commerce de Paris, le 26 septembre. Elle n'a pas fait l'objet d'une reprise. Ses trois derniers exercices étaient déficitaires[181] et les déficits reportables, en 2024, s'élevaient à 48 M€. Sa situation résulte de plusieurs facteurs.

En 2008, l'inventeur de la cabine souhaitait se rapprocher le plus possible de la consultation en présentiel. La vocation première de la société reposait sur le développement et la mise en place de la technologie des dispositifs médicaux connectés. Ainsi, elle disposait de 13 objets connectés, contre six pour *Medadom* et sept pour *Tessan*[182]. Des objets connectés étaient spécifiques à la société H4D (électrocardiogramme, toise, tests auditifs). En juin 2024, la société avait lancé, dans le département des Yvelines, sa première cabine dotée d'intelligence artificielle pour détecter les mélanomes.

[181] De 2021 à 2023, les chiffres d'affaires s'élevaient, respectivement, à 3 M€, 3,2 M€ et 2,5 M€ pour des déficits d'exploitation de 5,5 M€, 5,5 M€, puis 8 M€.

[182] Les trois sociétés disposent des six objets connectés suivants : otoscope, tensiomètre, dermatoscope, stéthoscope, thermomètre et oxymètre.

La société ne disposait pas de médecins salariés[183]. Elle avait noué un partenariat avec un centre de santé qui assurait, avec ses propres médecins, les téléconsultations. Jusqu'à l'avenant conventionnel n° 6 de septembre 2018, les téléconsultations étaient peu nombreuses et les sommes versées au centre de santé peu élevées. Avec la crise sanitaire, les dépenses ont progressé avec l'intensification de l'usage des actes à distance.

L'offre de la téléconsultation avec des objets connectés s'est transformée avec l'arrivée de nouveaux acteurs et de nouveaux modèles, introduisant ainsi une concurrence. Les sociétés *Tessan* et *Medadom* proposent des bornes ou des consoles à des prix très faibles. Or, la société *H4D* vendait des cabines à un prix très élevé : 100 000 €, hors maintenances prédictives, préventives et certaines garanties, alors que la société *Medadom* propose ses dispositifs au *« dixième du prix des télécabines H4D »*.

Depuis sa mise en liquidation judiciaire, 200 cabines ne sont plus utilisables, de l'argent public a été investi en pure perte, les rendez-vous ont été annulés et les personnes, qui habitent généralement dans les zones sous-denses en offre de soins, n'ont plus aucun moyen pour réaliser des téléconsultations.

III - Une qualité et une sécurité des pratiques à conforter

Les téléconsultations ont des conséquences encore peu perceptibles sur les conditions d'exercice des professionnels de santé, alors que la coopération de ces derniers conditionne une plus forte mobilisation de ces actes en faveur des zones et des publics prioritaires (A). Par ailleurs, les exigences de qualité et de sécurité des soins, qui ne sont certes pas propres aux téléconsultations, requièrent toutefois une attention accrue des parties prenantes dans le cadre de cette activité (B).

A - Des conséquences peu perceptibles sur les conditions d'exercice des professionnels de santé

L'étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 fixait comme objectif associé à la télémédecine le renforcement de la collaboration entre professionnels de santé, en favorisant notamment l'exercice regroupé. Le fonctionnement en équipe de soins est en effet propice au développement des téléconsultations mais il reste peu mobilisé à cette fin.

À ce jour, les téléconsultations sont peu intégrées dans les dispositifs mis en place pour prendre en charge les soins non programmés caractérisés par un degré d'urgence plus ou moins élevé (1). Adapté à certains patients et souvent complété par un recours à des dispositifs médicaux connectés, l'accompagnement à la téléconsultation par des professionnels de santé se développe depuis 2020 mais reste modeste et pourrait être mieux ciblé (2).

[183] À l'été 2024, son effectif se composait de 79 salariés, dont 20 contrats à durée indéterminée pour des infirmiers en santé au travail.

1 - Une contribution embryonnaire à la permanence des soins

L'article D. 6311-37 du code de la santé publique prévoit une possible orientation vers une téléconsultation par la régulation de médecine ambulatoire depuis juin 2024. Toutefois, l'article L. 6311-3 du même code, qui lui est normativement supérieur, limite l'organisation et la gestion du service d'accès aux soins aux *« professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé »*, semblant exclure les médecins des sociétés de téléconsultation qui n'opèrent pas nécessairement dans le territoire du patient.

Dans un contexte de tensions pour assurer la permanence des soins et désengorger les services des urgences des établissements hospitaliers, ces sociétés devraient pouvoir être sollicitées par les services d'accès aux soins, le médecin régulateur restant maître de l'opportunité d'orienter la demande de soins vers une téléconsultation, le cas échéant réalisée *via* une plateforme. Il appartient également au médecin salarié de cette dernière d'accepter ou non la téléconsultation en fonction de l'état du patient et, au besoin, de l'orienter vers un cabinet médical ou les urgences.

En outre, la direction générale de l'offre de soins et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales devraient encourager les ARS de régions caractérisées par les carences les plus importantes de densité médicale à préciser dans les cahiers des charges de la permanence de soins ambulatoires (PDSA) les modalités d'intégration des téléconsultations, y compris des plateformes, en deuxième intention et en cas d'offre médicale territoriale insuffisante ou non disponible. À l'heure actuelle, lorsqu'elles sont évoquées, les téléconsultations sont généralement intégrées de manière restrictive dans le fonctionnement de la PDSA[184].

Parmi les publics prioritaires des téléconsultations figurent les usagers des urgences hospitalières, pour lesquels la Cour des comptes appelait dès 2019 à développer la télémédecine[185] (cf. *supra* II. B. 2 du deuxième chapitre). Ces actes pourraient contribuer à désengorger les urgences en limitant les transferts inopportuns de patients et les passages aux urgences évitables[186], y compris pour les mineurs. Un recours inapproprié aux services d'urgence des centres hospitaliers consécutif aux insuffisances de la continuité des soins, notamment pour les personnes âgées en Ehpad, est ainsi diagnostiqué de longue date[187].

En 2023, l'Inspection générale des affaire sociales (Igas) recommandait pour sa part de missionner sans délais les conseils nationaux professionnels de médecins pour la production de recommandations relatives à la gradation de la permanence des soins, incluant toutes les potentialités permises par la télémédecine, pour consolider les organisations et limiter la mobilisation de ressources médicales[188]. Or, à ce jour, et malgré leur apport potentiel en la

[184] À titre d'exemple le schéma régional de santé 2023-2028 de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur prévoit seulement *« dans les territoires qui le souhaitent, [de] mobiliser les outils de la télémédecine, en soutien de binômes infirmiers au domicile / médecins en téléconsultation »*.

[185] Cour des comptes, *Rapport public annuel*, tome 2, 2019, « Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités », p. 228.

[186] Cour des comptes, *op. cit.*, *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital*, p. 44-51.

[187] À titre d'exemple, le cahier des charges de la PDSA de Centre-Val de Loire de 2017 dressait ce constat.

[188] Igas, *La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter. Répartition, soutenabilité et reconnaissance*, juin 2023, nº 2023-009R.

matière, les téléconsultations ne sont que marginalement utilisées pour soulager les urgences hospitalières et contribuer à la permanence des soins, qu'elle soit ambulatoire ou en établissements de santé, et qui se caractérise par de réelles fragilités[189].

Cette lacune est patente pour les services d'accès aux soins (SAS). Après une expérimentation dans 22 territoires pilotes en 2021, les SAS ont été généralisés en 2023-2024. Ils ont pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui les sollicite, de lui délivrer des conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état. Ils assurent une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente (Samu) et une régulation de médecine ambulatoire[190]. L'orientation du patient par cette dernière est assurée au moyen de la plateforme numérique du service d'accès aux soins[191].

Le défaut de connexion entre l'offre de téléconsultation et les SAS est d'autant plus regrettable qu'en 2023 et selon la classification clinique des malades aux urgences, près d'un passage sur sept aux urgences (14 % pour l'ensemble de la population et 24 % pour les patients mineurs) était limité à un simple examen clinique qui, dans de nombreuses hypothèses, ne nécessitait pas un passage aux urgences[192]. Une étude précitée[193] met par ailleurs en évidence le fait que 20 % des patients ayant bénéficié d'une téléconsultation assistée se seraient rendus dans des services d'urgence en son absence.

La télémédecine devrait être mobilisée, sans la limiter aux prises en charge en chirurgie neurovasculaire et en radiologie, filières développées historiquement, en particulier sous l'angle de la téléexpertise. Jusqu'à présent déconnectées des modalités de fonctionnement de la plateforme numérique du SAS, les sociétés de téléconsultation devraient être intégrées dans la régulation mise en place, ce qui nécessite une adaptation de ce dispositif aux consultations sans rendez-vous et une cartographie des dispositifs physiques de téléconsultation. Cette organisation enrichie d'une offre complémentaire et subsidiaire par rapport aux prises en charge territoriales renforcerait le niveau des compétences mobilisées et permettrait une meilleure utilisation de ressources médicales rares dans de nombreux territoires. Le ministère chargé de la santé paraît favorable à cette évolution car il a prévu des travaux d'interfaçage des sociétés de téléconsultation bénéficiant d'un agrément avec la plateforme numérique.

[189] Le cahier des charges de la Permanence des soins ambulatoires de Bourgogne-Franche-Comté de 2024 qualifie par exemple cette permanence d'*« aléatoire, instable et fragile »*.
[190] Article L. 6311-3 du code de la santé publique.
[191] Décret nº 2022-403 du 21 mars 2022 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Plateforme numérique du Service d'accès aux soins ».
[192] Fédération des observatoires régionaux des urgences, *Activité des services d'urgences. Chiffres clés 2023*, 2024.
[193] Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, université Paris Est Créteil, faculté de médecine de Créteil, Nghiem Phuong Dung Caroline, « Efficacité des téléconsultations effectuées par des médecins généralistes avec objets connectés en présence d'un pharmacien d'officine télérequérant ».

2 - Un développement discret des téléconsultations assistées

a) Une coopération attendue entre professionnels de santé pour permettre des actes de meilleure qualité

La feuille de route du numérique en santé 2023-2027 mise sur la coopération des professionnels de santé, notamment des pharmaciens et des infirmiers, pour favoriser l'accès aux soins grâce à la télésanté dans les zones à faible densité médicale. Il en va de même dans certains projets régionaux de santé[194]. Le Conseil national de l'ordre des médecins souhaite également développer les téléconsultations assistées par des infirmiers[195]. Enfin, la convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam 2023-2027 prévoit de *« déployer la téléconsultation assistée et* […] *des mesures d'accompagnement et de communication »*.

Les conventions nationales passées par l'assurance maladie avec les syndicats représentatifs des médecins, des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes visent le même objectif et encadrent le recours aux téléconsultations assistées par un professionnel de santé (cf. annexe n° 7). Ce dernier aide le professionnel médical dans la réalisation d'actes participant à l'examen clinique et peut accompagner le patient dans la compréhension de la prise en charge. L'objectif principal visé par les téléconsultations accompagnées repose ainsi sur la coopération entre professionnels et vise à améliorer la qualité de téléconsultations parfois qualifiées d'augmentées si la personne qui assiste recourt à des dispositifs médicaux.

L'accompagnement, qui doit faire l'objet d'un consentement du patient recueilli et tracé dans son dossier par le professionnel de santé téléconsultant, revêt une importance particulière pour les personnes fragiles ou vulnérables. Hormis les cas où ce professionnel intervient au domicile du patient ou dans quelques exceptions, l'assistance à la téléconsultation est réalisée dans un lieu qui a fait l'objet de recommandations de la Haute Autorité de santé (cf. encadré).

Les recommandations de la Haute Autorité de santé sur les lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation (février 2024)

Les trois recommandations de bonnes pratiques validées par le collège de la Haute Autorité de santé (HAS) le 29 février 2024 visent à ce que :

- le lieu d'implantation de l'équipement de télésanté garantisse l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins ;
- l'exploitant assure le bon fonctionnement de cet équipement ;
- une personne responsable de l'équipement soit présente sur place, facilement identifiable et accessible.

[194] À titre d'exemple, le schéma régional de santé 2018-228 révisé de l'ARS Nouvelle-Aquitaine prévoit de *« s'appuyer le plus possible sur la télémédecine, en développant notamment les téléconsultations médicales assistées par des infirmiers diplômés d'État, en particulier dans les territoires ruraux à faible démographie médicale afin de répartir plus équitablement la charge entre les médecins »* (p. 52).

[195] Conseil national de l'ordre des médecins, *Soigner demain. Pour une transformation de notre système de santé*, 2022, p. 11.

La HAS suggère de mettre en place une déclaration systématique des équipements de télésanté implantés pour, d'une part, que le type et la localisation des équipements de télésanté implantés soient visibles et, d'autre part, qu'il soit possible d'établir une carte globale de l'offre de soins. La HAS suggère également une régulation, sur la base de critères de qualité, des lieux accueillant des patients pour la réalisation de téléconsultations, qui pourrait être une condition préalable à l'installation des équipements et à la prise en charge par l'assurance maladie. Plus largement, il est nécessaire d'avoir une vision exhaustive de l'organisation des soins à l'échelle locale et des installations des équipements de télésanté.

L'Agence du numérique en santé élabore une nouvelle version du référentiel des systèmes d'information de téléconsultation, intégrant les cas d'usage de la téléconsultation accompagnée, afin que les sociétés de téléconsultation puissent être certifiées conformes par l'ANS pour cette pratique, puis obtenir leur agrément.

b) Un recours trop embryonnaire à l'assistance des infirmiers

L'infirmier peut assister le patient lors d'une téléconsultation réalisée à la demande d'une sage-femme ou d'un médecin, lors d'un soin infirmier déjà prévu, dans un lieu spécifique ou au domicile du patient. Jusqu'à présent, ces téléconsultations sont restées peu nombreuses. De 2020 à 2023, elles représentaient 0,3 % des téléconsultations et 0,01 % des consultations réalisées en ville. L'assistance à la téléconsultation au domicile du patient ou au cours d'un soin infirmier représente une part anecdotique de l'offre de soins et est même en déclin dans certains territoires.

L'accompagnement à la téléconsultation par des infirmiers dépend beaucoup des organisations de soins locales. En 2023, respectivement 86 % et 7 % des 1 359 téléconsultations assistées en Bourgogne-Franche-Comté ont par exemple été organisées dans les seuls départements de l'Yonne et de la Nièvre. L'activité d'une unique infirmière représentait la moitié des actes réalisés dans cette région et seuls 1,4 % des infirmiers libéraux avaient accompagné ces actes. En outre, seules les téléconsultations réalisées dans des lieux aménagés à cet effet sont réellement mises en œuvre : elles représentaient 91 % des téléconsultations assistées, contre 6 % pour celles réalisées à domicile et 3 % à l'occasion d'un soin infirmier.

La présence de près de 100 000 infirmiers libéraux sur tout le territoire, qui réalisent plus de 90 % de leur activité au domicile des patients, constitue pourtant un levier pour développer les téléconsultations dans les zones d'intervention prioritaire et les zones d'action complémentaire. Plusieurs freins limitent toutefois une telle évolution. La gestion des créneaux nécessite une forte coordination entre infirmiers et médecins, difficile à mettre en place, d'autant plus que ces derniers alternent généralement sur la même tranche horaire des consultations et des téléconsultations, en l'absence de créneaux obligatoirement réservés à la télémédecine tels qu'ils existent au Danemark. De surcroît, des dispositifs médicaux utiles à une téléconsultation à des tarifs abordables ne sont pas toujours disponibles lors des déplacements au domicile du patient.

Dans sa feuille de route 2024-2026, le LET propose la création de parcours de soins hybrides territorialisés[196]. Dans cette optique, il a signé un accord de coopération avec la Fédération nationale des infirmiers (FNI) pour la prise en charge des patients âgés à risque de dénutrition ou de déshydratation[197], ce qui constitue une initiative pertinente.

