



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

**RAPPORT
D'ÉLABORATION**

Qualité et sécurité du télésoin

Bonnes pratiques pour la mise en
œuvre


Validé par le Collège le 18 février 2021

Table des tableaux

Tableau 1 : professions et actes de télésoin autorisés dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire face à l'épidémie de Covid-19.....	10
Tableau 2 : parties prenantes sollicitées par la HAS	17
Tableau 3 : stratégie de recherche documentaire	19
Tableau 4 : références bibliographiques sélectionnées	23
Tableau 5 : tableau récapitulatif des professions concernées par le télésoin	29
Tableau 6 : références bibliographiques sélectionnées pour la profession de pharmacien .	39
Tableau 7 : actes professionnels des infirmiers.....	45
Tableau 8. références bibliographiques sélectionnées pour la profession d'infirmier.....	55
Tableau 9 : actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes	64
Tableau 10 : références bibliographiques sélectionnées pour la profession de masseur-kinésithérapeute.....	71
Tableau 11 : actes professionnels des pédicures-podologues	77
Tableau 12 : actes professionnels des ergothérapeutes	81
Tableau 13 : références bibliographiques sélectionnées pour la profession d'ergothérapeute	88
Tableau 14 : actes professionnels des psychomotriciens	90
Tableau 15 : actes professionnels des orthophonistes	96
Tableau 16 : références bibliographiques sélectionnées pour la profession d'orthophoniste	102
Tableau 17 : actes professionnels des orthoptistes.....	106
Tableau 18 : actes professionnels des manipulateurs d'électroradiologie médicale	111
Tableau 19 : actes professionnels des opticiens-lunetiers.....	126
Tableau 20 : règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier.....	127
Tableau 21 : extraits de l'arrêté du 1 ^{er} février 2011 relatif aux professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées	131
Tableau 22 : référence bibliographique sélectionnée pour la profession de diététicien.....	156

Descriptif de la publication

Titre	Qualité et sécurité du télésoin Bonnes pratiques pour la mise en œuvre
Objectifs	<ul style="list-style-type: none">– définir, pour chacune des catégories de professionnels, les situations cliniques, le périmètre et les publics pour lesquels les actes de télésoin sont à exclure ;– élaborer des recommandations sur le bon usage et la qualité des pratiques relatives au télésoin.
Méthode de travail	La méthode mise en œuvre repose sur : <ul style="list-style-type: none">– un examen des textes réglementant l'activité des professions ;– un examen des textes autorisant le télésoin de façon dérogatoire pendant l'épidémie de Covid-19 ;– une consultation des parties prenantes ;– une analyse de la littérature scientifique.
Périmètre	<p>Ce rapport concerne toute pratique de télésoin, quels que soient son lieu de réalisation (ville, établissement de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, domicile des patients, etc.) et son mode de réalisation (exercice libéral, salarié, etc.).</p> <p>Les recommandations s'appliquent à toute pratique de télésoin, qu'elle soit remboursée ou non, qu'elle soit réalisée sur prescription médicale ou sur sollicitation directe du patient (pour les professions autorisées).</p> <p>Ce rapport ne traite pas l'utilisation du télésoin dans le cadre de la médecine du travail, de la recherche ou de l'enseignement, qui relèvent de réglementations spécifiques.</p> <p>Le présent rapport ne traite pas du remboursement des activités de télésoin.</p>
Cibles concernées	<ul style="list-style-type: none">– ministre de la Santé ;– pharmaciens et auxiliaires médicaux ;– patients et usagers ;– autres professionnels de santé dont l'activité sera impactée par le télésoin, en particulier le médecin traitant.
Demandeur	Ministre de la Santé
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Vanessa Hernando (cheffe de projet scientifique au SA3P puis à la Mission numérique en santé) sous la responsabilité de Marc Fumey (adjoint au chef de service au SA3P puis chef de service par intérim à la Mission numérique en santé)
Recherche documentaire	Emmanuelle Blondet (documentaliste) et Maud Lefèvre (assistante-documentaliste)
Auteurs	Vanessa Hernando (HAS) et Marc Fumey (HAS)
Conflits d'intérêts	La gestion des conflits d'intérêts est conforme à la charte déontologique de la HAS.
Validation	Version du 18 février 2021
Actualisation	Sans objet
Autres formats	Formats courts : <ul style="list-style-type: none">– fiche « Qualité et sécurité du télésoin – Critères d'éligibilité »– fiche « Qualité et sécurité du télésoin – Bonnes pratiques pour la mise en œuvre »

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – février 2021

Sommaire

Remarque

Dans le rapport, l'ordre d'apparition des professions est celui du Code de la santé publique.

Préambule	7
1. Le télésoin	8
1.1. Définition du télésoin	8
1.2. Professions concernées	9
1.3. Autorisation des activités de télésoin	10
1.4. Télésoin pendant l'épidémie de Covid-19	10
1.5. Publications de la HAS sur le télésoin pendant l'épidémie de Covid-19	13
1.6. Remboursement des activités de télésoin	13
2. Méthode	14
2.1. Examen des textes réglementant l'activité des professions	14
2.2. Consultation des parties prenantes	15
2.3. Analyse de la littérature scientifique	19
3. Résultats de la recherche documentaire	22
4. Professions concernées par le télésoin : tableau récapitulatif	28
5. Pharmaciens	31
6. Infirmiers	44
7. Masseurs-kinésithérapeutes	63
8. Pédicures-podologues	77
9. Ergothérapeutes	81
10. Psychomotriciens	90
11. Orthophonistes	95
12. Orthoptistes	105
13. Manipulateurs d'électroradiologie médicale	111
14. Techniciens de laboratoire médical	117
15. Audioprothésistes	118

16. Opticiens-lunetiers	125
17. Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées	130
18. Orthoprothésistes	135
19. Podo-orthésistes	140
20. Ocularistes	144
21. Épithésistes	145
22. Orthopédistes-orthésistes	148
23. Diététiciens	153
24. Représentants des usagers	157
Références bibliographiques	158
Participants	160
Abréviations et acronymes	163

Préambule

Ce rapport d'évaluation accompagne les documents relatifs à la qualité et la sécurité du télésoin élaborés par la Haute Autorité de santé (HAS) et accessibles sur son site internet.

Plusieurs documents ont été publiés :

- une fiche destinée aux professionnels sur les critères d'éligibilité à vérifier en amont de la réalisation du télésoin ;
- une fiche destinée aux professionnels sur les bonnes pratiques pour la mise en œuvre du télésoin ;
- une fiche d'information destinée aux patients.

Ces documents ont été élaborés en réponse à la saisine de la ministre des Solidarités et de la Santé, en date du 17 septembre 2019, demandant à la HAS les travaux suivants permettant de garantir la qualité et la sécurité du télésoin :

1. Définir, pour chacune des catégories de professionnels, les situations cliniques, le périmètre et les publics pour lesquels les actes de télésoin sont à exclure ;
2. Élaborer des recommandations sur le bon usage et la qualité des pratiques relatives au télésoin.

Ce rapport d'élaboration décrit :

- la méthode mise en œuvre ;
- les différentes professions concernées par le télésoin (avec rappel des articles du Code de la santé publique et autres documents d'intérêt réglementant l'activité des professions) ;
- le point de vue des parties prenantes sur l'intégration du télésoin à leur activité professionnelle ;
- la recherche documentaire et l'analyse de la littérature.

1. Le télésoin

1.1. Définition du télésoin

Dans le but de faciliter l'accès aux soins et la coordination des professionnels de santé¹, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (loi OTSS) a défini une nouvelle modalité d'exercice à distance pour les professionnels de santé : le télésoin².

Définition du télésoin³

« Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent Code. »

Le télésoin permet aux pharmaciens et aux auxiliaires médicaux de prendre en charge des patients à distance. Il vient compléter la télémedecine, qui est réservée aux professionnels médicaux (i.e. chirurgiens-dentistes, médecins, sages-femmes).

Contrairement aux actes de télémedecine⁴, les actes de télésoin ne sont pas définis par la loi.

Le terme de télésanté a été inscrit par la loi dans le Code de la santé publique : il comprend la télémedecine et le télésoin.