Compte tenu de l'augmentation régulière du nombre de patients âgés atteints de maladies chroniques, le développement de téléconsultations assistées par des infirmiers pourrait être amplement développé et permettre d'éviter la prise en charge de transports sanitaires dans certaines hypothèses.

c) Une implication des pharmacies d'officine à conforter

La convention nationale organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie de 2022 permet à ces professionnels d'offrir aux patients une assistance à la téléconsultation, avec au moins un stéthoscope et un otoscope connectés, un oxymètre et un tensiomètre. Les pharmaciens cherchent à intégrer cette activité dans l'organisation de leur flux de patients par l'intermédiaire de systèmes de rendez-vous favorisés par leurs nouvelles missions comme la vaccination, le dépistage, les tests rapides d'orientation diagnostique[198] ou les actions d'accompagnement des patients.

En 2023, les téléconsultations assistées réalisées en officine pharmaceutique représentaient 7 % des téléconsultations totales et 0,2 % de l'ensemble des consultations réalisées. La même année, 1 179 pharmacies, soit 36 % des pharmacies proposant ce service[199], ont accompagné plus de téléconsultations que d'actes indemnisés forfaitairement par l'assurance maladie. 53 d'entre elles ont même accompagné plus de 1 000 téléconsultations et 60 % des actes ont eu lieu dans des ZIP. Les téléconsultations assistées en pharmacie peuvent ainsi contribuer à l'accès aux soins dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante. En Île-de-France, par exemple, ces actes ne s'observent pas surtout à Paris mais dans l'Essonne, le Val-d'Oise ou le Val-de-Marne. Dans ce dernier département, qui concentre les territoires souffrant le plus d'un manque de professionnels médicaux[200] et représente 12 % de la population francilienne, les téléconsultations assistées par des pharmaciens représentent ainsi 26 % de celles réalisées dans la région[201].

[196] Concept promu par le LET et la SFSD, qui traduit un parcours de soins privilégiant avant tout les acteurs du territoire afin d'assurer une alternance appropriée entre acte à distance et consultation en présence du patient.

[197] Lorsqu'un infirmier détecte un risque au cours d'une visite à domicile, il peut, selon un protocole établi, déclencher une téléconsultation assistée pour le lendemain. Celle-ci se fait avec le médecin traitant en priorité ou avec un médecin d'une société de téléconsultation en second recours. L'infirmier réalise la téléconsultation assistée au domicile du patient. Les éventuelles prescriptions issues de cette téléconsultation visent à éviter une hospitalisation. Le cas échéant, l'infirmier peut organiser ultérieurement une consultation longue chez le médecin traitant.

[198] Un décret et un arrêté d'application du 17 juin 2024 ont par exemple ouvert la prise en charge directe des angines et cystites par les pharmaciens, avec la possibilité de prescrire et de délivrer un traitement antibiotique après la réalisation en officine d'un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) positif.

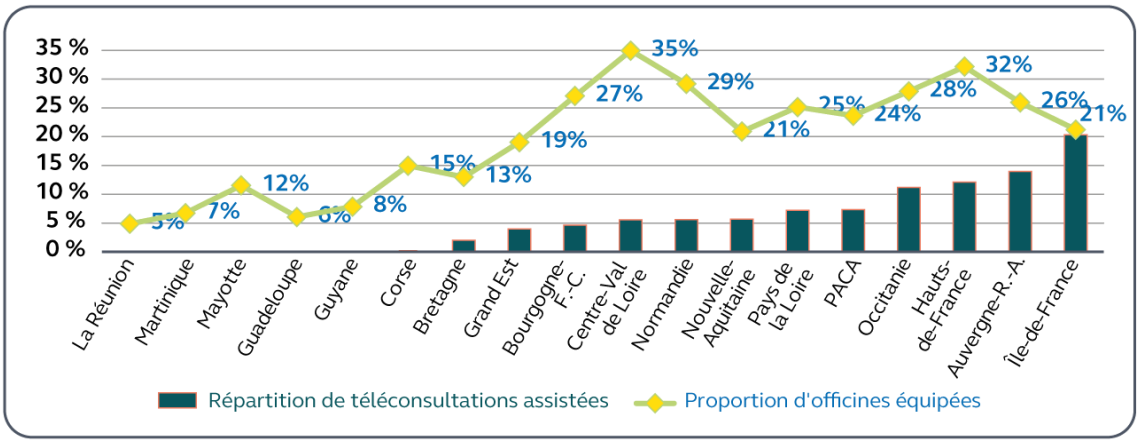
[199] En 2022, elles étaient 730 pharmacies, soit 22 % des pharmacies proposant ce service.

[200] Territoires classés en 2022 par l'ARS Île-de-France en « ZIP+ », zones d'intervention prioritaire dont la sous-densité médicale est accrue par l'absence totale de nouvelles installations de médecins.

[201] À l'inverse, à Paris, les téléconsultations assistées représentaient 8 % de celle réalisées en Île-de-France alors que la capitale concentrait 17 % de la population régionale. Les téléconsultations assistées dans les Hauts-de-Seine représentaient 7 % de celle réalisées en Île-de-France alors que ce département concentrait 13 % de la population régionale.

En 2023, les officines équipées et le nombre de téléconsultations assistées variaient fortement selon les régions (cf. graphique nº 22).

Graphique n° 22 : part des officines équipées pour les téléconsultations et répartition des téléconsultations assistées en officines par région (2023)



Note de lecture : en 2023, en Île-de-France, les téléconsultations assistées réalisées en officine représentaient 20,3 % de l'ensemble de ces actes réalisés en officine et 21 % des officines étaient équipées pour assister des téléconsultations.
Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

En juin 2024, les officines ayant facturé à l'assurance maladie au moins une assistance à la téléconsultation depuis la mise en œuvre du dispositif représentaient 28 % des officines actives. Ce taux masquait toutefois d'importantes disparités : il était inférieur à 10 % dans le Finistère, à la Réunion, en Guadeloupe, en Martinique ou en Corse du Sud, et égal ou supérieur à 50 % dans la Sarthe, l'Yonne, la Drôme, l'Eure, le Loiret, le Cher et en Ardèche.

Au niveau national, 42 % des téléconsultations assistées en officine ont été réalisées dans des ZIP entre 2019 et 2023, contre seulement 26 % et 27 % des téléconsultations réalisées respectivement par les médecins libéraux spécialistes et généralistes en 2023. L'assistance à la téléconsultation en pharmacie d'officine est donc d'ores et déjà un outil d'amélioration de l'accès aux soins dans les zones souffrant d'un déficit en offre de soin.

B - Des mesures à renforcer pour garantir la qualité des pratiques

L'Association mondiale de la médecine appelait dès 2007 à une évaluation régulière de la qualité des soins en télémédecine afin de garantir les meilleures pratiques de diagnostic et de traitement[202]. La téléconsultation doit répondre aux mêmes exigences que l'exercice médical au cabinet du médecin ou au domicile du patient. Pour autant, ses limites cliniques nécessitent qu'une attention accrue soit prêtée à la qualité des prescriptions à distance (1). L'alimentation des dossiers médicaux partagés est aussi nécessaire pour renforcer la qualité des prescriptions, éviter les actes et les diagnostics redondants et minorer les risques iatrogéniques (2).

[202] Association médicale mondiale, Position sur l'éthique en télémédecine, octobre 2007.

1 - Une qualité des soins à mieux connaître et développer

La connaissance des prescriptions par motif de consultation et par pathologie diagnostiquée et l'identification des bons usages de la téléconsultation restent insuffisantes pour mieux encadrer les pratiques de prescription et prévenir les atypies (a). Afin de corriger certaines anomalies, l'agrément des sociétés de téléconsultation comporte des exigences pour assurer la qualité des soins. Une attention particulière doit être portée à la prescription des antibiotiques (b).

a) Des pratiques insuffisamment documentées

Compte tenu des spécificités et des risques de la médecine à distance, l'adéquation entre les pratiques professionnelles et les recommandations scientifiques revêt un enjeu majeur. La téléconsultation présente d'évidentes limites cliniques[203]. Pour les pathologies aiguës, elle est susceptible de limiter l'analyse du médecin en raison de l'absence d'examen physique et d'éventuels compléments à ce dernier, de l'absence de vision complète du patient et du biais que peut présenter une interaction par écran interposé. La détection des motifs secondaires de consultation peut également être plus complexe à distance.

En 2019, la Haute Autorité de santé a publié un guide des bonnes pratiques des actes de téléconsultation et de téléexpertise[204] (cf. annexe n°3). Elle y invite à mener les téléconsultations selon les mêmes exigences qu'une consultation réelle, en réalisant un interrogatoire clinique[205]. Si la téléconsultation n'est pas adaptée, le patient doit bénéficier d'un examen physique. Au moindre doute, le médecin doit proposer une consultation en présence, en particulier s'il apparaît qu'un examen clinique est nécessaire, et recommander de consulter au cabinet médical en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes.

Si la Haute Autorité de santé n'exclut *a priori* aucune situation clinique des téléconsultations[206], la pertinence de la prise en charge à distance est appréciée par le professionnel médical et, le cas échéant, par le pharmacien et par l'auxiliaire médical[207] qui doivent garantir au patient les mêmes qualité et sécurité de soins que pour les consultations au cabinet. Pour sa part, le Conseil national de l'ordre des médecins a publié en 2020 une analyse des mésusages de la télémédecine, dont l'intitulé dénote l'approche déontologique[208].

Les limites cliniques inhérentes aux téléconsultations et le fait qu'une partie de ces dernières soient, plus fréquemment qu'au cabinet médical, réalisées sans que le professionnel ne connaisse préalablement le patient peuvent conduire à des prescriptions plus importantes de certains médicaments.

---

[203] Une étude établit par exemple qu'en cardiologie, dans 20 % en moyenne des consultations, l'examen clinique a contribué à l'établissement du diagnostic : R.P. Lewis, "*The clinical examination is still the lynchpin of quality cardiovascular care*", Am. Heart Hosp. J., 4 (2006), p. 20-23.

[204] HAS, *Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Guide de bonnes pratiques*, mai 2019.

[205] HAS, *Téléconsultation à distance, redoubler de vigilance*, 1er décembre 2022.

[206] HAS, 2018, *Fiche mémo. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise* : *« L'analyse de la littérature et la concertation des parties prenantes n'ont pas permis d'identifier de situation d'exclusion clinique a priori. »*

[207] Article R. 6316-2 du code de la santé publique.

[208] Conseil national de l'ordre des médecins, *Mésusage de la télémédecine*, rapport de décembre 2020, actualisé dernièrement le 31 mars 2023.

Diverses recherches internationales ont tenté de mesurer la réalité et l'importance de ce phénomène, avec des conclusions contradictoires et non directement transposables à la France compte tenu des écarts entre les systèmes de santé. Indépendamment des recherches qui peuvent y être menées, l'Allemagne a retenu en 2024 une approche large pour apprécier la qualité des diagnostics à distance. La loi sur l'amélioration de la numérisation du système de santé a ainsi chargé les caisses d'assurance maladie et les médecins conventionnés de s'entendre sur un référentiel de qualité pour les téléconsultations, portant sur le recours au dossier médical partagé, sur des programmes électroniques permettant une évaluation standardisée et sur l'encadrement des prises en charge consécutives aux téléconsultations.

Pour sa part, la Cnam utilise ses données de facturation, en particulier dans ses rapports annuels « charges et produits », pour identifier les modalités de recours aux téléconsultations et analyser d'éventuels phénomènes de surprescription.

À ce jour, aucune étude n'a cependant permis de comparer finement les pratiques de prescription médicale en consultation et en téléconsultation pour des pathologies identiques, l'absence de connaissance des motifs de consultation faisant obstacle à cet exercice. En effet, la comparaison des prescriptions de médicaments consécutivement à une consultation en présentiel ou à une téléconsultation ne peut être faite de manière simple, en raison de leur volumétrie très différente et surtout de l'hétérogénéité des motifs de consultation.

Les prescriptions de médicaments consécutives à une consultation au cabinet couvrent ainsi un spectre de pathologies et de traitements plus large que ceux liés à une téléconsultation, et donc des classes thérapeutiques plus diversifiées. Cet écart contribue à diminuer la part des analgésiques et des antibiotiques dans l'ensemble des médicaments prescrits par les professionnels médicaux en présence des patients. D'un point de vue global et vraisemblablement en raison des différences de patientèles et de pathologies, les médecins des plateformes prescrivent moins de médicaments qu'à l'issue des consultations au cabinet.

La direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) Grand Est a ainsi établi que les premiers prescrivent 3,8 boîtes en moyenne, soit 2,3 de moins que lors des rendez-vous au cabinet, ce qui, en première approche, contredit l'idée d'un phénomène de surprescription lors des consultations à distance. La DCGDR Île-de-France a également calculé qu'au premier semestre 2024, la part des téléconsultations faisant l'objet de prescriptions de médicaments est inférieure pour les plateformes de 9,1 points à celle des médecins généralistes libéraux (qu'ils soient ou non médecins traitants) ; la quantité moyenne prescrite par une plateforme et délivrée est inférieure de près de deux boîtes à celle des médecins généralistes libéraux (respectivement 3,7 et 5,6 boîtes).

Par ailleurs, aucune étude d'ampleur n'a identifié si, à pathologies comparables, la médecine à distance se traduit en France par des taux de reconsultation (en téléconsultation ou au cabinet médical) plus élevés que la médecine exercée au cabinet, dans un contexte où la littérature internationale présente des résultats contradictoires mais généralement sans tenir compte de ce dernier paramètre. Certains travaux concluent à une proportion de nouvelles consultations équivalente, quand d'autres mettent en évidence des reconsultations plus fréquentes après une téléconsultation (cf. annexe n° 3).

La DCGDR Île-de-France a établi qu'au premier semestre 2024, 19,5 % des téléconsultations des médecins généralistes libéraux faisaient l'objet d'une reconsultation dans un délai inférieur à 15 jours. Cette proportion s'élève à 24,4 %, soit un quart des actes, pour les

téléconsultations des plateformes. La part des reconsultations suite à une téléconsultation par une plateforme est ainsi supérieure à celle consécutive à un acte analogue d'un médecin généraliste libéral ; elle l'est notamment, de l'ordre de cinq points, pour les reconsultations à huit jours.

En l'absence d'une analyse fine des motifs de consultation et de reconsultation et d'une comparaison avec les pratiques constatées pour les consultations au cabinet, il n'est pas possible de tirer des enseignements robustes de ces données. Il n'est pas illogique que les téléconsultations réalisées par des médecins non traitants (très majoritaires parmi les actes réalisés par les plateformes) donnent lieu à davantage de reconsultations, compte tenu de la moins bonne connaissance du patient.

En outre, conformément à la recommandation précitée de la Haute Autorité de santé, il est médicalement justifié pour le médecin téléconsultant d'orienter le patient vers une prise en charge en cabinet ou à son domicile si la pathologie ne peut être cliniquement identifiée à distance ; ce respect des obligations déontologiques du praticien majore ainsi le taux de reconsultation sans que cela constitue une anomalie. Il n'en demeure pas moins que ce recours supplémentaire aux soins est à l'origine de surcoûts pour l'assurance maladie, hormis les cas dans lesquels cette prise en charge en deux temps permet d'éviter un passage aux urgences hospitalières.

Certes, l'absence de connaissance des motifs de consultations dans le système national des données de santé[209] rend ce travail complexe mais celui-ci s'impose pour évaluer le bénéfice médico-économique des téléconsultations et éclairer les choix retenus par les pouvoirs publics. En effet, un taux élevé de reconsultation n'est pas nécessairement lié à une mauvaise prise en charge lors de la téléconsultation initiale mais il soulève les questions de l'efficience et de la pertinence de ces actes en fonction des situations cliniques. Une analyse des parcours des usagers, notamment grâce à un suivi et un chaînage des actes, permettrait de détecter des situations pour lesquelles des recommandations spécifiques sur l'exercice en téléconsultations seraient nécessaires.

Des études portant sur la résolution des symptômes en tant que critère d'évaluation permettraient de mieux apprécier la pertinence médicale de ces actes à distance. À cet effet, en juillet et novembre 2020, la DGS et la DGOS avaient sollicité la Fédération des spécialités médicales[210], le Collège de la médecine générale, le conseil national professionnel (CNP) de pédiatrie et la Société française de santé digitale pour formuler des recommandations de bonnes pratiques ciblant les infections courantes aiguës en soins primaires, ainsi que des *« supports didactiques illustrant les démarches cliniques de différents cas d'usage en téléconsultation »*.

Les travaux, dont les premières productions étaient attendues à fin 2020, n'ont que partiellement abouti quatre ans plus tard. Le Collège de la médecine générale et le CNP de pédiatrie ont bien publié des recommandations de bonnes pratiques sur la prescription d'antibiotiques en téléconsultation à l'occasion des infections aigües en soins primaires mais tel n'est pas le cas pour le reste des organismes dont les documents restent attendus. Il paraît important que les travaux reprennent et donnent lieu à des recommandations et des cas d'usage susceptibles d'éclairer les professionnels de santé. À cet effet, le ministère chargé de la santé devrait solliciter à nouveau la Fédération des spécialités médicales et les autres parties prenantes.

[209] Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram).
[210] Cette structure fédère 41 conseils nationaux professionnels (CNP) et 6 CNP associés.

Ces travaux ne peuvent être compris isolément des travaux en cours visant à promouvoir l'utilisation de systèmes d'aide à la décision médicale, les logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation, destinés à renforcer l'efficience et la pertinence des prescriptions.

Les futures assises de la téléconsultation, proposées par la Cnam dans son rapport « charges et produits » pour 2025, visent notamment à étudier la pertinence des prescriptions à distance et à progresser dans la mise au point de cadres de coopération entre les acteurs territoriaux et les plateformes nationales de téléconsultation afin d'améliorer la prise en charge des patients et l'accès territorial aux soins.

Enfin, la Cnam ne suit pas l'activité des lieux d'implantation des équipements de télésanté et n'analyse pas les parcours des patients qui y recourent. Or, les enseignements tirés d'un tel suivi, sur la base d'un échantillon, permettraient d'améliorer la qualité et la sécurité des diagnostics et des prescriptions médicales, grâce à la détection de situations pour lesquelles des recommandations spécifiques se révéleraient nécessaires.

b) Une surprescription d'antibiotiques à large spectre à mieux prévenir

La résistance aux antibiotiques (antibiorésistance) est la capacité des bactéries à développer des mécanismes de défense qui leur permettent d'échapper à l'action de ces médicaments. Or, l'acquisition de mécanismes de résistance par les bactéries s'est accrue au cours des dernières décennies, en raison de l'utilisation inappropriée d'antibiotiques. Ce phénomène, qui atténue leur efficacité, expose les patients au risque de ne plus disposer de médicaments efficaces et peut conduire à des impasses thérapeutiques. L'antibiorésistance représente donc une menace majeure pour la santé publique.

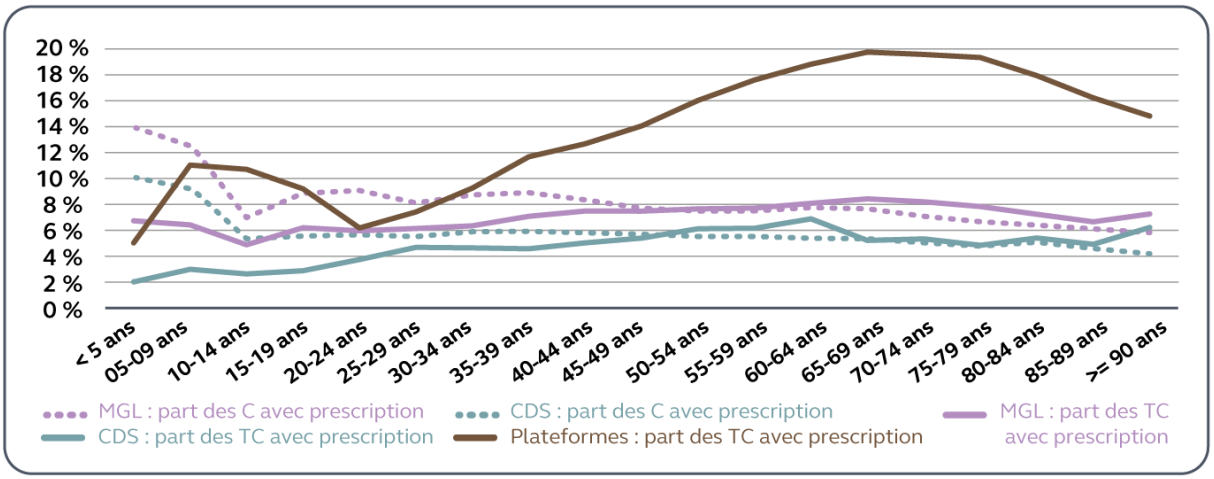
Les études menées qui s'appuient sur le système national des données de santé permettent d'établir l'existence d'un phénomène de surprescription d'antibiotiques[211]. Si les données disponibles dans la littérature scientifique apparaissent contradictoires pour attester l'existence d'une surprescription accrue en téléconsultation, ce phénomène ressort néanmoins de nombreuses études (cf. annexe n° 3).

Or, la prescription de ces médicaments ne devrait avoir lieu que lorsqu'elle est cliniquement indiquée et susceptible d'être bénéfique, quel que soit le type de consultation, de sorte que la qualité et la sécurité de cette prescription lors des consultations à distance devraient être comparables à celles des consultations en face à face. De manière générale, certaines sociétés savantes recommandent de limiter la prescription d'antibiotiques aux consultations permettant un examen clinique.

Début 2022, les données disponibles faisaient ressortir une surprescription anormale d'antibiotiques pour les adultes de plus de 35 ans et les enfants de 5 à 19 ans. Pour les patients âgés de 65 à 79 ans, une téléconsultation sur cinq réalisée grâce à une plateforme de téléconsultation donnait lieu à la prescription de tels médicaments, correspondant à un niveau plus de deux fois supérieur à celui constaté pour les téléconsultations réalisées par des médecins généralistes libéraux ou en centre de santé. La prescription d'antibiotiques diminue en consultation à partir de 40 ans et augmente en téléconsultation entre 30 et 70 ans (cf. graphique n° 23).

[211] Médicaments destinés à traiter les infections bactériennes, classés en plusieurs familles (bêta-lactamines, fluoroquinolones, macrolides, etc.), en fonction de leur structure chimique et de leur mode d'action.

Graphique n° 23 : part d'actes avec prescription d'antibiotiques, par groupe d'âge des patients, pour les médecins généralistes libéraux, les centres de santé et les plateformes de téléconsultation ayant facturé au moins une téléconsultation (premier trimestre 2022)



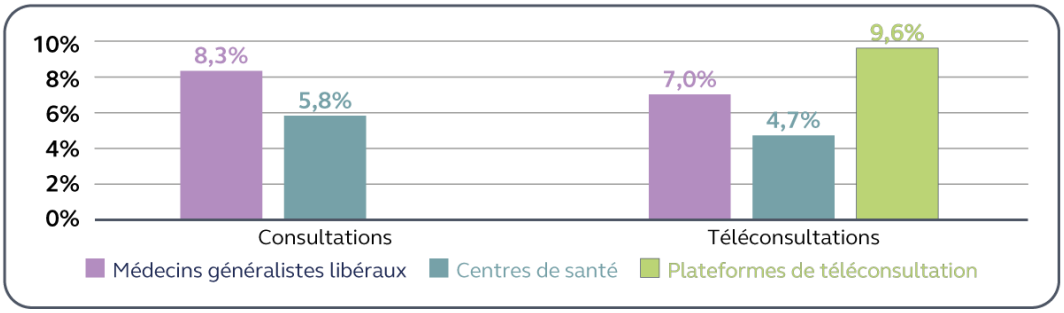
Note de lecture : MGL : médecins généralistes libéraux. CDS : centres de santé.
Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

Dans son rapport de juillet 2024[212], la Cnam a calculé que la prescription d'antibiotiques est globalement moins fréquente à la suite d'une téléconsultation (7 %) que d'une consultation (8,3 %). Pour autant, cette prescription en téléconsultation est comparativement élevée du fait des situations moins fréquentes où la pathologie devrait conduire à mettre en place une antibiothérapie.

Concernant les seules téléconsultations, l'écart global de prescription d'antibiotiques, défavorable aux actes réalisés par les plateformes (9,6 % de téléconsultations des plateformes débouchant sur une prescription d'antibiotiques, contre 7,0 % pour celles des médecins généralistes libéraux), est atténué par le fait que les patients téléconsultants sur ces dernières sont jeunes (cf. graphique n° 24). Il existe de grandes disparités selon les plateformes. Sur les cinq identifiées au premier trimestre 2022, la part de téléconsultations avec prescription d'antibiotiques variait de 2 % à 18 %.

[212] Cnam, *Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2025. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*, juillet 2024.

Graphique n° 24 : part des actes avec prescription d'antibiotiques des médecins généralistes libéraux, des centres de santé et des plateformes (premier trimestre 2022)



Note de lecture : les données prennent en comptes les professionnels ayant facturé au moins une téléconsultation.
Source : Cour des comptes, d'après données Cnam

Les données plus récentes de certaines DGCDR qui ont étudié les prescriptions après téléconsultation corroborent ces constats et mettent en évidence un recours anormal aux antibiotiques à large spectre d'action antimicrobien. La DCGDR Île-de-France a ainsi établi qu'au premier semestre 2024, la part des téléconsultations aboutissant à une prescription d'antibiotiques s'élevait à 6,6 % pour les médecins généralistes libéraux et à 7,3 % pour les plateformes, avec un recours comparativement plus important à l'amoxicilline (antibiotique à large spectre) pour ces dernières. De même, la DCGDR Grand Est a relevé qu'en 2023, une téléconsultation de médecin généraliste sur quinze aboutissait à une prescription d'antibiotiques, contre une sur douze pour les téléconsultations réalisées par des plateformes. Les antibactériens à usage systémique étaient trois fois plus prescrits par les plateformes que par des médecins généralistes libéraux.

Alors que la feuille de route de l'antibiorésistance (novembre 2016) prévoyait d'assurer la diffusion, la promotion et la mise à disposition de tous les prescripteurs d'outils de bon usage des antibiotiques, les réalisations sont restées insuffisantes pour les actes de soins à distance.

Dans ce domaine, la seule action faisant suite à une initiative du ministère chargé de la santé est l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques précitées sur la prescription d'antibiotiques en téléconsultation à l'occasion des infections aigües en soins primaires, élaborées en 2021 et actualisées en 2022. Celles-ci mettent en évidence le fait que le champ de la téléconsultation pour la prise en charge de pathologies infectieuses courantes reste limité. Dans la plupart des situations cliniques, la prescription d'antibiotiques nécessite un examen physique afin de confirmer l'indication et d'identifier les complications et les signes de gravité. En revanche, la téléconsultation peut servir à réévaluer l'efficacité de l'antibiothérapie à 48 ou 72 heures de certaines situations infectieuses ou évaluer la nécessité d'un examen physique en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes.

Par ailleurs, en cas de rupture d'approvisionnement, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 proposait d'interdire la prescription d'antibiotiques en téléconsultation, au motif que *« cette prescription* [nécessite] *un examen clinique du patient »*, tout en prévoyant des exceptions (maladie de Lyme ou prophylaxie avant intervention dentaire). Cette mesure n'a finalement pas été adoptée.

Au regard des éléments qui précèdent, une interdiction des prescriptions d'antibiotiques en téléconsultation ne paraît pas médicalement justifiée. En revanche, si des données probantes reposant sur une analyse des divergences des prescriptions à motifs de consultation identiques entre consultation et téléconsultation mettaient en évidence des écarts significatifs, un encadrement plus strict des prescriptions à distance serait nécessaire, en particulier dans des situations exceptionnelles.

En tout état de cause, les actions d'incitation des professionnels de santé à prévenir l'antibiorésistance doivent être développées et la stratégie de prévention des infections et de l'antibiorésistance gagnerait à intégrer les caractéristiques spécifiques de ces prescriptions à distance, ce que ne font ni la stratégie 2022-2025, ni la feuille de route interministérielle 2024-2034 précitées. Le développement et la diffusion dans les pratiques d'outils numériques favorisant le bon usage des antibiotiques, conformes au référentiel de fonctionnalités d'un système d'aide à la décision en antibiothérapie élaboré par la Haute Autorité de santé en 2023, pourraient être un possible levier.

Afin d'approfondir la connaissance de ces sujets, la Cnam a saisi la Haute Autorité de santé en octobre 2024 sur la qualité des prescriptions d'antibiotiques en téléconsultation.

2 - La nécessité d'une alimentation effective des dossiers médicaux partagés

L'article R. 6316-3 du code de la santé publique prévoit que chaque acte de télémédecine doit être réalisé dans des conditions garantissant l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient. La feuille de route du numérique en santé 2023-2027 considère également que la télésanté doit se développer avec des outils interopérables, notamment avec « *Mon espace santé* », espace numérique personnel et sécurisé permettant de gérer ses données de santé.

Dès 2019, la Haute Autorité de santé estimait qu'en *« cas de téléconsultation en dehors du parcours de santé coordonné par le médecin traitant, le professionnel médical ayant réalisé l'acte de téléconsultation doit faire un retour d'informations au médecin traitant (*a minima*, transmission du compte-rendu de téléconsultation) »*[213]. La Haute Autorité considère également que le professionnel médical doit juger de la pertinence d'une téléconsultation au regard notamment de la disponibilité des données du patient et enregistrer le compte rendu de l'acte dans le dossier médical partagé [214] du patient lorsqu'il existe. Ce compte rendu doit être accessible ou transmis au médecin traitant et aux autres professionnels de santé désignés par le patient et impliqués dans sa prise en charge.

[213] Haute Autorité de santé, 2019, *Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise ; Guide de bonnes pratiques*.

[214] Principale composante de « Mon espace santé », le dossier médical partagé constitue un lieu de stockage sécurisé, sous la responsabilité de la Cnam, des données de santé de chaque titulaire. Y figurent notamment les traitements prescrits, y compris les vaccinations, les ordonnances électroniques, les résultats de biologie médicale, le compte rendu des examens d'imagerie médicale, ou encore les comptes rendus opératoires et lettres de liaison consécutifs à une hospitalisation.

La nécessité de respecter le parcours de soins coordonné et les exigences de qualité[215] et de continuité des soins[216] requièrent une alimentation effective de l'espace numérique de santé[217]. Généralisé à l'ensemble de la population en 2022, celui-ci est censé permettre un partage des informations entre les professionnels de santé, responsables de la prise en charge des patients. Il a également pour objectif de réduire le nombre d'actes redondants, en permettant aux professionnels médicaux de connaître les examens déjà effectués, dans une optique d'économies, de prévention de la polymédication inappropriée et de lutte contre les risques iatrogéniques associés[218]. L'absence d'accès au dossier du patient comporte des risques sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins, surtout en présence d'un nouvel épisode médical ou d'une polymédication.

Or, comme la Cour l'a récemment souligné[219], l'adhésion du public à cet outil numérique reste faible, avec un taux d'activation des dossiers médicaux partagés de seulement 25 % à l'automne 2024 et un taux d'activation de « *Mon espace santé* » d'environ 20 % seulement des espaces créés. Ce constat est encore aggravé par la réserve dont font preuve de nombreux médecins pour alimenter et utiliser ces dossiers. La délégation au numérique en santé (DNS) et la Cnam ont toutefois fait état de progrès lors du onzième comité de suivi du Ségur numérique, en décembre 2024.