¹ La quatrième partie du Code de la santé publique (CSP), consacrée aux professions de santé, se décline en trois livres :

- livre I. Les professions médicales : médecins, sages-femmes et odontologistes (art. L. 4111-1 à L4163-10) ;
- livre II. Les professions de la pharmacie et de la physique médicale : pharmaciens, préparateurs en pharmacie, préparateurs en pharmacie hospitalière, physiciens médicaux (art. 4211-1 à 4252-3) ;
- livre III. Les professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens), aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (art. 4311-1 à 4394-4).

² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé – *JORF* n° 0172 du 26 juillet 2019 texte n° 3 : [article 53](#)

³ [Article L. 6316-2 du CSP](#).

⁴ [Article R. 6316-1 du CSP](#) : « Constituent des actes de télémedecine : 1° La téléconsultation (...), 2° La télé-expertise (...), 3° La télésurveillance médicale (...), 4° La télé-assistance médicale (...), 5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale (...). »

1.2. Professions concernées

Les professions de santé concernées par la télésoin sont les pharmaciens et les auxiliaires médicaux⁵.

Il s'agit des professions suivantes :

- pharmaciens ;
- infirmiers ;
- masseurs-kinésithérapeutes ;
- pédicures-podologues ;
- ergothérapeutes ;
- psychomotriciens ;
- orthophonistes ;
- orthoptistes ;
- manipulateurs d'électroradiologie médicale ;
- techniciens de laboratoire médical ;
- audioprothésistes ;
- opticiens-lunetiers ;
- prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées⁶ :
 - orthoprothésistes,
 - podo-orthésistes,
 - ocularistes,
 - épithésistes,
 - orthopédistes-orthésistes ;
- diététiciens.

⁵ Le livre III du Code de la santé publique (CSP) traite, dans l'ordre des titres qui leur sont consacrés, des professions suivantes :

- profession d'infirmier ou d'infirmière (titre I) ;
- professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue (titre II) ;
- professions d'ergothérapeute et de psychomotricien (titre III) ;
- professions d'orthophoniste et d'orthoptiste (titre IV) ;
- professions de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical (titre V) ;
- professions d'audioprothésiste, opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées (titre VI) ;
- profession de diététicien (titre VII) ;
- aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires (titre IX).

⁶ [Article L. 4364-1 du CSP](#) : « Les prothésistes et orthésistes réalisent, sur prescription médicale, l'appareillage nécessaire aux personnes handicapées. Ils comprennent les professions suivantes :

1° Les orthoprothésistes ;

2° Les podo-orthésistes ;

3° Les ocularistes ;

4° Les épithésistes ;

5° Les orthopédistes-orthésistes. »

1.3. Autorisation des activités de télésoin

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (loi OTSS)² a prévu que les activités de télésoin seront définies par arrêté du ministre de la Santé, après avis de la HAS. Cet arrêté portera notamment sur les conditions de réalisation du télésoin permettant de garantir leur qualité et leur sécurité ainsi que sur les catégories de professionnels y participant³. Les conditions de mise en œuvre des activités de télésoin seront fixées par décret en Conseil d'Etat³.

Les pharmaciens et auxiliaires médicaux ne pourront mettre en œuvre les activités de télésoin qu'après publication d'un arrêté par le ministre chargé de la Santé.

Pendant l'épidémie de Covid-19, certaines professions ont été autorisées de façon dérogatoire à pratiquer le télésoin (cf. paragraphe suivant).

1.4. Télésoin pendant l'épidémie de Covid-19

Dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire face à l'épidémie de Covid-19, des dispositions particulières ont été prises par le ministre des Solidarités et de la Santé afin d'autoriser certains professionnels à mettre en œuvre le télésoin^{7,8}. Ces dispositions ont permis d'ouvrir le télésoin à la moitié des professions concernées (9/18) qu'il s'agisse d'actes remboursés ou non.

Les professions et les actes de télésoin autorisés sont listés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : professions et actes de télésoin autorisés dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire face à l'épidémie de Covid-19

Profession concernée	Actes et activités autorisés
Pharmacien	Les pharmaciens d'officine peuvent réaliser à distance par télésoin : <ul style="list-style-type: none">– des actions d'accompagnement :<ul style="list-style-type: none">• patients sous traitement anticoagulant oral par anticoagulants oraux directs ou par antivitamines K ;• patients sous antiasthmatiques par corticoïdes inhalés.– des bilans partagés de médication.
Infirmier	Télesuivi infirmier pour les patients dont le diagnostic d'infection à Covid-19 a été posé cliniquement ou biologiquement.
Masseur-kinésithérapeute	À l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les actes de masso-kinésithérapie suivants peuvent être réalisés à distance par télésoin : <ul style="list-style-type: none">– rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée ;– rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres ;– rééducation du rachis et/ou des ceintures quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur).

⁷ [Arrêté du 23 mars 2020](#) prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire : [article 8](#).

⁸ Arrêté prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire (modifié par [arrêté du 16 octobre 2020](#)) : [article 17](#).

Profession concernée	Actes et activités autorisés
	<ul style="list-style-type: none"> – rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis ; – rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde, etc.) ; – rééducation abdominale préopératoire ou post-opératoire ; – rééducation abdominale du post-partum ; – rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale ; – rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques ; – rééducation pour artériopathie des membres inférieurs ; – rééducation de l'hémiplégie ; – rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination, etc.) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie ; – rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence).
Pédicure-podologue	<p>Peuvent être réalisés à distance par télésoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> – les activités de diagnostic de pédicure-podologie mentionnées au 1° de l'article R. 4322-1 du Code de la santé publique ; – les actes de rééducation d'un pied, à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne, en relation avec une intervention chirurgicale sur l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes, ainsi que les actes de rééducation des deux pieds, à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes, en relation avec une intervention chirurgicale sur l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes, mentionnés à l'article 3 du chapitre II du titre XII de la nomenclature générale des actes professionnels⁹.
Ergothérapeute	<p>À l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les activités d'ergothérapeute peuvent être réalisées à distance par télésoin.</p>
Psychomotricien	<p>À l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les activités de psychomotricien peuvent être réalisées à distance par télésoin.</p>
Orthophoniste	<p>À l'exclusion des bilans initiaux, les actes d'orthophonie listés ci-dessous peuvent être réalisés à distance par télésoin. Les renouvellements de bilan sont effectués sur prescription médicale.</p> <ul style="list-style-type: none"> – bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques ; – bilan de la phonation ; – bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité ; – bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit ; – bilan de la communication et du langage écrit ; – bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique, etc.) ; – bilan des troubles d'origine neurologique ; – bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence ; – bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques et de la surdité ; – rééducation des dysphagies ; – rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité ; – éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-œsophagienne et/ou trachéo-œsophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire ;

⁹ La rééducation du pied n'est pas dans le champ du décret d'acte des pédicures-podologues. D'après le CNOMK, l'arrêté a fait l'objet d'un recours pour excès de pouvoir.

Profession concernée	Actes et activités autorisés
	<ul style="list-style-type: none"> - rééducation des troubles de la communication et du langage écrit ; - rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées par séance ; - rééducation des troubles de la cognition mathématique (dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique, etc.) ; - rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture ; - rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral ; - rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence ; - réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale ; - éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques) ; - rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique ; - rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurodégénératives ; - rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes ; - démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire.
Orthoptiste	<p>À l'exclusion des bilans initiaux et des renouvellements de bilan, les actes d'orthoptie suivants peuvent être réalisés à distance par télésoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rééducation d'une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle. <p>Cette rééducation est destinée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aux patients ayant une pathologie oculaire ou des lésions d'origine traumatique, tumorale, neurologique et/ou vasculaire entraînant une déficience visuelle ; • aux patients ayant des troubles des apprentissages et/ou des troubles neuro-visuels objectifs dans le cadre d'un bilan pluridisciplinaire (médical et paramédical) ; <ul style="list-style-type: none"> - traitement de l'amblyopie ; - traitement du strabisme ; - traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires.
Diététicien	Les activités de diététicien peuvent être réalisées à distance par télésoin.