L'alimentation des dossiers médicaux partagés est une obligation réglementaire[220], qui s'impose pour toutes les téléconsultations. Elle n'est actuellement vérifiée que dans le cadre de la certification de conformité des sociétés de téléconsultation mais elle devrait également l'être pour les éditeurs de systèmes d'informations de téléconsultation, ce qui permettra d'aligner les exigences d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique entre les acteurs et d'alimenter les dossiers médicaux partagés. Doivent être retranscrits dans ces derniers le compte rendu de la consultation, les prescriptions et les actes effectués. Le dossier médical partagé est aussi un prérequis pour que le professionnel téléconsultant dispose des données nécessaires à la réalisation de la téléconsultation[221]. La convention nationale des sages-femmes libérales ne prévoit toutefois l'alimentation du dossier médical partagé que comme une simple faculté.

En outre, le consentement préalable du patient à la consultation par le médecin téléconsultant de son dossier médical partagé (hormis le cas où il s'agit de son médecin traitant) doit être formellement recueilli. La Haute Autorité de santé considère que si le patient s'oppose à l'accès à ses données de santé, le professionnel médical de la société de téléconsultation ne doit pas refuser la réalisation de la téléconsultation pour ce motif[222]. Dans une telle hypothèse,

[215] Articles R. 4127-32 et suivants du code de la santé publique.
[216] Article R. 4127-47 du code de la santé publique.
[217] Articles L. 1111-13 et suivants du code de la santé publique.
[218] L'article R. 4127-8 du code de la santé publique prévoit que le médecin doit *« limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. »*
[219] Cour des comptes, 2024, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chapitre X, « "Mon espace santé" : des conditions de réussite encore à réunir », p. 335-359.
[220] Article R. 6316-4 du code de la santé publique.
[221] Article R. 6316-3 du code de la santé publique.
[222] HAS, *Référentiel de bonnes pratiques et méthodes d'évaluation applicables aux sociétés de téléconsultation*, § 2.2.1, décembre 2023.

les données recueillies lors de l'interrogatoire clinique peuvent néanmoins être insuffisantes, en particulier pour les patients souffrant de maladies chroniques ou n'ayant pas de médecin traitant, justifiant ainsi une reconsultation au cabinet d'un médecin.

Au regard des enjeux de santé publique et de coordination des soins qui s'attachent à l'utilisation effective du dossier médical partagé et compte tenu des objectifs fixés en la matière à la Cnam[223], il est fondamental que le ministère chargé de la santé et l'Agence du numérique en santé évaluent avec la plus grande attention le niveau d'alimentation des dossiers médicaux partagés lors des audits qui cloront la première phase (biennale) de l'agrément des sociétés de téléconsultation.

[223] Convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027 passée entre l'État et la Cnam, p. 34.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Un développement maîtrisé des téléconsultations apparaît souhaitable pour contribuer à l'efficience du système de soins et à l'accès aux soins. Plusieurs évolutions apparaissent nécessaires à cet effet.

Leur remboursement par l'assurance maladie est aujourd'hui versé indifféremment, quel que soit le patient et le territoire. Il devrait être adapté, à la baisse comme à la hausse, à partir d'un tarif de base, tenant compte du profil des patients téléconsultants (résident en Ehpad, âge du patient, maladies chroniques…), avec la possibilité de facturer certaines majorations ou actes techniques, non prévue à ce jour pour les téléconsultations. Les sociétés de téléconsultation pourraient être associées à ces évolutions tarifaires.

Par ailleurs, dans son rapport de 2021[224]*, la Cour avait recommandé de cibler les politiques d'aides à l'équipement des ARS et de la Cnam sur les zones et les publics prioritaires. Le ministère de la santé et la Cnam n'ont pas suivi cette recommandation. Un recentrage de l'ensemble des aides attribuées, y compris les aides versées par l'assurance maladie aux pharmaciens, est nécessaire. Une prise en charge plus importante pourrait ainsi être mise en œuvre au profit des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins. Parallèlement, les financements attribués à des projets reposant sur la réalisation de téléconsultations, dont le montant total n'est pas connu faute de données agrégées nationalement, doivent se concentrer sur les projets les plus à même de déboucher sur des dispositifs généralisables à coût maîtrisé pour les acteurs publics.*

Le statut des sociétés de téléconsultation, en cours de mise en œuvre, impliquant la délivrance d'un agrément pour le remboursement des actes par l'assurance maladie, confère aux plateformes une reconnaissance juridique. Il vise à mieux répondre aux besoins en santé de la population, à encadrer les actes médicaux à distance et à favoriser leur déploiement dans un cadre éthique, sécurisé et cohérent. Les sociétés de téléconsultation doivent respecter des exigences en matière de structuration juridique et de gouvernance, de déontologie, de qualité des soins et de sécurité, ainsi que d'interopérabilité des solutions numériques utilisées. Une régulation trop stricte des téléconsultations pourrait freiner les usages et, par suite, leur contribution à l'accès aux soins. La situation économique de ces sociétés est fragile.

Dans de nombreux pays, la téléconsultation constitue une pratique médicale répandue. Son développement devrait être envisagé en France afin de favoriser, outre des économies substantielles, un accès aux soins pour les personnes qui en sont exclues ou y recourent insuffisamment. Les différents modèles de téléconsultation (exercice libéral ou salarié avec une solution numérique, assistée ou non assistée par un professionnel de santé) et les technologies disponibles permettraient de répondre aux besoins de ces personnes.

Par ailleurs, certaines mesures destinées à garantir la qualité et la sécurité des soins et prescriptions liées aux téléconsultations restent à prendre, même si des avancées ont été constatées au cours des trois dernières années et s'il ne ressort pas d'anomalies majeures dans

[224] Cour des comptes, *op. cit.*, « La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins ».

les pratiques constatées à ce jour. Il appartient en particulier au ministère chargé de la santé de relancer les travaux des conseils nationaux professionnels, en lien avec les sociétés savantes, afin de développer des recommandations de bonnes pratiques.

Enfin, la Cour constate qu'indépendamment de ces possibles évolutions et de celles qui pourraient être liées à la qualité des prises en charge, le cadre juridique global des téléconsultations est aujourd'hui cohérent et pertinent. Il n'est pas opportun de le modifier avant de disposer d'un recul suffisant sur la mise en œuvre de l'agrément des sociétés de téléconsultation ni avant de clarifier la stratégie des pouvoirs publics et formaliser l'intégration des actes médicaux à distance dans la permanence des soins. Un éventuel ajustement des dispositions applicables aux sociétés de téléconsultation ne devrait pas être envisagé avant qu'elles n'aient pleinement produit leur effet.

Au vu de ses différents constats et afin que les téléconsultations contribuent davantage à l'efficience du système de soins et à l'accès aux soins des publics et des zones prioritaires, la Cour des comptes formule les recommandations suivantes :

3. *(recommandation réitérée et reformulée) : cibler les politiques d'aides à l'équipement de téléconsultation en favorisant l'accès aux soins pour les publics et dans les territoires prioritaires (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, Cnam) ;*
4. *assouplir les règles conventionnelles relatives à la territorialité des téléconsultations pour en faciliter le développement dans les zones d'intervention prioritaire (Cnam, ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles);*
5. *favoriser l'action des hôpitaux de proximité dans la mise en œuvre des téléconsultations en intégrant leur prise en compte dans les projets médicaux et les projets de soins partagés des groupements hospitaliers de territoire (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
6. *prévoir la possibilité juridique pour les services d'accès aux soins de faire appel, à titre subsidiaire, à des plateformes de téléconsultation (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles) ;*
7. *relancer les travaux des conseils nationaux professionnels visant à définir des cas d'usage des téléconsultations, en lien avec les sociétés savantes, et à développer des recommandations de bonnes pratiques (ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*

Liste des sigles et acronymes

ACCDM ..... Association de citoyens contre les déserts médicaux
ACI ..... Accord conventionnel interprofessionnel
ALD ..... Affection de longue durée
AMF ..... Association des maires de France
AMRF ..... Association des maires ruraux de France
Anap ..... Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANDPC ..... Agence nationale du développement professionnel continu
ANS ..... Agence du numérique en santé
APL ..... Accessibilité potentielle localisée
ARS ..... Agence régionale de santé
ATIH ..... Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
C ..... Consultation médicale
C2S ..... Complémentaire santé solidaire
CDA ..... *Clinical Document Architecture*
Cdom ..... Conseils départementaux de l'ordre des médecins
CDS ..... Centre de santé
Cnam ..... Caisse nationale de l'assurance maladie
Cnoi ..... Conseil national de l'ordre des infirmiers
Cnop ..... Conseil national de l'ordre des pharmaciens
Cnosf ..... Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
CNSA ..... Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM ..... Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS ..... Communauté professionnelle territoriale de santé
CSMF ..... Confédération des syndicats médicaux français
DAP ..... Direction de l'administration pénitentiaire
DCGDR ..... Direction de la coordination de la gestion du risque (Assurance maladie)
DGCCRF ..... Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGCS ..... Direction générale de la cohésion sociale
DGE ..... Direction générale des entreprises
DGOS ..... Direction générale de l'offre de soins
DGS ..... Direction générale de la santé
DGTelemed ... *Deutsche Gesellschaft für Telemedizin e. V.* (Société allemande de télémédecine)
DMP ..... Dossier médical partagé
DNS ..... Délégation au numérique en santé
Drees ..... Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSES ..... Direction de la stratégie, des études et des statistiques (Cnam)

DSS ..... Direction de la sécurité sociale
DTIN ..... Département télésanté et innovation numérique (Cnam)
DUI..... Dossier usager informatisé
Ehpad ..... Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESSMS ..... Établissements et services sociaux et médico-sociaux
FFP ..... Fédération française de psychiatrie
Finess ..... Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
FIR ..... Fonds d'intervention régional
FMF..... Fédération des médecins de France
FMT ..... Fédération des médecins téléconsultants
FNCGM..... Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
FNCS..... Fédération nationale des centres de santé
FSM..... Fédération des spécialités médicales
FSPF..... Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
FTAP..... Fonds pour la transformation de l'action publique
GHT ..... Groupement hospitalier de territoire
GRADeS ..... Groupement régional d'appui au développement de l'e-santé
H4D..... *Health for Development*
HAS..... Haute Autorité de santé
Igas ..... Inspection générale des affaires sociales
LET ..... Les entreprises de télésanté
MEP ..... Médecins à exercice particulier
MSP..... Maison de santé pluriprofessionnelle
NGAP..... Nomenclature générale des actes professionnels
OCDE..... Organisation pour la coopération et le développement économiques
ONSSF ..... Organisation nationale et syndicale des sages-femmes
PDSA ..... Permanence des soins ambulatoires
PGSSI-S ..... Politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé
RGPD ..... Règlement général sur la protection des données (UE 2016/679 du 27 avril 2016)
RPPS ..... Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé
Samu..... Service d'aide médicale urgente
SAS ..... Service d'accès aux soins
SFAR..... Société française d'anesthésie réanimation
SFSD ..... Société française de santé digitale
SGMAS ..... Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
SI ..... Système d'information
SML ..... Syndicat des médecins libéraux
Sniiram ..... Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie
TC..... Téléconsultation
TDAH..... Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TLC ..... Téléconsultation
UFML-S ..... Union française pour une médecine libre – syndicat

Ugap ..... Union des groupements d'achats publics
Uncam ..... Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNSSF ..... Union nationale et syndicale des sages-femmes
URPS ..... Union régionale des professionnels de santé
USMP ..... Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
USPO ..... Union de syndicats de pharmaciens d'officine
ZAC ..... Zone d'action complémentaire
ZIP ..... Zone d'intervention prioritaire

Annexes

Annexe n° 1 : lettre de saisine du président de la commission des affaires sociales du Sénat.....120
Annexe n° 2 : liste des personnes entendues au cours de l'instruction 121
Annexe n° 3 : lettre de saisine du président de la commission des affaires sociales du Sénat.....130
Annexe n° 4 : les principales références bibliographiques du rapport 131
Annexe n° 5 : les principaux modèles de téléconsultation 135
Annexe n° 6 : le certificat d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique des systèmes d'information 141
Annexe n° 7 : les conseils et avis dispensés par les médecins 144
Annexe n° 8 : le cadre conventionnel de l'accompagnement à la téléconsultation.....146
Annexe n° 9 : la tarification des téléconsultations 147

Annexe n° 1 : lettre de saisine du président de la commission des affaires sociales du Sénat

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

KCC A2400426 KZZ
04/04/2024

SÉNAT

Monsieur Pierre MOSCOVICI
Premier Président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 Paris Cedex 01

COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LE PRÉSIDENT

Paris, le 26 mars 2024

Réf. : AFSOC_PDT_2024_220

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes procède à une enquête sur l'utilisation, l'encadrement et la valorisation de la téléconsultation.

Le Parlement, à l'occasion de l'examen des derniers projets de loi de financement de la sécurité sociale, a été saisi de plusieurs dispositions visant à réguler la téléconsultation en soumettant la prise en charge des actes réalisés par les professionnels qu'elles salarient à l'agrément des sociétés de téléconsultation, ou en limitant la téléprescription d'arrêts de travail et de médicaments.

Alors que le recours à la téléconsultation a fortement progressé depuis la crise sanitaire et apparaît désormais pérenne, la commission souhaiterait disposer d'une évaluation de l'effet de cette pratique sur l'accès aux soins des patients, la qualité des soins et les conditions d'exercice des professionnels de santé. Elle juge également indispensable de s'interroger sur l'encadrement nécessaire de la téléconsultation (actes et professions pour lesquels la pratique apparaît pertinente, conditions de consultation, *etc.*) et sa valorisation tarifaire.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier Président, à l'assurance de ma meilleure considération.

Philippe MOUILLER

Annexe n° 2 : liste des personnes entendues au cours de l'instruction

Assemblée nationale (24 septembre 2024)

- M[me] Stéphanie Rist, députée de la première circonscription du Loiret

Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

Entretien du 16 mai 2024

- M[me] Manon Chonavel, directrice de cabinet du directeur général
- M[me] Laurie Soffiati, responsable du département Télésanté et innovation numérique (DTIN)
- M[me] Marthe Cassagneau, chef de projet télésanté (DTIN)
- M. Marc Decornis, directeur de cabinet de la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- M. Fabien Badinier, adjoint à la direction déléguée aux finances, à l'audit
- D[r] Béatrice Rio, référent médical de la direction de la lutte contre la fraude

Entretien du 11 juin 2024

- M[me] Manon Chonavel, directrice de cabinet du directeur général
- M. Grégoire de Lagasnerie, directeur adjoint de la direction de la stratégie, des études et des statistiques (DSES)
- M[me] Laurie Soffiati, responsable du DTIN
- M. Emin Agamaliyev, responsable du département des études sur l'offre de soins
- M[me] Léa Rivot, adjointe du responsable du département des études sur l'offre de soins

Entretien de fin de contrôle du 29 octobre 2024

- M[me] Manon Chonavel, directrice de cabinet du directeur général
- M. Marc Decornis, directeur de cabinet de la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- M[me] Laurie Soffiati, responsable du département de la télésanté et de l'innovation numérique (DTIN)
- M. Emin Agamaliyev, responsable du département des études sur l'offre de soins

Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) Île-de-France (8 juillet 2024)

- M. Albert Lautman, DCGDR ÎdF et directeur CPAM de l'Essonne
- M. Aurélien Crenn, sous-directeur régional de la gestion du risque Île-de-France
- M. Sébastien Bellavoir, responsable du service statistique à la DCGDR

Direction de la coordination de la gestion du risque (DCGDR) Bourgogne-Franche-Comté (17 juillet 2024)

- M. Lilian Vachon, DCGDR Bourgogne-Franche-Comté et directeur CPAM de la Côte-d'Or

Administration centrale du ministère du travail, des solidarités et de la santé

Direction générale de la santé - DGS (28 mai 2024)

- Mme Emmanuelle Cohn-Zanchetta, sous-directrice des politiques des produits de santé et qualité des pratiques et des soins
- M. Charles-Emmanuel Barthelemy, adjoint à la sous-directrice des politiques des produits de santé et qualité des pratiques et des soins
- Mme Line Legrand, chef du bureau de la qualité des pratiques et des recherches biomédicales

Direction de la sécurité sociale - DSS (31 mai 2024)

- Mme Clélia Delpech, sous-directrice du financement du système de soins
- Mme Annabelle Arcadias, chef du bureau 1B « Relations avec les professions de santé, sous-direction du financement du système de soins
- Mme Florence Rosemy (DSS/SD1/1B), chargée de mission en charge de la télésanté

Direction générale de l'offre de soins - DGOS (12 juin 2024)

- M. Yann-Maël Le Douarin, chef du département Santé et transformation numérique (DSTN)
- M. Samuel Delafuys, adjoint au sous-directeur de la sous-direction de l'accès aux soins (SDAS)
- M. Florian Bon, chef du bureau Accès territorial aux soins (DGOS/SDAS/AS1)
- Mme Mathilde Crochetet, adjointe au chef du bureau Accès territorial aux soins
- M. Pierre Bosser, sous-direction pilotage performance, chargé de mission télésanté

DGOS - publics vulnérables (16 septembre 2024)

- Mme Anne Hegoburu, sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital
- Mme Laora Tilman, cheffe du bureau P3, prise en charge en santé mentale et publics vulnérables
- Mme Louise Marie-Mabit, chargée de mission organisation des soins pour les personnes détenues

DGOS - entretien de fin de contrôle (6 novembre 2024)

- Mme Marie Daudé, directrice générale
- M. Yann-Maël Le Douarin, chef du département Santé et transformation numérique (DSTN)

- M. Samuel Delafuys, adjoint au sous-directeur de la sous-direction de l'accès aux soins (SDAS)
- M^me^ Julie Pougheon, cheffe de service, adjointe à la directrice générale

Délégation au numérique en santé - DNS (11 juin 2024)

- M. David Sainati, délégué ministériel
- M. Jean-Marc Chevilley, directeur de projets, projet DRIM-M (Data radiologie imagerie médicale & médecine nucléaire)
- M. Emmanuel Clout, directeur de projets

Administrations centrales d'autres ministères

Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes - DGCCRF (9 juillet 2024)

- M. Romain Roussel, sous-directeur industrie, santé et logement (SD5)
- M. Daniel Leplat, adjoint à la cheffe du bureau 5B, Produits et prestations de santé et des services à la personne
- M^me^ Melissa Gillingham, rédactrice bureau 5B
- M^me^ Claire Mougin, en charge des produits et prestations de santé

Ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, direction générale des entreprises - DGE (5 juin 2024)

- M. Guillaume Decorzent, sous-directeur des services marchands
- M. Arnaud Boyer, directeur de projets plateformes numériques de services marchands
- M^me^ Martha Peigney, chargée de mission plateformes numériques de santé

Ministère de la justice, direction de l'administration pénitentiaire - DAP (11 juillet 2024)

M. Emmanuel Razous, adjoint au directeur,

M^me^ Sandrine Rossi, adjointe à la sous-directrice de l'insertion et de la probation

M. François-Marie Tarasconi, adjoint au chef du département des politiques sociales et des partenariats (IP2), sous-direction de l'insertion et de la probation

Haute autorité de santé – HAS (13 juin 2024)

- M^me^ Corinne Collignon, cheffe de la mission numérique en santé
- D^r^ Vanessa Hernando, cheffe de projet scientifique à la mission numérique en santé
- M. Paul Valois, chef de projet scientifique à la mission numérique en santé

Agence du numérique en santé – ANS (23 mai 2024)

- M^me^ Annie Prévot, directrice
- M. Christophe Pichot-Meuger, directeur adjoint direction expertise, innovation et international (DEII)

- M. Gilles Braud, directeur de domaine conformité de la DEII
- M. Yves Lorillard, chef de projet télésanté

Agence nationale du développement professionnel continu – ANDPC (21 juin 2024)

- Mme Michèle Lenoir-Serfati, directrice générale
- M. Laurent Deneau, responsable pilotage et valorisation de la donnée

Autorité de la concurrence (17 septembre 2024)

- Mme Gwenaëlle Nouët, rapporteure générale adjointe
- Mme Hélène Messmer, rapporteure permanente des services d'instruction
- M. Guénolé Le Ber, rapporteur permanent des services d'instruction

Conseils ordinaux

Conseil national de l'ordre des médecins - Cnom (22 mai 2024)

- Dr René-Pierre Labarrière, président de la section de l'exercice professionnel
- Dr Francisco Jornet, conseiller juridique
- Mme Caroline Nicet-Blond, juriste

Conseil national de l'ordre des sages-femmes - Cnosf (4 juin 2024)

- M. David Meyer, chef de cabinet
- Mme Marianne Benoît Truong Canh, secrétaire générale

Conseil national de l'ordre des infirmiers - Cnoi (6 juin 2024)

- Mme Sylvaine Mazière-Tauran, présidente

Conseil national de l'ordre des pharmaciens - Cnop (11 juillet 2024)

- Dr Carine Wolf-Thal, présidente
- M. Colin Battisti, salarié du Cnop

Fédération française de psychiatrie (FFP) - psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée (13 juin 2024)

- Dr Michel Jurus, vice-président

Représentants des associations d'élus

Association des départements de France (10 juin 2024)

- M. Philippe Gouet, président du groupe de travail santé de Départements de France, président du conseil départemental du Loir-et-Cher
- M. Éric Bellamy, directeur délégué solidarité, santé, travail

Association des maires de France - AMF (11 juillet 2024)

- M. Frédéric Chéreau, vice-président, coprésident de la commission santé de l'AMF, maire de Douai
- M^me^ Sarah Reilly, conseillère technique

Association des maires ruraux de France - AMRF (9 juillet 2024)

- M. Gilles Noël, vice-président, président de l'association des maires de France de la Nièvre, maire de Varzy
- M. Cédric Szabo, directeur

Régions de France (septembre 2024)

- M^me^ Julie Barenton Guillas, vice-présidente de la Région Normandie en charge du numérique et de la santé
- M^me^ Laura Lehmann, conseillère santé, social, formations sanitaires et sociales et enseignement supérieur
- M^me^ Isabelle Robergé, responsable de la mission santé, région Normandie
- M^me^ Sophie Feuerstein, directrice santé, région Grand Est

Associations de patients

France Assos Santé (17 mai 2024)

- M. Arnaud Dauphin, conseiller national sur les questions du numérique en santé

Association de citoyens contre les déserts médicaux - ACCDM (14 juin 2024)

- M. Maxime Lebigot, co-président

Organisations syndicales ou représentatives des professionnels de santé

Fédération française des médecins généralistes - MG France (22 mai 2024)

- D^r^ Agnès Giannotti, présidente
- D^r^ Jean-Christophe Nogrette, secrétaire général adjoint
- D^r^ Yohan Saynac, chargé de mission, délégué régional Île-de-France MG France

Syndicat des médecins libéraux - SML (22 mai 2024)

- D^r^ Sophie Bauer, présidente

Fédération des médecins de France - FMF (4 juin 2024)

- D^r^ Claude Bronner, vice-président
- D^r^ Jérémie Goudour, fondateur d'une organisation territoriale coordonnée de télémédecine

Confédération des syndicats médicaux français - CSMF (5 juin 2024)

- D^r^ Franck Devulder, président

- Dr Luc Duquesnel, président des généralistes CSMF

Avenir spé - Le Bloc (12 juin 2024)

- Dr Bruno Stach, secrétaire général, président de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux Hauts-de-France
- Dr Vincent Pradeau, délégué régional Nouvelle-Aquitaine, ancien membre du bureau en charge de la numérisation de la santé, président du syndicat national des cardiologues

Jeunes médecins (2 septembre 2024)

- Dr Emanuel Loeb, président
- Dr Anna Boctor, vice-présidente

Fédération des médecins téléconsultants - FMT (30 septembre 2024)

- Dr Dominique Souvestre, président
- Dr Elies André, chef de service adjoint des urgences, centre hospitalier Saint-Nicolas - Sarrebourg
- Dr Florent Maillet, médecin urgentiste hôpital Louis-Mourier (Colombes - 92), AP-HP
- Dr Hassan Mikati, médecin généraliste à Dunkerque

Union de syndicats de pharmaciens d'officine - Uspo (15 juillet 2024)

- Dr Pierre-Olivier Variot, président

Fédération des syndicats pharmaceutiques de France - FSPF (18 juillet 2024)

- Dr Fabrice Camaioni, vice-président
- Dr Christophe Wilcke, président de la commission Pharmacie clinique et exercice coordonné, président de l'URPS pharmaciens Grand Est
- Dr Lucie Bourdy-Dubois, présidente de la commission Métier pharmacien
- M. Pierre Fernandez, directeur général
- M. Jean-Baptiste Amine-Motilva, juriste droit de la santé

Union nationale et syndicale des sages-femmes - UNSSF (30 mai 2024)

- Mme Prisca Wetzel-David, présidente
- M. Mathieu Mouchard, vice-président
- Mme Henny Jonkers, coordinatrice

Organisation nationale de syndicats de sages-femmes - ONSSF (16 juillet 2024)

- Mme Charlotte Létang, membre du conseil d'administration, sage-femme hospitalière, hôpital privé de Claude Galien, Seine-et-Marne
- Mme Charlotte Deschamp, membre du conseil d'administration, sage-femme PMI Haute-Savoie
- Mme Claire Testart, membre du conseil d'administration, sage-femme libérale à Vendôme

Fédération nationale des infirmiers - FNI (16 juillet 2024)

- M. Daniel Guillerm, président, vice-président de l'UNPS
- M. Julien Boehringer, vice-président délégué, président de l'URPS infirmiers Grand Est

Union nationale des professionnels de santé - UNPS (9 juillet 2024)

- M. Sébastien Guérard, président, masseur-kinésithérapeute (président de la fédération française des masseurs kinésithérapeutes rééducateurs - FFMKR)
- M. Fabrice Camaioni, vice-président, pharmacien d'officine (FSPF)
- M. François Wilthien, trésorier général, médecin (MG France)
- M. Émilien Bernard, chargé de mission

Industriels

Les Entreprises de télésanté - LET (16 mai 2024)

- M. Jean-Pascal Piermé, président, vice-président transformation Teladoc health France
- M. Olivier Spreux, administrateur règlementaire et juridique du LET, directeur juridique de Livi
- M^me^ Angeline Charbonnier, conseil du LET, directrice des affaires publiques de Grayling
- D^r^ Julie Salomon, vice-présidente affaires médicales et études, directrice médicale de Qare

H4D (11 et 15 juillet 2024)

- M^me^ Valérie Cossutta, présidente
- D^r^ Guillaume Badiou, directeur médical, des opérations et des innovations
- M. Pierre-Roger Tufféry, juriste

Tessan (8 juillet 2024)

- M. Maxime Leneylé, directeur général
- M^me^ Anne-Laure Porez, directrice des centres de santé
- M. Julien Armet, directeur des produits

Qare (11 septembre 2024)

- M. Olivier Thierry, président
- M^me^ Ludivine Moles, directrice de la *compliance* (conformité)
- D^r^ Julie Salomon, directrice médicale, vice-présidente affaires médicales et études du LET

Livi France (21 juin 2024)

- M. Fredrik Edström, directeur général
- D^r^ Nicolas Leblanc, directeur médical et affaires publiques
- M. Olivier Spreux, responsable affaires publiques
- M^me^ Aude Beurrier, directrice des opérations

Teladoc (12 juillet 2024)

- M. Antoine Lescure, président
- M. Jean-Pascal Piermé, vice-président « stratégie et opérations »

Axa France (3 septembre 2024)

- Dr Alexandre Maisonneuve, directeur médical et innovation santé
- Mme Corinne Guillemin, directrice innovations et services santé et prévoyance

Doctolib (17 juillet 2024)

- Dr Jonathan Fabre, membre du comité médical
- Mme Camille Vaziaga, directrice des affaires publiques
- M. Pierre Bernardaud, responsable des affaires publiques

Loxamed (17 septembre 2024)

- M. Arnaud Molinié, président
- M. François Pérès, conseiller du président
- M. Matthieu Guillotin, directeur général délégué
- Dr Stéphane Illouz, cofondateur de Teledok
- Me Philippe de Bondy, conseil juridique
- Mme Adèle Oliva, responsable des opérations
- M. Louis de Traverse, responsable commercial
- M. Philippe Bühl, conseiller principal (*senior advisor*)
- M. Jean-Louis Segura, conseiller principal (*senior advisor*)

Société nationale des chemins de fer français - SNCF (10 septembre 2024)

- M. Raphael Poli, directeur général adjoint SNCF gares & connexions et président de Retail & connexions
- M. Gabriel Lavayssière, directeur du développement de Retail & connexions

PARISANTÉ CAMPUS (5 septembre 2024)

- Pr Antoine Tesnière, directeur général

Sociétés scientifiques et savantes, conseils nationaux professionnels et personnalités qualifiées

Académie nationale de médecine (16 mai 2024)

- Dr Philippe Jaury, membre correspondant de la première division, médecine et spécialités médicales
- Pr Christian Boitard, secrétaire perpétuel, membre titulaire de la troisième division, chirurgie et spécialités chirurgicales

- Pr Catherine Barthelemy, présidente, membre titulaire de la quatrième division, santé publique
- Pr Jean-Noël Fiessinger, vice-président et rédacteur en chef du Bulletin, membre titulaire de la première division, médecine et spécialités médicales

Société française de société digitale - SFSD (23 mai 2024)

- Mme Lina Williatte, vice-présidente, professeur, université catholique de Lille, avocate
- Dr Elisabeth de Bustos Medeiros, neurologue, centre hospitalier universitaire de Besançon
- Dr Saida Cheggour, cardiologue, centre hospitalier d'Avignon

Collège de la médecine générale (9 juillet 2024)

- Dr Julie Chastang, vice-présidente
- Dr Agathe Scemama, membre du conseil d'administration

Fédération des spécialités médicales - FSM (18 juillet 2024)

- Dr Frédéric Fossati, président
- Dr Olivier Goëau-Brissonnière, ancien président
- Mme Valérie Le Borgne, directrice générale

Société française d'anesthésie réanimation - SFAR (12 juillet 2024)

- Pr Karine Nouette Gaulain, vice-présidente, anesthésiste-réanimatrice, cheffe de service au groupe hospitalier Pellegrin (Bordeaux)
- Dr Frédéric Le Saché, secrétaire général adjoint, anesthésiste-réanimateur, clinique Drouot

Think tank *Santé numérique et télésanté (12 et 15 juillet 2024)*

- Dr Pierre Simon, cofondateur, ancien président de la Société française de télémédecine
- Dr Jacques Lucas, cofondateur

M. Dominique Pon, directeur général de La Poste Santé & Autonomie, directeur général adjoint de Docaposte, ancien responsable ministériel du numérique en santé (8 octobre 2024)

Structures d'exercice coordonné des soins

Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé - FCPTS (10 juin 2024)

- Dr Jean-François Moreul, vice-président, administrateur de la CPTS des Vallées de l'Anjou Bleu, de l'inter-CPTS Pays de Loire et d'un dispositif d'appui à la coordination
- Dr Jean-Philippe Brégère, trésorier, CPTS Pays d'Angoulême
- Dr Pascal Dureau, secrétaire, CPTS de Vénissieux, président de la FCPTS Vénissieux Saint-Fons

Fédération nationale des centres de santé - FNCS (14 juin 2024)

- Dr Hélène Colombani, présidente

Annexe n° 3 : lettre de saisine du président de la commission des affaires sociales du Sénat

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

KCC A2400426 KZZ
04/04/2024

SÉNAT

Monsieur Pierre MOSCOVICI
Premier Président
Cour des comptes
13 rue Cambon
75100 Paris Cedex 01

COMMISSION
DES
AFFAIRES SOCIALES

LE PRÉSIDENT

Paris, le 26 mars 2024

Réf. : AFSOC_PDT_2024_220

Monsieur le Premier Président,

En application de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous demander que la Cour des comptes procède à une enquête sur l'utilisation, l'encadrement et la valorisation de la téléconsultation.