Les conditions de réalisation suivantes doivent être respectées :

- ➔ Pour les infirmiers dans le cadre du télésoin des patients Covid-19 :
 - sur prescription médicale ;
 - télésoin réalisé par vidéo-transmission, ou par téléphone si les équipements du patient et de l'infirmier ne le permettent pas.
- ➔ Pour les autres professions autorisées :
 - pertinence du recours au télésoin déterminée par le professionnel ;
 - télésoin réalisé par vidéo-transmission ;
 - réalisation préalable d'un premier soin par le professionnel en présence du patient, sauf pour :
 - les masseurs-kinésithérapeutes si un bilan en présence du patient a été effectué avant la sortie d'hospitalisation avec transmission du plan de soin ;

- les pédicures-podologues ;
- les orthophonistes si un bilan en présence du patient a été effectué avant la sortie d'hospitalisation avec transmission du plan de soin ;
- les orthoptistes ;
- pour les mineurs de moins de 18 ans, présence d'un des parents majeurs ou d'un majeur autorisé nécessaire ;
- pour les patients avec perte d'autonomie, présence d'un aidant requise.

1.5. Publications de la HAS sur le télésoin pendant l'épidémie de Covid-19

Pendant l'état d'urgence sanitaire, liée à l'épidémie de Covid-19, la HAS a publié :

- une fiche (1) « [Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Téléconsultation et télésoin](#) » ;
- un document usager (2) « [Téléconsultation et télésoin pendant l'épidémie de Covid-19](#) ».

1.6. Remboursement des activités de télésoin

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (loi OTSS)² a également prévu une modification du Code de la Sécurité sociale afin de rendre possible le remboursement des activités de télésoin par le biais des négociations conventionnelles menées entre les représentants des professionnels et l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie^{10,11}.

Les conditions de prise en charge des activités de télésoin seront fixées par décret en Conseil d'État¹².

Le présent rapport ne traite pas du remboursement des activités de télésoin.

Pendant l'épidémie de Covid-19, parmi les professions autorisées de façon dérogatoire à pratiquer le télésoin, certains actes ont été remboursés¹³ (non développé ici, car hors périmètre de ce rapport).

¹⁰ [Article L. 162-14-1 du CSS](#) : Pour les auxiliaires médicaux :

« 1° La ou les conventions définissent également, le cas échéant, les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin (...).

Les activités de télésoin prises en charge par l'Assurance maladie mettent en relation un auxiliaire médical et un patient et sont effectuées par vidéo transmission.

Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable, en présence du patient, d'un premier soin par un auxiliaire médical de la même profession que celle du professionnel assurant le télésoin ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin ; »

¹¹ [Article L. 162-16-1 du CSS](#) : Pour les pharmaciens :

« La convention détermine notamment : (...)

15° Les tarifs ou les modes de rémunération ainsi que les modalités de réalisation des activités de télésoin (...).

Les activités de télésoin prises en charge par l'Assurance maladie mettent en relation un pharmacien et un patient et sont effectuées par vidéo transmission.

Leur prise en charge est subordonnée à la réalisation préalable par un pharmacien, en présence du patient, d'un premier soin, bilan de médication ou entretien d'accompagnement d'un patient atteint d'une pathologie chronique ; l'activité du professionnel de santé présent, le cas échéant, auprès du patient n'est pas prise en charge dans le cadre du télésoin. »

¹² [Article L. 162-15-5 du CSS](#) : « Les conditions de prise en charge des activités de télésoin prévues au 1° du I de l'article L. 162-14-1 sont fixées par décret en Conseil d'État » et [article L. 162-16-1-3 du CSS](#) : « Les conditions de prise en charge des activités de télésoin prévues au 15° de l'article L. 162-16-1 sont fixées par décret en Conseil d'État ».

¹³ [Arrêté du 23 mars 2020](#) prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de Covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire : [article 8](#).

2. Méthode

Les objectifs des travaux sont :

1 : Définir, pour chacune des catégories de professionnels, les situations cliniques, le périmètre et les publics pour lesquels les actes de télésoin sont à exclure

2 : Élaborer des recommandations sur le bon usage et la qualité des pratiques relatives au télésoin

La HAS a procédé par étapes :

1. Décrire l'activité de chaque profession ;
2. Déterminer si le télésoin peut être intégré à la pratique professionnelle de chaque profession et si certaines situations devraient être exclues du télésoin ;
3. Décrire les recommandations de bonnes pratiques du télésoin afin d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients.

La méthode mise en œuvre repose, pour chaque profession, sur :

- ➔ un examen des textes réglementant l'activité des professionnels concernés par le télésoin ;
- ➔ une consultation des parties prenantes ;
- ➔ une analyse de la littérature scientifique (lorsque les données sont disponibles).

2.1. Examen des textes réglementant l'activité des professions

Textes réglementaires

La HAS a examiné les articles du Code de la santé publique (parties législative et réglementaire) pour chacune des professions concernées par le télésoin, afin de décrire leur activité.

Certaines professions disposent d'un décret d'exercice codifié comportant une liste d'actes que les professionnels concernés sont autorisés à effectuer : c'est le cas des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des ergothérapeutes, des psychomotriciens, des orthophonistes, des orthoptistes, des manipulateurs d'électroradiologie médicale. Ces actes professionnels sont décrits dans la partie réglementaire du Code de la santé publique. Les autres professions ne disposent pas de décret d'actes.

Autres documents

La HAS a également étudié pour chaque profession, les éléments suivants :

- inscription au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ou au répertoire ADELI ;
- détention d'une carte de professionnel de santé (CPS) ;
- accès au dossier médical partagé (DMP).

Les informations relatives à l'inscription des professionnels aux répertoires RPPS ou ADELI proviennent du site de l'Assurance maladie : [« RPPS : le répertoire partagé des professionnels de santé »](#) et du site de l'Agence du numérique en santé : [« Les répertoires nationaux des professionnels de santé »](#).

Les données relatives à la carte CPS proviennent du site de l'Agence du numérique en santé : [« Carte de professionnel de santé \(CPS\) »](#).

L'accès au DMP a été étudié en croisant la [matrice d'habilitations des professionnels de santé](#) (qui décrit les conditions d'accès en lecture aux types de documents selon la profession ou la discipline) avec le [tableau des codes pour les professions de santé](#).

Précédents travaux de la HAS sur la télémédecine

Pour décrire les recommandations de bonnes pratiques du télésoin, la HAS s'est également référée à ses précédents travaux sur la télémédecine considérant que des recommandations seraient communes aux pratiques de télésoin et aux pratiques de télémédecine :

- [Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise – Rapport d'élaboration de la fiche mémo : HAS ; 2018 ; \(3\)](#)
- [Guide pour la qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise – Rapport d'élaboration : HAS ; 2019. \(4\)](#)

Travaux de la HAS sur le télésoin, pendant l'épidémie de Covid-19

Pour décrire les recommandations de bonnes pratiques du télésoin, la HAS s'est également référée à ses travaux sur le télésoin, publiés pendant l'état d'urgence sanitaire lié à l'épidémie de Covid-19 :

- [Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Téléconsultation et télésoin – Fiche Réponses rapides : HAS ; 2020 ; \(1\)](#)
- [Téléconsultation et télésoin pendant l'épidémie de Covid-19 – document usager – HAS ; 2020. \(2\)](#)

2.2. Consultation des parties prenantes

La HAS a sollicité les parties prenantes représentatives des différentes professions concernées par le télésoin, ainsi que les représentants des usagers, pour recueillir leurs avis sur le télésoin¹⁴.

Identification des parties prenantes

Pour les professions disposant d'un ordre professionnel¹⁵, la HAS a choisi de solliciter l'Ordre professionnel. Il s'agit des professions suivantes : pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues.

¹⁴ Les parties prenantes sont définies selon le décret n° 2013-413 du 21 mai 2013 portant approbation de la charte de l'expertise sanitaire prévue à l'article L. 1452-2 du Code de la santé publique. Il s'agit de recueillir le point de vue des parties « intéressées ». Ce recueil, conduit par le chef de projet en charge de la production, peut être réalisé à l'aide un questionnaire à compléter ou lors d'une audition qui fera l'objet d'un questionnaire adressé au préalable et d'un compte-rendu d'audition. Il ne s'agit pas d'une expertise, mais du recueil d'une opinion.

¹⁵ Parmi les professionnels de santé, sept sont regroupés au sein d'un ordre professionnel : médecins, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues.