Le Parlement, à l'occasion de l'examen des derniers projets de loi de financement de la sécurité sociale, a été saisi de plusieurs dispositions visant à réguler la téléconsultation en soumettant la prise en charge des actes réalisés par les professionnels qu'elles salarient à l'agrément des sociétés de téléconsultation, ou en limitant la téléprescription d'arrêts de travail et de médicaments.

Alors que le recours à la téléconsultation a fortement progressé depuis la crise sanitaire et apparaît désormais pérenne, la commission souhaiterait disposer d'une évaluation de l'effet de cette pratique sur l'accès aux soins des patients, la qualité des soins et les conditions d'exercice des professionnels de santé. Elle juge également indispensable de s'interroger sur l'encadrement nécessaire de la téléconsultation (actes et professions pour lesquels la pratique apparaît pertinente, conditions de consultation, *etc.*) et sa valorisation tarifaire.

Je vous prie de croire, Monsieur le Premier Président, à l'assurance de ma meilleure considération.

Philippe MOUILLER

15, RUE DE VAUGIRARD – 75291 PARIS CEDEX 06 - TÉLÉPHONE : 01 42 34 20 84 - TÉLÉCOPIE : 01 42 34 33 16

Annexe n° 4 : les principales références bibliographiques du rapport

PARTIE 1 DU RAPPORT

Analyse du fonctionnement des téléconsultations

Telemedaction, « La demande de soins non programmés : des chiffres pour mieux comprendre les enjeux de la téléconsultation "hors parcours" », 8 juin 2019.

Groupe de réflexion dédié à la santé numérique et à la télésanté : les fondateurs sont le P[r] Pierre Simon, ancien chef de service de néphrodialyse et transplantation, ancien président fondateur de la Société française de télémédecine et co-auteur d'un rapport sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins en novembre 2008 ; D[r] Jacques Lucas, ancien premier vice-président et délégué général au numérique du Conseil national de l'ordre des médecins, ancien président de l'ANS ; le P[r] Thierry Moulin, doyen de la faculté de l'université de Franche-Comté, et M[e] Lina Williatte, avocate et professeur de droit à l'université catholique de Lille. Environ 500 contributions sont disponibles sur le site internet de ce groupe de réflexion.

La pratique majoritairement féminine en Angleterre

Parker R., Figures E., Paddison C. *et al*., *"Inequalities in general practice remote consultations: a systematic review*", BJGP Open, 2021.

Position favorable de médecins étrangers aux téléconsultations

Agence pour l'analyse des soins (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys), *Les soins de santé du point de vue des médecins de soins primaires. Enquête internationale sur les politiques de santé* (Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv), 2022.

PARTIE 2 DU RAPPORT

Pertinence des téléconsultations en milieu pénitentiaire

Brunicardi BO. "*Financial analysis of savings from telemedicine in Ohio's prison system*", Telemed J., 1998; 4(1):49-54.

Aoki N, Dunn K, Fukui T, Beck JR, Schull WJ, Li HK. "*Cost-effectiveness analysis of telemedicine to evaluate diabetic retinopathy in a prison population*", Diabetes Care, 2004; 27(5):1095-101.

Cusack CM, Pan E, Hook JM, Vincent A, Kaelber DC, Middleton B. "*The value proposition in the widespread use of telehealth*". J. Telemed Telecare, 2008; 14(4):167-8.

Publications sur l'utilisation des téléconsultations

Lagneau Marion et Salomon-Poisson, Anne-Sylvie, *Téléconsultation : de l'interrogatoire à la décision clinique, les 150 motifs de consultation les plus fréquents*, 2023, édition Vuibert. Les autrices rappellent que l'interrogatoire constitue la base de toute consultation médicale et proposent 150 fiches classées par ordre alphabétique.

François Lacoin (vice-président du Collège de la médecine générale), Nicolas Derain, Brieuc Gales et Anne-Claire Zipper (médecins généralistes), sous la direction du Pr. Jean-François d'Ivernois, Téléconsultation en médecine générale. Cinquante situations courantes, octobre 2022.

Développement de l'alternance de téléconsultations programmées avec des consultations programmées, par le médecin traitant, pour des maladies chroniques stabilisées

« Existe-t-il des consultations médicales en présentiel qui pourraient être évitées et remplacées par des téléconsultations ?», n^{os} 1 et 2, groupe de réflexion dédié à la santé numérique et à la télésanté (12 et 16 septembre 2023).

Contribution du dialogue au diagnostic

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, université Grenoble Alpes, faculté de médecine de Grenoble, Aurélie Madelon, *Étude sur l'apport de l'interrogatoire et de l'examen physique soigneux, dans le diagnostic final d'une pathologie en consultation de médecine interne*, 2019. D'autres références sont disponibles sur le site du groupe de réflexion dédié à la santé numérique et à la télésanté.

Étude sur l'évitement du passage aux urgences

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, université Paris Est Créteil, faculté de médecine de Créteil, Nghiem Phuong Dung Caroline, *Efficacité des téléconsultations effectuées par des médecins généralistes avec objets connectés en présence d'un pharmacien d'officine télérequérant*, 2021.

PARTIE 3 DU RAPPORT

Principales publications de la Haute Autorité de santé

En mai 2019, la HAS a publié un guide de bonnes pratiques pour assurer la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise, un an après l'entrée de ces actes médicaux à distance dans le droit commun de l'assurance maladie. La Haute Autorité a complété ce guide par un référentiel de bonnes pratiques professionnelles applicable aux sociétés de téléconsultation (décembre 2023), des recommandations relatives aux lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin (février 2024) et un document à destination des patients, « Consulter et se faire soigner à distance Téléconsultation et télésoin » (2021, mis à jour en 2024).

Travaux du Collège de la médecine générale et du Conseil national professionnel de pédiatrie

En novembre 2022, le Collège de la médecine générale et le Conseil national professionnel de pédiatrie ont publié un recueil de bonnes pratiques sur la prescription d'antibiotiques en téléconsultation à l'occasion des infections aiguës en soins primaires. Il concerne les infections respiratoires, urinaires, génitales, digestives, cutanées, ainsi que la Covid-19 et vise tant les adultes que les enfants. Ce recueil met en particulier en évidence que *« le champ de la téléconsultation pour la prise en charge de pathologies infectieuses courantes reste limité. Dans la plupart des situations cliniques de l'adulte et de l'enfant, la prescription*

d'antibiotique nécessite un examen physique afin de confirmer l'indication d'antibiotique et d'identifier les complications et les signes de gravité. La téléconsultation peut être parfois contributive lors de la réévaluation de l'efficacité de l'antibiothérapie à 48 - 72h de certaines situations infectieuses ou pour préparer, en amont, une consultation au cabinet (prescription d'un prélèvement bactériologique) ou évaluer la nécessité d'un examen physique en cas de persistance et/ou d'aggravation. »

Les reconsultations

Certaines études concluent à une proportion de nouvelles consultations équivalentes, en particulier l'étude suivante : Mehrotra A, Paone S, Martich GD, Albert SM, Shevchik GJ. *« A Comparison of Care at eVisits and Physician Office Visits for Sinusitis and Urinary Tract Infections », JAMA Intern Med*., 14 janvier 2013;173(1):72-4.

En sens inverse, d'autres mettent en évidence des reconsultations plus fréquentes après une téléconsultation : Shi Z, Mehrotra A, Gidengil CA, Poon SJ, Uscher-Pines L, Ray KN. "*Quality of Care for Acute Respiratory Infections during Direct-to-Consumer Telemedicine Visits for Adults*", Health Aff. ProjHope, 2018; 37:2014-23 ; Penza KS, Murray MA, Myers JF, Maxson J, Furst JW, Pecina JL. "*Treating pediatric conjunctivitis without an exam: An evaluation of outcomes and antibiotic usage*", J. Telemed Telecare. 2020; 26(1-2):73-78. En France, une thèse de médecine (V. Mancuso, « Efficacité de la télémédecine sur la réduction des consultations physiques dans le cadre de motifs infectieux de médecine générale », 2020) fait ressortir que sur 204 téléconsultations pour syndrome infectieux en soins de santé primaires, 20 % des patients n'auraient pas consulté en présentiel et 49 % ont reconsulté au cabinet du médecin ; pour les mêmes motifs lors d'une première consultation au cabinet, seulement 10 à 15 % des patients reconsultent. Ces données portent toutefois sur un échantillon de patients de taille réduite.

Pertinence de la prescription d'antibiotiques en téléconsultation

Diverses publications, majoritairement étrangères, ont cherché à étudier la qualité des prescriptions en téléconsultation, comparativement aux pratiques observées lors des consultations en cabinet. Si leurs résultats ne sont pas univoques, certains constats ressortent néanmoins et méritent un approfondissement des travaux pour les corroborer ou les corriger.

Une tendance à la surprescription en téléconsultation se dégage toutefois d'une majorité des travaux :

Uscher-Pines L, Mulcahy A, Cowling D, Hunter G, Burns R, Mehrotra A. "*Antibiotic Prescribing for Acute Respiratory Infections in Direct-to-Consumer Telemedicine Visits*", JAMA Intern Med., 2015;175:1234-5.

Ray KN, Shi Z, Gidengil CA, Poon SJ, Uscher-Pines L, Mehrotra A. "*Antibiotic Prescribing during Pediatric Direct-to-Consumer Telemedicine Visits*", Pediatrics, 2019;143:e2018249.

Mehrotra A, Paone S, Martich GD, Albert SM, Shevchik GJ.A "*A Comparison of Care at eVisits and Physician Office Visits for Sinusitis and Urinary Tract Infections*", JAMA Intern Med., 2013;173:72-74.

Davis CB, Marzec LN, Blea Z, Godfrey D, Bickley D, MichaelSS, et al. "*Antibiotic Prescribing Patterns for Sinusitis within a Direct-to-Consumer Virtual Urgent Care*", Telemed J E-Health, 2019;25:519-22.

Shi Z, Mehrotra A, Gidengil CA, Poon SJ, Uscher-Pines L, Ray KN. "Quality of Care for Acute Respiratory Infections during Direct-to-Consumer Telemedicine Visits for Adults", *Health Aff. ProjHope,* 2018;37:2014-23.

Penza KS, Murray MA, Myers JF, Maxson J, Furst JW, Pecina JL. "Treating pediatric conjunctivitis without an exam: An evaluation of outcomes and antibiotic usage", *J. Telemed Telecare,* 2020;26(1-2):73-78.

Une revue systématique menée en 2020 a toutefois conclu à l'insuffisance de données pour démontrer avec certitude que les téléconsultations ont un impact significatif sur la prescription d'antibiotiques dans les soins primaires. Elle a considéré que les études concluant en ce sens appelaient de nouveaux travaux (Seung Min Han, Geva Greenfield, Azeem Majeed, Benedict Hayhoe, "*Impact of Remote Consultations on Antibiotic Prescribing in Primary Health Care: Systematic Review*", J. Med Internet Res. 2020 Nov; 22(11): e23482).

Annexe n° 5 : les principaux modèles de téléconsultation

Comme pour une consultation, le patient peut être accompagné à sa demande par un aidant, une personne de confiance ou un proche. Il existe schématiquement quatre types de téléconsultation en France : l'exercice libéral avec une solution numérique ; la téléconsultation simple via une plateforme ; la téléconsultation assistée et un modèle à « double stratégie ». Leurs caractéristiques sont précisées ci-dessous.

1°) Le modèle de l'exercice libéral avec une solution numérique

Ce modèle est le plus connu et le plus ancien. Bien que n'étant pas des sociétés de téléconsultation au sens juridique, des sociétés privées comme *Doctolib* et *Maiia*[225] proposent des solutions numériques payantes permettant de réaliser des consultations à distance. Des solutions numériques publiques, généralement gratuites pour les professionnels et les établissements de santé ou médicosociaux, existent également.

Créée en 2013, la société *Doctolib* commercialise une solution de téléconsultation depuis 2019. Elle propose des abonnements mensuels aux praticiens, en particulier pour les solutions suivantes : Doctolib Patient, Doctolib Téléconsultation, qui requiert un abonnement au précédent et des frais de paiement en ligne (1 % HT des honoraires) et Doctolib Médecin. En Europe, *Doctolib* revendique 90 millions de patients, un million d'utilisateurs professionnels et 30 millions de téléconsultations, dont plus de 5,5 en France. En France, la société équiperait 50 % des médecins libéraux et 30 % des hôpitaux. En 2024, elle employait 2 800 collaborateurs, dont 700 ingénieurs et designers.

Créée en 1969, la société *Cegedim* a lancé sur le marché la prise de rendez-vous en ligne en 2016, la téléconsultation en 2018, Maiia gestion en 2020. Elle a créé la filiale *Cegedim Santé* en 2021. La solution *Maiia* comprend un module agenda et un module téléconsultation. *Maiia* aurait réalisé près d'un million de téléconsultations en 2023.

Il est possible de prendre un rendez-vous avec son médecin traitant, ou un autre médecin, sept jours sur sept pour une téléconsultation sur les sites internet de *Maiia* ou de *Doctolib*. Cette dernière société propose des téléconsultations avec un médecin généraliste, un pédiatre, un gynécologue, un dermatologue ou une sage-femme. L'offre de *Maiia* est plus restreinte : elle se limite aux actes à distance avec un médecin généraliste, un psychologue et un pédiatre.

Les solutions numériques publiques sont le plus souvent régionales et adossées à une messagerie sécurisée de santé (comme « MonSisra » développé en Auvergne-Rhône-Alpes par le groupement régional d'appui au développement de l'e-santé, SARA). En 2021, près de deux médecins généralistes sur dix (18 %) recouraient à un outil conçu par une ARS pour les consultations à distance, avec d'importantes variations selon les régions : 4 % des médecins exerçant en Provence-Alpes-Côte d'Azur qui font des téléconsultations y recourent, contre 32 % des médecins des Pays de la Loire. En novembre 2024, le groupement régional d'appui

[225] Maiia a déployé sa solution de téléconsultation en pharmacie afin de favoriser l'accès à la télémédecine en bénéficiant de l'accompagnement d'un pharmacien. En 2021, elle comptait plus de 3 000 officines équipées. Ces cabines peuvent également être équipées d'objets connectés. Les téléconsultations sont réalisées par des médecins libéraux.

au développement de la e-santé Corse e-santé a retenu les outils de télémédecine et d'adressage de la société *Mediaviz* pour équiper les médecins libéraux et les établissements hospitaliers.

Il existe dans certains pays étrangers des applications publiques nationales qui facilitent la réalisation d'actes médicaux à distance (cf. encadré *infra*).

Une application intégrée pour favoriser la télémédecine au Danemark

Au Danemark, la consultation à distance d'un médecin est favorisée par le fait que l'Organisation des médecins généralistes, en collaboration avec le ministère de la santé et les régions (en charge de la gestion des hôpitaux et des conventions avec les professionnels de santé libéraux), a développé une application (*MinLæge* – Mon médecin), qui comprend une messagerie permettant au patient de recevoir les réponses du médecin et un module permettant de réaliser des consultations vidéo. Elle aide les patients à suivre leurs rendez-vous avec les médecins et à l'hôpital. En 2024, près de la moitié de la population utilise cette application.

Il existe par ailleurs des plateformes en ligne gérées par des centres de santé. Les téléconsultations effectuées par ce biais ne sont pas remboursées, à moins que le patient ne dispose d'une assurance privée. Le paiement est réalisé avant chaque consultation ou via un abonnement mensuel. Quoique croissant, le rôle de ces sociétés privées reste négligeable.

2°) Le modèle de la société de téléconsultation non assistée

Les principales sociétés de téléconsultation non assistée sont *Qare*, *Livi* et *Teladoc* / *MédecinDirect*.

Les sociétés *Qare*, *Livi* et *Teladoc* disposent de leurs propres applications pour les téléconsultations qu'elles proposent sept jours sur sept. Les rendez-vous sont pris en ligne, avec des plages horaires larges. Ces sociétés réalisent également des téléconsultations pour les adhérents de mutuelles (13 millions d'adhérents avec la société *Qare* et 56 complémentaires santé avec la société *Teladoc*).

Les médecins sont des salariés, dont le nombre varie fortement : une centaine chez Teladoc[226], environ 600 chez *Livi* et 2 000 chez *Qare*. Ils peuvent recevoir des patients dans les centres de santé de ces sociétés[227]. Ils exercent très majoritairement en médecine générale et le nombre de spécialités proposées varie selon les sociétés[228]. Des médecins libéraux bénéficient également de leurs applications, moyennant le paiement d'un abonnement.

Ces trois sociétés font partie de groupes européens ou américains. Créée en avril 2017, Qare a rejoint le groupe britannique *HealthHero* en avril 2021. La société suédoise *Livi* (*Kry*) s'est installée en France en 2018. Créée en 2010, la plateforme *Médecindirect* a débuté par le téléconseil aux patients de mutuelles, puis a développé ses services en téléconsultation. Les consultations peuvent se dérouler par écrit, par vidéo ou par téléphone. La société a été achetée en 2019 par le groupe américain *Teladoc Health*.

[226] La société est en lien avec des médecins libéraux.
[227] Centre Jonquière Paris XVII[e] et Centre Saint-Denis 93 pour la société Livi. Centre de santé Paris 17, centre de santé Saint-Maur-des-Fossés, centre de santé Villenave d'Ornon (près de Bordeaux) et centre de santé Nice pour Qare. Centre de santé MédecinDirect - Courbevoie pour Teladoc.
[228] Moins d'une dizaine chez Livi, une trentaine chez Teladoc et une cinquantaine chez Qare.

En 2023, les sociétés *Livi* et *Qare* auraient réalisé, respectivement, 750 000 et 1,8 million de téléconsultations.

3°) Le modèle de la téléconsultation assistée

Certaines sociétés de téléconsultation proposent des téléconsultations grâce à des télécabines, des bornes, des consoles ou des mallettes munies d'objets connectés. Ces dispositifs médicaux sont déployés sur tout le territoire, en principe dans des zones caractérisées par une faible densité en offre de soins et au sein de différents lieux (pharmacies, mairies, départements, entreprises, maisons France services, universités, ESSMS…). Les objets connectés permettent à la téléconsultation de se rapprocher d'une consultation au cabinet.

Les principales sociétés sont *Medadom*, *Tessan* et *Health for Development (H4D).* Cette dernière a mis en service la première télécabine en France en 2014, à Cluny (Bourgogne-Franche-Comté) dans une résidence seniors. Jusqu'à sa liquidation judiciaire en octobre 2024, elle commercialisait trois types de télécabine au prix de 100 000 €. À l'été 2024, elle en avait installé près de 200, essentiellement dans des locaux de collectivités territoriales et d'entreprises. Les téléconsultations étaient assurées par des médecins salariés dans un centre de santé, avec qui la société avait passé une convention, prévoyant notamment le paiement de prestations pour assurer des astreintes.

Créée en 2018, la société *Tessan* a installé son premier dispositif en 2019. Elle commerciale trois solutions de téléconsultation : deux pour des activités médicales, une pour de l'ophtalmologie. En 2024, elle a développé sa gamme de solutions avec le lancement de la console et de la mallette de téléconsultation. Les téléconsultations (300 000 en 2023) sont réalisées avec 1 150 dispositifs déployés principalement en pharmacie (1 040) et dans des magasins d'optique (100), les autres restant dans des mairies. La société emploie 300 médecins salariés au sein de deux centres de santé à Aubervilliers et Toulouse (jusqu'en 2024), essentiellement des généralistes et quelques spécialistes.

Créée en 2017, la société *Medadom* propose une solution de téléconsultation et l'installation de bornes dans les pharmacies et, depuis 2023, en téléophtalmologie. En 2024, elle équipe 4 500 structures, emploie 130 collaborateurs, 1 000 médecins dont 850 médecins généralistes. Les téléconsultations avec ces derniers sont réalisées au domicile du patient ou dans les pharmacies. Celles-ci disposent majoritairement de bornes (3 602), de consoles (746) et d'un nombre plus réduit de cabines (170). Une téléconsultation avec un ophtalmologue se déroule chez l'un des 185 opticiens équipés de moyens de téléophtalmologie[229]. La présence de ces équipements dans les pharmacies et les magasins d'optique correspond globalement à la répartition de la population dans les régions[230], à l'exception de la Bretagne (1,9 % des dispositifs pour 5,2 % de la population métropolitaine). La présence de la société est très faible dans les départements et régions d'Outre-mer (entre 5 et 16 équipements) et inexistante dans les collectivités d'Outre-mer. Elle a également déployé des solutions de téléconsultation auprès de 200 collectivités territoriales. La société *Medadom* revendique 200 000 téléconsultations par mois.

[229] La société est partenaire des sociétés *Alain Afflelou* et *Optic 2000*.

[230] Corse (0,3 %) ; Normandie (5 %) ; Bourgogne-Franche-Comté (5 %) ; Centre-Val de Loire (6 %) ; Pays de la Loire (6 %) ; Grand Est (7 %) ; Provence-Alpes-Côte d'Azur (7 %) ; Nouvelle-Aquitaine (9 %) ; Occitanie (11 %) ; Auvergne-Rhône-Alpes (12 %) ; Hauts-de-France (13 %) et Île-de-France (17 %) (données à la date du 16 octobre 2024, à partir des données disponibles sur le site internet de la société).

Les sociétés *Tessan* et *Medadom* fournissent en équipements 5 400 pharmacies réalisant des téléconsultations et connues de l'assurance maladie. *Medadom* occupe une place prépondérante (80 % des équipements) sur ce segment. Les pharmacies souhaitent répondre à la demande croissante de leurs clients, mieux assurer leurs nouvelles missions (dépistage, vaccination, prescription d'antibiotiques ou de médicaments après une téléconsultation) et délivrer des médicaments après une téléconsultation.

SNCF Gares & Connexions, en charge de la gestion et du développement des gares, accueille dans des gares vingt-trois espaces de santé de différents types (maisons de santé pluriprofessionnels, centres de santé infirmiers, cabinets médicaux, pharmacies, laboratoires de biologie médicale…). Afin de mieux utiliser le domaine public dont elle bénéficie, l'entreprise publique entend développer les téléconsultations. Après une mise en concurrence, elle a sélectionné la société *Loxamed*[231] en vue de l'attribution d'une convention d'occupation temporaire (COT) du domaine public ferroviaire, précédée d'une promesse de COT pour l'occupation d'emplacements commerciaux dédiés à une activité principale de télémédecine. 300 sites situés dans des zones d'intervention prioritaire ou dans des zones d'action complémentaire ont été sélectionnés. D'une durée de cinq ans, la promesse de COT est subordonnée à la réalisation, préalable ou concomitante, de conditions suspensives.

Selon l'avis de mise en concurrence, *« pour chaque emplacement ou lot d'emplacements déployés, la COT déterminera la durée d'occupation nécessaire à assurer l'amortissement des investissements projetés et une rémunération équitable et suffisante. »*

Ces espaces de santé[232] proposeraient un accueil sur rendez-vous pour une téléconsultation dite « augmentée » avec la prise des constantes du patient par un infirmier, via des objets connectés, dont le médecin, exerçant sur le territoire français et de préférence localement, recevra les résultats. Des services de prévention (dépistage, vaccination, prélèvements sanguins ou urinaires) seraient proposés. La société *Loxamed* entend mener ce projet en lien avec les acteurs santé et d'autres parties prenantes (ARS, communautés professionnelles territoriales de santé, unions régionales des professionnels de santé - médecins libéraux, services d'accès aux soins, médecins, infirmiers, élus locaux) afin d'identifier les besoins de téléconsultation au plus près du terrain. Elle a rencontré les responsables des ARS et les élus régionaux, qui, selon Loxamed, seraient intéressés par le projet, avec un modèle économique en cours de définition. Elle souhaite reverser l'intégralité du prix de la téléconsultation au médecin.

Les évolutions technologiques sont très rapides. Ainsi, une mallette, pour une téléconsultation assistée par un infirmier en relation avec le médecin, a été inventée, pour réaliser un examen complet avec de nombreux objets connectés (examen cardiaque, pulmonaire, ORL, lecture de la carte vitale, logiciel d'ordonnances intégré, connectés à une tablette médicale…). Son coût est de 10 000 €.

[231] Pendant la crise sanitaire de 2020-2021, la société a mis en œuvre 200 sites de dépistage et travaillé avec dix laboratoires pour les analyses. Elle dispose de 250 cabines de téléconsultation installées en France. Pour mener ce projet, elle a noué un partenariat avec la société Teledok.

[232] Local dans une gare ; doubles box en cas d'indisponibilité de local dans une gare ; tournée avec un véhicule pour des gares à faible densité de population.

4°) Le modèle à « double stratégie »

Ce modèle[233] concerne plutôt le secteur mutualiste. Les mutuelles sont abonnées à des services de téléconsultation au profit de leurs adhérents, avec la possibilité de réaliser un nombre plafonné d'actes médicaux à distance. Des médecins sont également abonnés au logiciel des sociétés de téléconsultation. Ce secteur représente un marché de niche avec 15 M€ de chiffre d'affaires.

En 2015, l'assureur *Axa*, via sa filiale *Santé Axa*, avait inclus dans ses contrats de complémentaire santé, quel que soit le niveau de couverture choisi, un accès sans frais supplémentaires à son service de téléconsultation médicale par téléphone depuis la France, l'étranger ou par vidéotransmission sur le site « bonjourdocteur.com ». Cette offre avait été créée notamment à la demande d'entreprises pour permettre à leurs salariés de disposer d'un diagnostic médical au plus tôt en cas de symptômes et d'éviter ainsi leur absence. Les téléconsultations étaient assurées par les médecins et infirmiers, salariés de l'assureur, dont la mission première concerne les rapatriements sanitaires. Depuis le remboursement des téléconsultations par l'assurance maladie en 2018, ce dispositif présentait moins d'intérêt. Supprimé le 1er janvier 2024, *Santé Axa* a noué un partenariat avec la plateforme Docariv. Ses adhérents sont libres d'utiliser ou non cette plateforme. *Santé Axa* intervient comme une complémentaire santé pour le remboursement de la consultation réalisée à distance.

Créée en 2015, la plateforme *Mesdocteurs*, filiale du groupe mutualiste *VYV*, permet d'organiser soit une téléconsultation via une complémentaire santé adhérente appartenant au groupe, soit une téléconsultation avec son médecin, via son offre AvecMonDoc. *MesDocteurs* a rejoint *Cegedim Santé* en 2022.

Créée en 2014, la plateforme *Medaviz* (230 000 téléconsultations en 2023) propose notamment des téléconsultations et des téléexpertises, réalisées selon les modalités suivantes : à l'invitation du médecin abonné ; *via* le médecin du territoire du patient si le territoire est équipé du service *Medaviz* ; via la mutuelle ou l'entreprise du patient (service accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7). Elle envisage de recruter des médecins salariés.

En 2022, le groupe de cliniques privées *Ramsay* a lancé, en partenariat avec une plateforme de téléconsultation, une offre payante avec un abonnement, similaire aux offres des mutuelles. Moyennant 11,90 € par mois, il est possible de bénéficier de téléconsultations, accessibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dans la limite de 20 appels par mois. Ces consultations, téléphoniques ou vidéo, ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie mais peuvent donner lieu à des prescriptions qui, elles, le sont. Dans un contexte de vives réactions, l'Assemblée nationale a lancé une mission flash en 2023 relative aux téléconsultations sur abonnement[234]. Les rapporteurs ont notamment relevé que cette offre *« s'inscrit en dehors de la logique de parcours de soins »*, *« peut conduire à accentuer les inégalités d'accès aux soins »* et permet *« à des médecins d'exercer une activité très lucrative depuis n'importe quel endroit »*. Selon eux, *« elle témoigne d'une conception consumériste et marchande de la santé »*. Ils ont

[233] Ce modèle est également appelé « *business to business to consumer* » (B2B2C). Le modèle B2B « *business to consumer* » se rapporte aux entreprises qui visent d'autres entreprises. Le B2C (*business to consumer*) cible les consommateurs. Ces deux cibles disposent de leviers commerciaux différents. Leur fusion implique de mettre en place une double stratégie ou une stratégie en deux temps.

[234] https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/organes/commissions-permanentes/affaires-sociales/missions-flash/mf-teleconsultations. Seule la synthèse est consultable.

noté le faible nombre des abonnements (47 actifs au 29 juin 2023 et 15 résiliations). La mission appelle les autorités à réguler les téléconsultations et à *« rester vigilantes par rapport à l'évolution de ces offres payantes et au risque de financiarisation. »*

À titre d'illustration des équipements utilisés, les photographies ci-dessous présentent des modèles de borne, de cabine, de console et de dispositifs médicaux connectés utilisés par la société *Medadom* pour réaliser des téléconsultations assistées (cf. photo n° 1).

Photo n° 1 : modèles de borne, de cabine, de console et de dispositifs médicaux connectés utilisés par une société de téléconsultation

Source : site internet de la société Medadom

Annexe n° 6 : le certificat d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique des systèmes d'information

Le référentiel prévu par un arrêté du 9 févier 2024 fait suite à une concertation publique, qui a permis de recueillir notamment les contributions des sociétés de téléconsultation, des éditeurs de système d'information de téléconsultation et des professionnels de santé. L'ensemble de ceux-ci ont pu interroger l'ANS et la délégation au numérique en santé sur les différentes exigences du référentiel, tout en exposant des cas d'usages. La concertation a pris fin le 25 juin 2023. Le référentiel comporte 206 exigences et six préconisations. À chaque exigence est associé un scénario de conformité, détaillant les étapes à suivre par l'industriel afin de prouver la conformité de sa solution à l'exigence associée. Pour un même scénario de conformité, une ou plusieurs preuves peuvent être demandées, comme une démonstration par capture d'écran ou vidéo ou des justificatifs d'autorisation.

Initialement, les spécifications fournies à l'été devaient être mises en œuvre en octobre 2023. Néanmoins, à cette date, les sociétés n'étaient pas parvenues à mettre en œuvre toutes les exigences du référentiel. Le guichet de l'ANS a ouvert tardivement, ne laissant qu'un temps limité aux sociétés de téléconsultation pour s'y conformer. La plateforme Convergence[235] était en cours de développement au sein de l'ANS, afin de mesurer la conformité des solutions numériques à la doctrine du numérique en santé et aux différents référentiels opposables, et des services n'étaient pas fonctionnels. En outre, le référentiel a fait l'objet de cinq modifications entre le 23 mai 2023 et janvier 2024.

Aussi, les exigences ont été séparées en deux lots par l'arrêté du 9 février 2024 qui prévoit qu'un certificat provisoire peut être accordé au demandeur (éditeur de logiciel / société de téléconsultation) à compter du 1er juillet 2024, *« à condition qu'il s'engage à obtenir le certificat de conformité »* au plus tard au 31 décembre 2024 et qu'il ait fourni *« toute pièce justifiant le respect des exigences relevant des domaines fonctionnels suivants : identité nationale de santé, Pro Santé Connect, annuaire de santé, politique générale de sécurité des systèmes d'information en santé, administration. »* De fait, la date du 31 décembre 2023, prévue par l'article 53 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2023, ne pouvait plus être respectée.

En application du calendrier précité, deux jalons ont été fixés. Au titre du premier, les éléments étaient à déposer sur la plateforme Convergence au plus tard le 30 avril 2024 pour obtenir le certificat provisoire (soit plus de la moitié des exigences) et, au titre du second jalon, au plus tard le 30 octobre 2024, pour le certificat de conformité définitif. À la date du 3 juin 2024, onze candidatures[236] avaient été déposées, le pourcentage moyen de preuves conformes au référentiel, pour le premier jalon, était de 35 %.