Pour les professions disposant d'un Conseil national professionnel (CNP)¹⁶, la HAS a choisi de solliciter le Conseil national professionnel sur la base de la liste du 20 août 2019 publiée au *Journal officiel* du 21 août 2019.

Pour les professions ne disposant pas d'Ordre professionnel et/ou de Conseil national professionnel (CNP), la HAS a recherché d'autres organisations professionnelles : associations, conseils scientifiques, fédérations ou syndicats.

Liste des parties prenantes sollicitées

Les parties prenantes sollicitées par la HAS figurent dans le Tableau 2 : parties prenantes sollicitées par la HAS. Cette liste a été validée par le Collège de la HAS lors de la présentation de la note de cadrage le 10 octobre 2020.

Modalités de consultation des parties prenantes

Les parties prenantes ont été consultées :

1. En amont de la rédaction des documents.

Une réunion dans les locaux de la HAS a été proposée à chaque partie prenante, ou à défaut par téléconférence. Les dates des auditions figurent dans le Tableau 2 : parties prenantes sollicitées par la HAS.

En amont de la réunion, les questions suivantes ont été adressées à chaque partie prenante :

- présentation de votre organisation ;
- présentation de votre profession et des activités de soin réalisées ;
- le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?
- parmi vos activités professionnelles, lesquelles vous semblent compatibles avec le télésoin et lesquelles vous semblent inadaptées à une prise en charge à distance ?
- pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ? Ces situations pourraient être liées à la nature même du soin réalisé, au patient, à son environnement, à l'environnement du soignant, au matériel nécessaire, aux données nécessaires, etc. ;
- quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?
- avez-vous connaissance de publications d'intérêt (guide, recommandations, études cliniques, etc.) sur le télésoin dans votre profession ?

¹⁶ [Arrêté du 20 août 2019 portant liste de conseils nationaux professionnels pouvant conventionner avec l'État en application de l'article D. 4021-1-1 du Code de la santé publique](#) : « La liste des conseils nationaux professionnels est à ce jour fixée ainsi qu'il suit :

Au titre des pharmaciens :

- Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière

Au titre des auxiliaires médicaux :

- Conseil national professionnel de l'ergothérapie
- Conseil national professionnel des infirmiers anesthésistes
- Collège de la masso-kinésithérapie
- Collège national de pédicurie-podologie
- Union des orthopédistes-orthésistes-podologistes (coordonnées non identifiées)
- Conseil national professionnel des techniciens de laboratoire médical. »

La position des parties prenantes est restituée dans le rapport pour chaque profession.

2. Lors de la phase de relecture des documents.

Les documents suivants ont été soumis à la relecture des parties prenantes :

- la fiche intitulée « Qualité et sécurité du télésoin : bonnes pratiques pour la mise en œuvre » ;
- le rapport d'élaboration décrivant notamment les professions concernées par le télésoin, l'avis des parties prenantes et l'analyse de la littérature.

Ces documents ont été envoyés sous format « Word » afin de permettre aux parties prenantes d'y intégrer leurs commentaires/propositions de modifications (dans le paragraphe concernant leur profession dans le rapport).

Une fiche de commentaires à compléter a également été adressée pour permettre aux parties prenantes de faire des commentaires généraux sur les documents.

Les parties prenantes ayant fait part de commentaires à la HAS à la suite de la phase de relecture figurent dans le Tableau 2 : parties prenantes sollicitées par la HAS.

Les commentaires des parties prenantes ont été pris en compte par la HAS, qui a mis à jour les documents, à la suite de la phase de relecture.

Tableau 2 : parties prenantes sollicitées par la HAS

Profession/Usager	Partie(s) prenante(s) sollicitée(s)	Audition (avant rédaction)	Commentaires (relecture)
Pharmacien	Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière (CPOPH)	8 octobre 2019	Oui
	Ordre national des pharmaciens	15 octobre 2019	Oui
Infirmier	Collège infirmier français	17 mars 2020 (téléconférence)	Non
	Ordre national des infirmiers	15 octobre 2019	Non
Masseur-kinésithérapeute	Collège de la masso-kinésithérapie	4 octobre 2019	Non
	Ordre des masseurs-kinésithérapeutes	1 ^{er} octobre 2019	Oui
Pédicure-podologue	Collège national de pédicurie-podologie (CNPP)	10 octobre 2019	Oui
	Ordre national des pédicures-podologues (ONPP)	9 octobre 2019	Commentaires communs CNPP+ONPP
Ergothérapeute	Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)	16 octobre 2019	Oui
	Collège national professionnel de l'ergothérapie (CNPE)	Réunion commune	Oui
Psychomotricien	Conseil national professionnel des psychomotriciens	20 janvier 2020	Oui
	Fédération française des psychomotriciens (FFP)	7 octobre 2019	Commentaires communs
	Syndicat national d'union des psychomotriciens (SNUP)	21 octobre 2019	CNPP + FFP + SNUP

Profession/Usager	Partie(s) prenante(s) sollicitée(s)	Audition (avant rédaction)	Commentaires (relecture)
Orthophoniste	Association ORTHOS, RÉFLEXIONS... ACTION (ORA)	17 octobre 2019	Oui
	CNP des orthophonistes	/	Oui
	Fédération nationale des orthophonistes (FNO)	11 octobre 2019	Oui
Orthoptiste	Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO)	4 octobre 2019	Oui
Manipulateur d'électroradiologie médicale	Conseil national professionnel des manipulateurs d'électroradiologie médicale (CNPMM) (Association française du personnel paramédical d'électroradiologie [AFPPE] initialement sollicitée – création du CNP entretemps)	26 juin 2020 (vidéoconférence)	Non
Technicien de laboratoire médical	Conseil national professionnel des techniciens de laboratoire médical (CNPTLM)	/	Non
Audioprothésiste	Collège national d'audioprothèse	25 novembre 2019	Non
	Syndicat des audioprothésistes : SDA (ex-UNSAF)	11 octobre 2019	Oui
	Syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA)	8 octobre 2019	Oui
	VISAUDIO (opticiens mutualistes et audition mutualiste : ancien Syndicat national des centres audition mutualiste (SYNAM))	18 octobre 2019 (rendez-vous commun avec SYNOM)	Non
Opticien-lunetier	Fédération nationale des opticiens de France (FNOF)	/	Non
	Rassemblement des opticiens de France (ROF)	22 octobre 2019	Non
	VISAUDIO (opticiens mutualistes et audition mutualiste : ancien Syndicat national de l'optique mutualiste [SYNOM])	18 octobre 2019 (rendez-vous commun avec SYNAM)	Non
Orthoprothésiste	Union française des orthoprothésistes (UFOP)	30 septembre 2019	Oui
Podo-orthésiste	Fédération française des podo-orthésistes (FFPO)	9 octobre 2019	Commentaires communs UFOP+FFPO
Ocularistes	Union des ocularistes français (UDOF)	/	Non
Épithésistes	Syndicat des épithésistes français (SEF)	4 février 2020	Non
Orthopédistes-orthésistes	Syndicat national de l'orthopédie française (SNOF)	27 novembre 2019	Oui
Diététicien	Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN)	29 novembre 2019	Oui
Patient/Usager	France assos santé a désigné l'Association des familles catholiques pour l'audition	24 juin 2020 (vidéoconférence)	Non
Parties prenantes sollicitées pour la relecture, conformément à ce qui a été prévu dans la note de cadrage			

Profession/Usager	Partie(s) prenante(s) sollicitée(s)	Audition (avant rédaction)	Commentaires (relecture)
Professions médicales	Ordres des chirurgiens-dentistes	/	Oui
	Ordre des médecins	/	Oui
	Ordre des sages-femmes	/	Oui
Institutionnels	Agence du numérique en santé (ANS)	/	Oui
	Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM)	/	Oui

2.3. Analyse de la littérature scientifique

Recherche documentaire

La recherche documentaire a porté sur les bonnes pratiques de télésoin des professions concernées en France et à l'étranger (limité à la littérature de langue anglaise).

Une recherche systématisée par mots-clés a été effectuée sur la base de données bibliographiques Medline (*National Library of Medicine*, États-Unis).

En complément, pour chaque profession, les sites internet des organisations et sociétés savantes ont été explorés (recherche non systématisée).