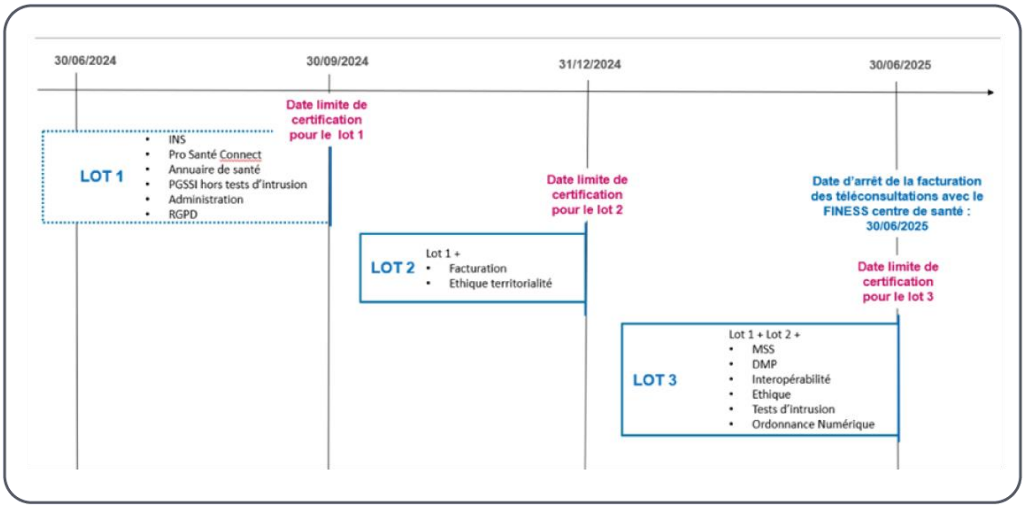
[235] Un guichet de certification spécifique au référentiel est désormais ouvert dans Convergence. Cette plateforme est utilisée régulièrement par l'ANS pour d'autres certifications ou dans le cadre du programme « Ségur du numérique en santé ».
[236] Une société peut déposer plusieurs candidatures si elle utilise plusieurs logiciels.

Fin 2024, l'ANS a délivré le certificat de conformité provisoire à cinq solutions conformes à ce jalon en vue d'une demande d'agrément[237]. Ces cinq solutions, avec sept autres[238], étaient encore en cours d'instruction pour le certificat définitif à l'été 2024.

En juillet 2024, à la demande de la Cnam, l'ANS a créé une nouvelle version (1.5.0) intégrant les modalités de facturation des actes de télémédecine prévues par l'avenant 18 au cahier des charges SESAM-Vitale (transmission de la feuille de soins, par exemple). Elle inclut également l'avenant 33 de ce cahier des charges afin de connaître le professionnel de santé salarié à l'origine de l'acte pour calculer le seuil maximal d'activité de télémédecine (cette information est indiquée dans la facturation SESAM-Vitale). Cette version intègre l'ordonnance numérique et le critère de territorialité, prévu par la convention nationale des médecins. L'objectif est de conserver le parcours de soins avec un médecin géographiquement proche du patient. Cette nouvelle version comporte la création de deux nouvelles sections avec leurs exigences et leurs preuves, la modification ou la suppression de certaines exigences ou preuves déjà existantes, et la modification de la rédaction de certaines parties du référentiel. Elle a été travaillée de façon collégiale entre la Cnam, le LET, la DGOS, la DNS et l'ANS. Une concertation a été menée du 12 août au 14 septembre 2024.

Compte tenu de cette évolution, le calendrier prévu par l'arrêté du 9 février 2024 avec les deux jalons est devenu caduc. En octobre 2024, le nouveau calendrier de mise en conformité au référentiel des systèmes d'information de téléconsultation figurant sur le site internet de l'ANS était le suivant (cf. schéma n° 4).

Schéma n° 4 : calendrier des dates limites de certification de conformité au référentiel des systèmes d'information des sociétés de téléconsultation (2024-2025)



Source : ANS

[237] Il s'agit des logiciels des sociétés de téléconsultation *Medadom, Tessan, Qare, Mediaviz* et *Teladoc* (*MédecinDirect*).
[238] Les autres sociétés sont *Epoca, Livi, H4D, le Medecin.fr, TokTokDoc* et *Concilio*.

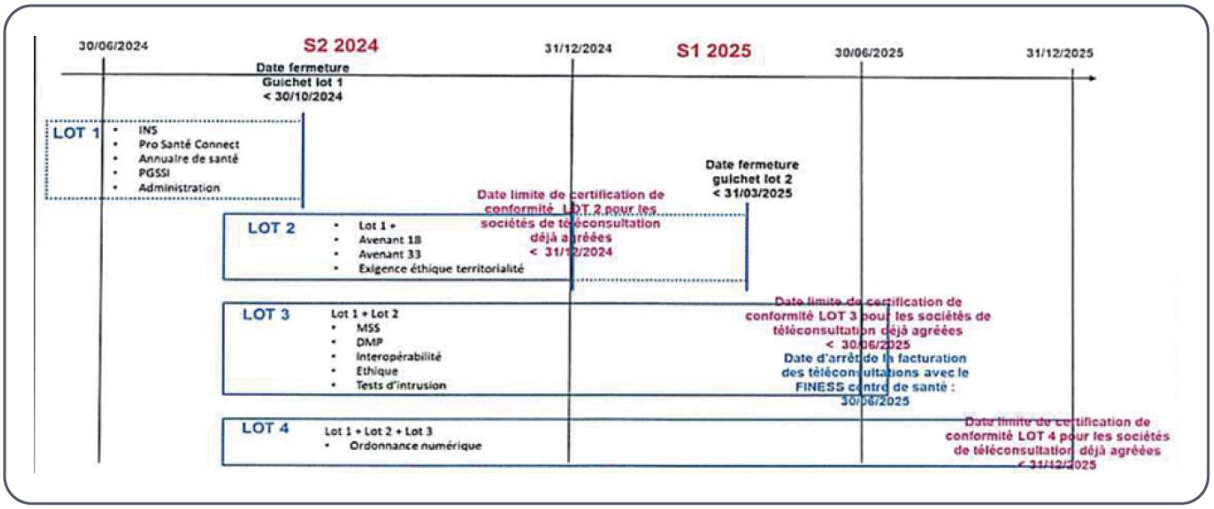
Trois jalons étaient ainsi prévus au lieu de deux précédemment, la certification définitive pouvant intervenir jusqu'au 30 juin 2025. L'agrément définitif n'était acquis qu'avec la délivrance de ce dernier par l'ANS.

Un arrêté du 18 octobre 2024 modifiant celui du 9 février 2024 a octroyé un délai supplémentaire pour l'obtention du certificat de conformité. Néanmoins, il n'a pas repris le calendrier diffusé sur le site internet de l'ANS. Le délai a été prolongé jusqu'au 30 juin 2025 ou au 31 décembre 2025, sous réserve que l'entreprise justifie du respect d'une partie du référentiel et qu'elle s'engage à obtenir le certificat au plus tard le 31 décembre 2025. Les certificats provisoires expireront le 31 décembre 2025. Ce nouvel arrêté a prévu l'obtention d'un certificat de conformité provisoire valable soit jusqu'au 30 juin 2025, soit jusqu'à la fin 2025 si le demandeur fournit les pièces justifiant le respect des exigences relevant de domaines fonctionnels prévus[239].

Depuis la parution de cet arrêté, un quatrième jalon a été créé. Le respect des exigences relatives à l'ordonnance électronique, prévu dans le lot 3, pour le 30 juin 2025, a été décalé dans un lot 4, pour le 31 décembre 2025.

Le nouveau calendrier de mise en conformité au référentiel des systèmes d'information de téléconsultation s'établit désormais comme suit :

Schéma n° 5 : calendrier de mise en conformité avec le référentiel des systèmes d'information des sociétés de téléconsultation (2024-2025)



Source : ANS

[239] Il s'agit de domaines fonctionnels ajoutés à la liste de l'arrêté du 9 février 2024. Pour un certificat de conformité provisoire valable jusqu'au 30 juin 2025, il faut satisfaire aux exigences des domaines fonctionnels suivants : identité nationale de santé, RGPD, Pro Santé Connect, annuaire de santé, politique générale de sécurité des systèmes d'information en santé hors test d'intrusion, administration, facturation et éthique du système et territorialité. Pour un certificat de conformité provisoire valable jusqu'au 31 décembre 2025, il faut satisfaire aux exigences susmentionnées, auxquelles s'ajoutent la messagerie sécurisée de santé (MSSanté), le DMP et le format document *Clinical Document Architecture* (CDA).

Annexe n° 7 : les conseils et avis dispensés par les médecins

Depuis 2012, l'article R. 4127-53 du code de la santé publique précise, pour les médecins, que les honoraires *« ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués même s'ils relèvent de la télémédecine. Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. »*

En limitant l'interdiction de facturer des honoraires aux simples avis et conseils dispensés à un patient par téléphone ou par correspondance, cet article semble autoriser cette facturation pour les avis et conseils qui seraient prodigués en présence du médecin ou en téléconsultation grâce à un moyen de vidéotransmission sécurisé.

Cet article conditionne néanmoins la perception d'honoraires à la réalisation d'un acte ou d'une prestation de soin. Le code précité ne définit pas précisément cette notion, pas plus que ne semble le faire la production scientifique de la Haute Autorité de santé. En revanche, l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale précise que *« la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé […] est subordonné à leur inscription sur une liste […] ».*

Cette liste correspond à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Or, celle-ci n'assimile pas de manière générale la dispensation de conseils médicaux à un acte professionnel. Les conseils intégrés à des actes remboursables ne sont évoqués que dans sept cas[240] et la définition même du champ de cette nomenclature semble exclure la prise en charge et le remboursement des simples conseils dispensés par des professionnels médicaux. L'article L. 1111-3-4 du code de la santé publique corrobore cette limitation des prises en charge à des prestations de soins, qui ne paraissent pas davantage comprendre de simples avis ou conseils.

Il est d'autant plus important de remédier à ce relatif flou juridique , comme la Cour l'avait relevé en 2021, le développement des téléconsultations s'est accompagné d'« effets d'aubaine » car certains professionnels de santé facturent de simples conseils médicaux qui, avant la pandémie de Covid-19, n'étaient pas facturés[241].

Selon un sondage commandé par l'Agence du numérique en santé, la proportion de téléconsultations réalisées avec des patients âgés *« qui avaient une question »* est ainsi passée de 20 % en octobre 2019 à 34 % en novembre 2020. Selon une autre étude, réalisée par la société Doctolib dès avril 2020, 57 % des professionnels utilisant sa solution numérique ont indiqué qu'après l'épidémie, la téléconsultation leur permettrait d'être rémunérés pour les informations et conseils donnés auparavant aux patients par SMS, courriel ou téléphone, c'est-à-dire sans honoraires, ni remboursements associés de l'assurance maladie obligatoire.

[240] Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles (première partie, article 14.8 de la NGAP), consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie (article 15.2.1), consultations et majorations complexes (article 15.8), consultations et majorations très complexes (article 15.9), action de prévention du pied diabétique et du syndrome main-pied dans le cadre de certains traitements de chimiothérapie ou thérapies ciblées (titre XII, chapitre II, article 2) et bilan diagnostique kinésithérapique effectué par un masseur-kinésithérapeute (titre XIV, chapitre I, section 2).

[241] Cour des comptes, *op. cit.*, « La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins ».

L'ambiguïté juridique et pratique actuelle pourrait être levée au bénéfice du bon usage des deniers publics en adoptant l'une des branches de l'alternative suivante : soit une interdiction de la facturation d'honoraires pour de simples avis ou conseils, soit une facturation spécifique à un tarif minoré par rapport au tarif actuel de 25 € en téléconsultation. Cette question recoupe en partie la question de la durée des téléconsultations, environ deux fois inférieure à celle d'une consultation en cabinet.

L'adoption de la seconde solution reposerait principalement sur la confiance dans la facturation des actes par les professionnels médicaux car elle serait, par construction, complexe à contrôler par la Cnam dans la mesure où les motifs de consultation ne sont pas tracés dans son système d'information (Sniiram) à ce jour.

Annexe n° 8 : le cadre conventionnel de l'accompagnement à la téléconsultation

Le tableau suivant présente les dispositifs d'accompagnement à la téléconsultation prévus par les conventions nationales des médecins, des sages-femmes, des infirmiers et des pharmaciens d'officine.

Tableau n° 3 : dispositifs conventionnels d'accompagnement à la téléconsultation

Profession	**Entrée en vigueur**	**Descriptif**	**Tarifs**
Médecins	Septembre 2018	Accompagnement par un médecin d'un patient lors d'une TLC réalisée par un autre professionnel médical	Facturation de la consultation dans les conditions habituelles parallèlement à la facturation de la TLC par le médecin téléconsultant
Sages-femmes	Juillet 2022	Accompagnement par une sage-femme d'un patient lors d'une TLC réalisée par le professionnel médical	Facturation de la consultation dans les conditions habituelles parallèlement à la facturation de la TLC par le professionnel médical téléconsultant
Infirmiers	Janvier 2020	Accompagnement du patient par un infirmier dans le cadre de TLC réalisées à la demande d'un médecin ou d'une sage-femme	Trois actes spécifiques : - acte réalisé lors d'un soin infirmier déjà prévu : 10 € ; - acte réalisé isolément dans un lieu dédié aux TLC : 12 € ; - acte réalisé de manière spécifique à domicile : 15 €
Pharmaciens	Mars 2020	Assistance d'un pharmacien d'officine à la réalisation d'une TLC	Dans la limite d'un plafond annuel de 750 €, rémunération forfaitaire variant en fonction du nombre de TLC réalisées à l'officine (année civile)

Source : conventions nationales des médecins, des infirmiers, des sages-femmes et des pharmaciens

Annexe n° 9 : la tarification des téléconsultations

Les honoraires perçus lors des téléconsultations ont évolué comme suit en 2023-2024 compte tenu de l'entrée en vigueur du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie transmis le 24 avril 2023 et de la convention médicale de juin 2024 :

Tableau n° 4 : évolution des honoraires des téléconsultations par spécialité (2023-2024)

Règles en vigueur jusqu'en 2024		**Nouvelle convention médicale**	
Spécialité médicale	***Honoraires***	**Spécialité médicale**	**Honoraires**
Généraliste (code facturation TCG)	*25 €*	Généraliste (code facturation TCG)	25 €
Spécialiste (code facturation TCS)	*30 €*	Spécialiste (code facturation TCS)	30 €
Autres tarifs pour certaines spécialités (code TCS)		**Autres tarifs pour certaines spécialités**	
Gynécologue médical	*32 €*	Gynécologue médical (TCS)	32 €
Psychiatre et neurologue	*50,20 €*	Psychiatre et neurologue (TCS)	50,20 €
Pédiatre	*23 €*	Pédiatre 0-2 ans (TCH)	38,50 €
		Pédiatre 2-6 ans (TCK)	33,50 €
		Pédiatre > 6 ans (TCS)	30 €

Source : Cnam

Le tableau suivant précise les modalités de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Tableau n° 5 : évolution des honoraires et de la prise en charge des consultations et des téléconsultations d'un médecin généraliste (2021-2024)

(montants en euros)	Honoraires	Prise en charge assurance maladie obligatoire à 70 %	Prise en charge assurance maladie obligatoire après déduction forfaitaire
C et TLC jusqu'en octobre 2023	25,00	17,50	16,50
C entre novembre 2023 et mars 2024	26,50	18,55	17,55
C depuis mars 2024	26,50	18,55	16,55
TLC depuis mars 2024	25,00	17,50	15,50
C à compter du 22 décembre 2024	30,00	21,00	19,00
Différence tarifaire depuis le 22 déc. 2024	**5,00**	**3,50**	**3,50**

Source : Cour des comptes