Enfin, il a été demandé aux représentants des parties prenantes de nous transmettre les éventuelles publications d'intérêt.

La période de recherche est : janvier 2009 – mai 2020.

Tableau 3 : stratégie de recherche documentaire

Profession	Recherche documentaire : Type d'étude/sujet/termes utilisés
Pharmacien	Medline ("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND ("Pharmacists"[Mesh] or pharmacist*)
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – Canadian Society of Hospital Pharmacists ; – General Pharmaceutical Council ; – International Society for Telemedicine and eHealth ; – Royal Pharmaceutical Society ; – Society of Hospital Pharmacists of Australia.
Infirmier	Medline ("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND "Nurses"[Mesh] or nursing or nurses or nurse
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – Australian Nursing Federation ; – International Society for Telemedicine and eHealth ; – Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario ; – Nova Scotia College of Nursing.

Profession	Recherche documentaire : Type d'étude/sujet/termes utilisés
Masseur-kinésithérapeute	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND "Physical Therapist Assistants"[Mesh] OR "Physical Therapists"[Mesh] or "physical therapy" or physiotherapy or physiotherapist or "physical therapist"</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – Australian Physiotherapy Association ; – College of Physiotherapists of Manitoba ; – International Network of Physiotherapy Regulatory Authorities ; – International Society for Telemedicine and eHealth ; – Physiotherapy Alberta College ; – World Confederation for Physiotherapy.
Pédicure-podologue	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND "Podiatry"[Mesh] or podol* or foot care[title]</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – International Society for Telemedicine and eHealth.
Ergothérapeute	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND, "Occupational Therapists"[Mesh] or occupational therapist*</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – Association canadienne des ergothérapeutes ; – International Society for Telemedicine and eHealth ; – Ordre des Ergothérapeutes du Québec ; – World Federation of occupational therapists.
Psychomotricien	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND "psychomotrician"</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – International Society for Telemedicine and eHealth.
Orthophoniste	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND « Speech Therapy"[Mesh] or "speech therap"</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Speech-Language-Hearing Association ; – American Telemedicine Association ; – International Society for Telemedicine and eHealth ; – Orthophonie et Audiologie Canada.
Orthoptiste	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND "Orthoptics"[Mesh]</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – International Society for Telemedicine and eHealth.

Profession	Recherche documentaire : Type d'étude/sujet/termes utilisés
Manipulateur d'électroradiologie médicale	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND "Radiologists"[Mesh] or Radiologist*</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – International Society for Telemedicine and eHealth.
Technicien de laboratoire médical	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND "Medical laboratory personnel"[Mesh]</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – International Society for Telemedicine and eHealth.
Audioprothésiste	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND "Audiologists"[Mesh]</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – International Society for Telemedicine and eHealth
Opticien-lunetier	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND Optician</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – International Society for Telemedicine and eHealth.
Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND "Orthopedic Equipment"[Mesh] OR prosthetist*</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – International Society for Telemedicine and eHealth.
Diététicien	Medline <i>("Telemedicine"[Mesh] or telehealth or telecare) AND "Nutritionists"[Mesh] or dietitian* or nutritionist*</i>
	Sites internet : <ul style="list-style-type: none"> – American Telemedicine Association ; – Dietitians Association of Australia ; – International Society for Telemedicine and eHealth.

Critères de sélection

Ont été sélectionnées les recommandations qui décrivent :

- les activités de télésoin par profession, ainsi que d'éventuelles conditions d'exclusion ;
- les critères de qualité et de sécurité des actes de télésoin.

Les documents autres que les recommandations (ex. : méta-analyses, études cliniques, revues systématiques) n'ont pas été sélectionnés.

3. Résultats de la recherche documentaire

Les références sélectionnées concernent les professions suivantes :

- infirmiers : 4 références ;
- ergothérapeutes : 2 références ;
- masseurs-kinésithérapeutes et autres professionnels pratiquant la rééducation (notamment orthophonistes, ergothérapeutes, audioprothésistes, infirmiers, diététiciens) : 4 références ;
- orthophonistes (et audiologistes) : 2 références ;
- pharmaciens : 3 références ;
- diététiciens : 1 référence.

Pour les professions suivantes : pédicures-podologues, psychomotriciens, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées, il n'a pas été retrouvé de références pertinentes.

Les caractéristiques (auteur/organisme promoteur, pays – année de publication, intitulé, type de document/cibles – méthode d'élaboration – identification de critères d'exclusion) des références bibliographiques sélectionnées sont listées dans le tableau suivant.

Tableau 4 : références bibliographiques sélectionnées

<p>Auteur/Organisme promoteur « Intitulé » Pays – année de publication</p>	<p>Type de document/cibles</p>	<p>Méthode d'élaboration</p>	<p>Identification de critères d'exclusion</p>
<p><i>Alberta College of Speech-language Pathologists and Audiologists</i> « <i>Guideline : Use of telepractice in the provision of clinical services by speech-language pathologists and audiologists</i> » Canada – 2009 (5)</p>	<p>Recommandations destinées aux orthophonistes et aux audiologistes</p>	<p>Non décrite</p>	<p>Absence de critères d'exclusion</p>
<p><i>Australian Nursing Federation</i> « <i>Telehealth standards : registered nurses</i> » Australie – 2013 (6)</p>	<p>Recommandations à destination des infirmiers pour les aider à participer à une vidéo-consultation</p> <p>Ce document fait partie d'un projet global proposant différents supports (recommandations, formations, assistance) aux infirmiers et sages-femmes afin qu'ils participent à la prise en charge des patients par télé-médecine</p>	<p>Mise en place d'un comité consultatif</p> <p>Revue de la littérature</p> <p>Mise à jour de recommandations existantes</p> <p>Consultation de professionnels de terrain</p> <p>Mise en relecture des documents élaborés</p>	<p>Absence de critères d'exclusion</p>
<p><i>Australian Nursing Federation</i> « <i>Guidelines for telehealth on-line video. Consultation funded through medicare for registered nurses, enrolled nurses, nurse practitioners, registered mid-wives and eligible midwives</i> » Australie – 2013 (7)</p>	<p>Recommandations à destination des infirmières et des sages-femmes pour la sécurité et l'efficacité de la vidéo-consultation</p> <p>Ce document fait partie d'un projet global proposant différents supports (recommandations, formations, assistance) aux infirmières et sages-femmes afin qu'elles participent à la prise en charge des patients par télé-médecine</p>	<p>Mise en place d'un comité consultatif</p> <p>Revue de la littérature</p> <p>Mise à jour de recommandations existantes</p> <p>Consultation de professionnels de terrain</p> <p>Mise en relecture des documents élaborés</p>	<p>La nécessité d'examen clinique exclut le patient de la possibilité de recourir à la vidéo-consultation</p> <p>Les facteurs suivants doivent être également pris en compte (n'excluent pas nécessairement le recours à la vidéo-consultation) : état cognitif, problème de vue ou d'audition, dextérité, capacité à suivre des instructions, capacité à donner son consentement, capacité à utiliser les moyens technologiques</p>

Auteur/Organisme promoteur « Intitulé » Pays – année de publication	Type de document/cibles	Méthode d'élaboration	Identification de critères d'exclusion
<p><i>American college of clinical pharmacy (ACCP)</i> « <i>Providing Comprehensive Medication Management in Telehealth</i> » États-Unis d'Amérique – 2019 (8)</p>	<p>Recommandations destinées aux pharmaciens spécialisés en pharmacie clinique et réalisant le suivi médicamenteux des patients</p>	<p>Non décrite</p>	<p>Absence de critères d'exclusion</p>
<p><i>Canadian Society of Hospital Pharmacists</i> « <i>Telepharmacy guidelines</i> » Canada – 2018 (9)</p>	<p>Recommandations destinées aux personnels pharmaceutiques au sein d'établissements de santé</p>	<p>Non détaillée Recommandations élaborées par des membres de la société canadienne de pharmaciens hospitaliers ayant une expérience dans la télépharmacie. Ces recommandations sont basées sur un consensus</p>	<p>Absence de critères d'exclusion La décision de mettre en place le télésoin résulte d'une décision partagée entre la direction de l'établissement et le management pharmaceutique</p>
<p><i>Dietitians association of Australia</i> « <i>Telehealth / Technology-based clinical consultations</i> » Australie – 2015 (10)</p>	<p>Recommandations destinées aux diététiciens</p>	<p>Non décrite</p>	<p>Absence de critères d'exclusion Il est de la responsabilité du professionnel de déterminer si le télésoin est approprié pour son patient Certains patients peuvent nécessiter un accompagnement (en cas de difficultés auditives ou de mauvaise compréhension de la langue)</p>
<p><i>Federation of State Boards of Physical Therapy</i> « <i>Telehealth in physical therapy. Policy recommendations for appropriate regulation</i> » États-Unis d'Amérique – 2015 (11)</p>	<p>Recommandations destinées aux autorités juridictionnelles des masso-kinésithérapeutes</p>	<p>Non détaillée Les auteurs ont conduit une revue : – des bonnes pratiques dans les autres professions ;</p>	<p>Absence de critères d'exclusion La pertinence du recours au télésoin pour un patient est déterminée au cas par cas, en prenant en compte l'avis du professionnel, la préférence du patient, les technologies disponibles, les</p>

Auteur/Organisme promoteur « Intitulé » Pays – année de publication	Type de document/cibles	Méthode d'élaboration	Identification de critères d'exclusion
		<ul style="list-style-type: none"> – des nomenclatures de télésanté ; – des guides publiés ; – des normes industrielles. 	<p>risques et bénéfiques, et les recommandations professionnelles de standards de soin</p> <p>Le professionnel est responsable du soin prodigué au patient et doit documenter le choix de la prise en charge et de la technologie utilisée</p>
<p><i>General Pharmaceutical Council</i></p> <p>« <i>Guidance for registered pharmacies providing pharmacy services at a distance, including on the internet</i> »</p> <p>Angleterre, Écosse, Pays de Galles – 2019</p> <p>(12)</p>	<p>Recommandations destinées aux pharmaciens qui envisagent de mettre en place le télésoin</p>	<p>Non décrite</p>	<p>Absence de critères d'exclusion</p>
<p><i>Nova Scotia College of Nursing</i></p> <p>« <i>Practice guidelines for nurses. Telenursing</i> »</p> <p>Canada – 2019</p> <p>(13)</p>	<p>Recommandations destinées aux infirmiers</p> <p>Le document s'adresse à différents exercices de la profession d'infirmier : infirmiers, infirmiers en pratique avancée, infirmiers auxiliaires</p>	<p>Non décrite</p>	<p>Absence de critères d'exclusion</p> <p>Le professionnel évalue si le télésoin est adapté à la situation du patient et si un soin en présentiel est nécessaire</p>
<p>Ordre des ergothérapeutes du Québec</p> <p>« <i>L'intervention ergothérapeutique à distance</i> »</p> <p>Canada – 2013</p> <p>(14)</p>	<p>Court article destiné aux ergothérapeutes, sur les possibilités et limites de l'intervention à distance en ergothérapie, du point de vue clinique</p>	<p>Non décrite</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Les situations cliniques non adaptées au télésoin sont celles pour lesquelles le recueil des données pertinentes à l'évaluation est très limité, voire impossible à distance, par exemple lorsqu'une communication claire du patient est essentielle (ex. : analyse du langage corporel) ; – une intervention manuelle directe de l'ergothérapeute est nécessaire (ex. : évaluation de la sensibilité).
<p>Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario</p> <p>« <i>Les télésoins. Directive professionnelle</i> »</p> <p>Canada – 2017</p> <p>(15)</p>	<p>Recommandations destinées aux infirmiers, ciblées sur les responsabilités réglementaires</p>	<p>Non décrite</p>	<p>Absence de critères d'exclusion</p>

Auteur/Organisme promoteur « Intitulé » Pays – année de publication	Type de document/cibles	Méthode d'élaboration	Identification de critères d'exclusion
Orthophonie et audiologie Canada (OAC) « L'utilisation de la télépratique par les orthophonistes et les audiologistes membres d'OAC (Orthophonie et audiologie Canada) » Canada – 2006 (16)	Recommandations destinées aux professionnels Orthophonistes et audiologistes	Non détaillée (rédaction par un comité d'orthophonistes et d'audiologistes ayant l'expérience de la télépratique)	Absence de critères d'exclusion
<i>Physiotherapy Alberta College + Association</i> <i>College of physiotherapists of Manitoba</i> « <i>Telerehabilitation resource guide for Alberta physiotherapists</i> » Canada – 2018 (17)	Recommandations destinées aux masseurs-kinésithérapeutes	Non décrite	Absence de critères d'exclusion Le professionnel juge si la téléadaptation est appropriée, en prenant en compte : – si le soin à distance est la méthode la plus appropriée pour délivrer le soin ; – si un examen direct physique est nécessaire pour faire l'évaluation ou réaliser le traitement ; – si le soin à distance est équivalent au soin en présentiel ; – si le patient présente des facteurs physiques, sensoriels, cognitifs qui peuvent impacter sa capacité à recevoir un soin à distance.
<i>Telerehabilitation special interest group (SIG) of the American telemedicine association</i> « <i>American Telemedicine Association's Principles for Delivering Telerehabilitation Services</i> » États-Unis d'Amérique – 2017 (18)	Recommandations destinées à différentes catégories professionnelles réalisant la rééducation à distance, notamment : – masseurs-kinésithérapeutes ; – orthophonistes ; – ergothérapeutes ; – audioprothésistes ; – infirmiers ; – diététiciens.	Non détaillée	Absence de critères d'exclusion. La pertinence pour la téléadaptation doit être évaluée au cas par cas. La décision d'y recourir est basée sur le jugement clinique, la préférence du patient (qui aura été préalablement informé) et les standards de soin professionnels

Auteur/Organisme promoteur « Intitulé » Pays – année de publication	Type de document/cibles	Méthode d'élaboration	Identification de critères d'exclusion
<p><i>World Confederation for Physiotherapy (WCPT) / International network of physiotherapy regulatory authorities (INPTRA)</i></p> <p>« <i>Report of the WCPT / INPTRA digital physical therapy practice task force</i> »</p> <p>International – 2019</p> <p>(19)</p>	<p>Rapport comprenant des recommandations destinées aux masso-kinésithérapeutes</p>	<p>Non détaillée (les auteurs ont réalisé une revue de la littérature publiée et de la littérature grise)</p>	<p>Absence de critères d'exclusion</p>
<p><i>World Federation of occupational therapists</i></p> <p>« <i>World Federation of occupational therapists' position statement on telehealth</i> »</p> <p>International – 2014</p> <p>(20)</p>	<p>Recommandations destinées aux ergothérapeutes</p>	<p>Non décrite</p>	<p>Absence de critères d'exclusion</p> <p>Le professionnel détermine si le télésoin est approprié à son patient (état clinique et objectifs de traitement, accès aux technologies)</p>

4. Professions concernées par le télésoin : tableau récapitulatif

Afin d'avoir une vue d'ensemble des professions concernées par le télésoin, un tableau récapitulatif a été élaboré. Pour chaque profession les critères suivants ont été renseignés :

- existence d'un ordre professionnel ;
- existence d'un Conseil national professionnel (CNP) défini par arrêté¹⁷ ;
- présence d'actes professionnels décrits au Code de la santé publique ;
- type d'exercice : sur prescription médicale obligatoire ou en accès libre ;
- inscription aux répertoires professionnels RPPS¹⁸ ou ADELI¹⁹ ;
- attribution d'une carte de professionnel de santé (carte CPS)²⁰ ;
- accès au Dossier médical partagé (DMP).

¹⁷ [Arrêté du 20 août 2019 portant liste de conseils nationaux professionnels pouvant conventionner avec l'État en application de l'article D. 4021-1-1 du Code de la santé publique](#)

¹⁸ Le Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) est le répertoire unique de référence permettant d'identifier les professionnels de santé. Il rassemble et publie les informations des professionnels de santé, sur la base d'un numéro RPPS attribué au professionnel toute sa vie. Il est élaboré par l'État en collaboration avec les Ordres et l'Assurance maladie. Il répertorie l'ensemble des données d'identification, de diplômes, d'activité, de mode et de structure d'exercice de tout professionnel de santé. Le RPPS est un référentiel opposable.

¹⁹ Le répertoire ADELI est le système d'information national portant sur les professionnels de santé qui ne sont pas déjà dans le RPPS. Ce répertoire attribue un numéro aux professionnels non-RPPS, lors de leur enregistrement auprès de leur agence régionale de santé. C'est le numéro de référence d'identification pour ces professionnels.

²⁰ La carte CPS est une carte d'identité professionnelle électronique dédiée aux secteurs de la santé et du médico-social. Elle permet à son titulaire d'attester de son identité et de ses qualifications professionnelles. Elle contient les données d'identification de son porteur : identité (numéro d'identification, nom patronymique, nom d'exercice, etc.), profession, spécialité, identification du mode d'exercice, identification du lieu d'exercice.

La CPS permet les échanges et le partage des données médicales personnelles de façon sécurisée et protège ainsi la confidentialité des données. Elle est protégée par un code confidentiel propre à son porteur.

Tableau 5 : tableau récapitulatif des professions concernées par le télésoin

Profession	Ordre professionnel	Conseil national professionnel (CNP) défini par décret	Décret d'actes	Exercice sur prescription médicale obligatoire ou en accès libre accès libre	Inscription aux répertoires RPPS ou ADELI	Carte CPS	Accès au DMP
Pharmacien	Ordre national des pharmaciens	Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière	non (monopole du pharmacien)	/	RPPS	oui	oui
Infirmier	Ordre national des infirmiers	Uniquement pour les infirmiers anesthésistes	oui	Prescription obligatoire (ou sur conseil médical)	ADELI	oui	oui
Masseur-kinésithérapeute	Ordre des masseurs-kinésithérapeutes	Collège de la masso-kinésithérapie	oui	Exercice mixte	RPPS	oui	oui
Pédicure-podologue	Ordre des pédicures-podologues	Collège national de pédicurie-podologie	oui	Accès libre	RPPS	oui	oui
Ergothérapeute	Non	Conseil national professionnel de l'ergothérapie (CNPE)	oui	Prescription obligatoire	ADELI	oui (uniquement pour salariés)	Oui Les ergothérapeutes libéraux n'ont pas accès à la CPS (et donc au DMP)
Psychomotricien	non	CNP créé depuis l'arrêt : CNP des psychomotriciens	oui	Prescription obligatoire	ADELI	Non	Oui Les psychomotriciens n'ont pas accès au DMP quand ils sont en exercice libéral
Orthophoniste	non	CNP créé depuis l'arrêt : Collège français d'orthophonie	oui	Prescription obligatoire sauf urgence	ADELI	oui	oui

Profession	Ordre professionnel	Conseil national professionnel (CNP) défini par décret	Décret d'actes	Exercice sur prescription médicale obligatoire ou en accès libre accès libre	Inscription aux répertoires RPPS ou ADELI	Carte CPS	Accès au DMP
Orthoptiste	non	non	oui	Prescription obligatoire (sauf urgence)	ADELI	oui	oui
Manipulateur d'électroradiologie médicale	non	non	oui	Prescription obligatoire	ADELI (uniquement pour salariés)	oui (uniquement pour salariés)	oui
Technicien de laboratoire médical	non	Conseil national professionnel des techniciens de laboratoire médical (CNPTLM)	non	/	ADELI (uniquement pour salariés)	oui (uniquement pour salariés)	non
Audioprothésiste	non	non	non	Prescription obligatoire	ADELI	oui	oui
Opticien-lunetier	non	non	non	Prescription obligatoire	ADELI	oui	oui
Orthoprothésiste	non	CNP créé depuis l'arrêt : CNP grand appareillage Orthopédique	non	Prescription obligatoire	ADELI	oui	oui
Podo-orthésiste	non	CNP créé depuis l'arrêt : CNP grand appareillage Orthopédique	non	Prescription obligatoire	ADELI	oui	oui
Oculariste	non	non	non	Prescription obligatoire	ADELI	oui	oui
Épithésiste	non	non	non	Prescription obligatoire	ADELI	oui	oui
Orthopédiste-orthésiste	non	CNP créé depuis l'arrêt : CNP des orthopédistes-orthésistes	non	Prescription obligatoire	ADELI	oui	oui
Diététicien	non	non	non	Exercice mixte	ADELI	oui (uniquement pour salariés)	oui

5. Pharmaciens

Définition de la profession

Les activités réservées aux pharmaciens sont décrites dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre II : professions de la pharmacie et de la physique médicale – titre I^{er} : monopole des pharmaciens).

Les missions et activités des officines sont décrites dans le Code de la santé publique (partie législative – cinquième partie : produits de santé – livre I^{er} : produits pharmaceutiques – titre II : médicaments à usage humain – chapitre V : pharmacie d'officine – section 1 : missions et activités des officines).

Les missions et activités des pharmacies à usage intérieur sont décrites dans le Code de la santé publique (partie législative – cinquième partie : produits de santé – livre I^{er} : produits pharmaceutiques – titre II : médicaments à usage humain – chapitre VI : pharmacies à usage intérieur).

Monopole des pharmaciens

Article L. 4211-1 du CSP

Sont réservées aux pharmaciens, sauf les dérogations prévues aux articles du présent Code :

- 1° La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine ;
- 2° La préparation des objets de pansements et de tous articles présentés comme conformes à la pharmacopée ;
- 3° La préparation des générateurs, trousseaux ou précurseurs mentionnés à l'article L. 5121-1 ;
- 4° La vente en gros, la vente au détail, y compris par internet, et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets mentionnés aux 1°, 2° et 3° ;
- 5° La vente des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée sous réserve des dérogations établies par décret ;
- 6° La vente au détail et toute dispensation au public des huiles essentielles dont la liste est fixée par décret ainsi que de leurs dilutions et préparations ne constituant ni des produits cosmétiques, ni des produits à usage ménager, ni des denrées ou boissons alimentaires ;
- 7° La vente au détail et toute dispensation au public des aliments lactés diététiques pour nourrissons et des aliments de régime destinés aux enfants du premier âge, c'est-à-dire de moins de quatre mois, dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés de la Consommation et de la Santé ;
- 8° La vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public, à l'exception des tests destinés au diagnostic de la grossesse ainsi que des tests d'ovulation.

La fabrication et la vente en gros des drogues simples et des substances chimiques destinées à la pharmacie sont libres à condition que ces produits ne soient jamais délivrés directement aux consommateurs pour l'usage pharmaceutique et sous réserve des règlements particuliers concernant certains d'entre eux.

Missions et activités des officines

Article L. 5125-1-1 A du CSP

Dans les conditions définies par le présent Code, **les pharmaciens d'officine** :

- 1° Contribuent aux soins de premier recours définis à l'article [L. 1411-11](#) ;
- 2° Participent à la coopération entre professionnels de santé ;
- 3° Participent à la mission de service public de la permanence des soins ;
- 4° Concourent aux actions de veille et de protection sanitaires organisées par les autorités de santé ;
- 5° Peuvent participer à l'éducation thérapeutique et aux actions d'accompagnement de patients définies aux articles [L. 1161-1](#) à [L. 1161-5](#) ;
- 6° Peuvent assurer la fonction de pharmacien référent pour un établissement mentionné au 6° du I de l'article [L. 312-1](#) du Code de l'action sociale et des familles ayant souscrit le contrat mentionné au IV ter de l'article [L. 313-12](#) du même Code qui ne dispose pas de pharmacie à usage intérieur ou qui n'est pas membre d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur ;
- 7° Peuvent être désignés comme correspondants par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux articles [L. 1411-11-1](#), [L. 1434-12](#), [L. 6323-1](#) et [L. 6323-3](#) du présent Code. À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie ;
- 8° Peuvent proposer des conseils et prestations destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes ;
- 9° Peuvent effectuer les vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cet arrêté peut autoriser, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, la prescription par les pharmaciens de certains vaccins. Il en fixe les conditions ;
- 10° Peuvent, dans le cadre de protocoles inscrits dans le cadre d'un exercice coordonné au sein des dispositifs mentionnés aux mêmes articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, délivrer pour certaines pathologies, et dans le respect des recommandations de la Haute Autorité de santé, des médicaments dont la liste est fixée par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application des 7°, 8° et 9°.

Un décret fixe les conditions d'application du 10°, notamment les conditions de formation préalable des pharmaciens et les modalités d'information du médecin traitant.

NOTA : Conformément aux dispositions du II de l'article 30 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Article R. 5125-33-6 du CSP

Pour l'application du 8° de l'article [L. 5125-1-1 A](#), le pharmacien d'officine peut :

- 1° Mettre en place des actions de suivi et d'accompagnement pharmaceutique. Il prévient la iatrogénie médicamenteuse. Il garantit le bon usage des médicaments et le suivi de l'observance en procédant à l'analyse des informations relatives au patient et à l'ensemble de ses traitements.

Sauf opposition du patient, les préconisations qui en résultent sont formalisées et transmises au médecin traitant ;

2° Mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé parmi les domaines d'action prioritaires de la stratégie nationale de santé définie en application de l'article [L. 1411-1-1](#). Dans ce cadre, il contribue aux campagnes de sensibilisation et d'information sur des sujets de santé publique. Il transmet aux différents publics concernés des informations scientifiquement validées sur les moyens de prévention et sur les maladies, avec le souci de délivrer un message adapté et accessible au public ;

3° Participer à des actions d'évaluation en vie réelle des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique en collaboration avec les autorités sanitaires ;

4° Participer au dépistage des maladies infectieuses et des maladies non transmissibles ;

5° Participer à la coordination des soins en collaboration avec l'ensemble des professionnels concourant à la prise en charge du patient dans le respect de son parcours de soins coordonné par le médecin traitant mentionné à l'[article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale](#).

Missions et activités des pharmacies à usage intérieur

Article L. 5126-1 du CSP

I. – Les **pharmacies à usage intérieur** répondent aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par l'établissement, service ou organisme dont elles relèvent, ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire ou d'un groupement de coopération sanitaire dans lequel elles ont été constituées. À ce titre, elles ont pour missions :

1° D'assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'[article L. 4211-1](#), des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'[article L. 5121-1-1](#), et d'en assurer la qualité ;

2° De mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé mentionnés au 1° et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins mentionnée à l'[article L. 1110-12](#), et en y associant le patient ;

3° D'entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé mentionnés au 1°, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matéro-vigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles mentionnée à l'[article L. 6111-2](#) ;

4° S'agissant des pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé, d'exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité mentionnées à l'article L. 5126-8.

II. – Ces missions peuvent être exercées par la pharmacie à usage intérieur pour son propre compte, et dans le cadre de coopérations, pour le compte d'une ou plusieurs autres pharmacies à usage intérieur.

III. – Les catégories d'établissements, services et organismes dont les activités requièrent la gestion et la dispensation de produits de santé mentionnés au 1° du I et pouvant être autorisées à disposer d'une ou plusieurs pharmacies à usage intérieur dans les conditions fixées au présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État.

Description des actes professionnels

La profession de pharmacien ne dispose pas d'un décret d'exercice codifié comportant une liste d'actes que les professionnels concernés sont autorisés à effectuer.

L'acte de **dispensation du médicament** est défini dans le Code de la santé publique (partie réglementaire – quatrième partie : professions de santé – livre II : professions de la pharmacie et de la physique médicale – titre III : organisation de la profession de pharmacien – chapitre V : déontologie – section 3 : dispositions propres à différents modes d'exercice – sous-section 1 : pharmaciens exerçant dans les officines et les pharmacies à usage intérieur – paragraphe 1 : participation à la protection de la santé.)

Article R. 4235-48 du CSP

Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'**acte de dispensation du médicament**, associant à sa délivrance :

- 1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- 2° La préparation éventuelle des doses à administrer ;
- 3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- le Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière (CPOPH), le 8 octobre 2019 ;
- l'Ordre national des pharmaciens (ONP), le 15 octobre 2019.

Le Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière inclut 9 structures réparties en 3 composantes : professionnelle (3 syndicats officinaux et 3 syndicats hospitaliers), universitaire (Conférence des doyens et collège des maîtres de stage) et scientifique (Société française de pharmacie clinique). Il définit les orientations stratégiques pour le CNP. D'autres associations vont rejoindre le CNP en décembre 2020.

L'Ordre national des pharmaciens représente tous les métiers de la pharmacie (7 sections).

Présentation de la profession

La profession compte 74 000 pharmaciens (inscrits à l'Ordre) et 23 000 pharmacies (20 736 officines en France métropolitaine, 2 370 pharmacies dans les établissements de santé publics et privés) avec une tendance à la baisse (en 2019, 219 officines ont fermé). Cette baisse est la conséquence mécanique de restructurations (regroupements).

La profession de pharmacien est une profession prescrite pour certaines activités liées aux médicaments et dispositifs médicaux. Elle peut également avoir des activités à son initiative.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Les activités récurrentes d'accompagnement du patient peuvent être réalisées en télésoin. Ainsi, le télésoin est adapté à l'entretien pharmaceutique, au bilan partagé de médication, à l'accompagnement de pathologies chroniques (entretiens tabagiques, asthmatique, antivitamines K, diététique, sur l'obésité, BPCO, diabète, etc.), à l'éducation à la santé. À l'hôpital, il est adapté à la conciliation médicamenteuse, la consultation d'observance, l'éducation thérapeutique.

Le télésoin devrait également faciliter la transition hôpital-ville en permettant d'organiser la continuité des activités initiées à l'hôpital comme des entretiens ciblés en ville, en présence du pharmacien hospitalier (en oncologie par exemple). Cette coordination entre pharmaciens hospitaliers et pharmaciens de ville pose la question de la télé-expertise entre professionnels qui n'est pas prévue par les textes.

Les activités d'éducation thérapeutique, les activités de suivi de soins se développent dans les pharmacies à l'initiative des pharmaciens (pour les patients éligibles) et consentants et/ou via la mise en place de protocoles d'exercice coordonnée avec les maisons de santé pluriprofessionnelles (qui ne sont pas des protocoles de coopération, art. 51, cf. cet article qui retrace l'évolution de la réglementation : <https://www.editions-legislatives.fr/actualite/loi-sante-les-mesures-pour-les-pharmaciens>). Ces activités de soins pourraient être réalisées en télésoin.

Le télésoin couvre deux aspects : la prévention et la thérapeutique.

Ces activités de télésoin sont particulièrement adaptées en cas de traitements lourds (chimiothérapie orale) où les patients peuvent rencontrer des difficultés pour se déplacer.

L'acte pharmaceutique serait en cours de redéfinition avec la DGS. La nouvelle définition pourrait introduire de nouveaux soins à inclure dans le télésoin ; par exemple le conseil pharmaceutique en dehors de la dispensation du médicament, qui n'apparaît pas actuellement au Code de la santé publique (conseils au patient, notamment sur médicaments d'automédication ; réorientation vers un médecin, etc.)

Les parties prenantes considèrent que le développement du télésoin doit tenir compte de l'écosystème des pharmacies sur le territoire pour ne pas le fragiliser (conséquence de l'abolition des distances). Le Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière est vigilant à la définition des catégories de pharmaciens qui pourront réaliser le télésoin, notamment les pharmaciens qui n'exercent pas en officine ou en établissement de santé ou ceux qui y exercent à temps partiel (et sont inscrits à l'Ordre) et consacrent une partie de leur activité au développement d'une entreprise avec activité à distance. Un parallèle est fait avec les entreprises privées qui proposent des téléconsultations à distance par des médecins qui n'ont jamais vu le patient. D'après le CPOPH, la condition de connaissance préalable du patient n'est pas suffisante ; il convient de définir le périmètre en lien avec l'exercice professionnel du pharmacien.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

Les activités qui nécessitent un contact physique (vaccination) sont exclues du télésoin.

La dispensation reste conditionnée à la possession de la prescription originale par le pharmacien. La prescription électronique pourrait ouvrir à la possibilité d'une dispensation à distance allant jusqu'à l'envoi scellé des médicaments. La question est de savoir si la phase d'analyse pharmaceutique actuellement réalisée en officine peut être incluse dans le télésoin.

Le Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière exclut la possibilité de réaliser une dispensation à distance sans connaissance préalable du patient.

Pour les entretiens pharmaceutiques, le premier entretien doit être physique et donc exclu du télésoin.

Afin d'assurer la qualité et la sécurité du télésoin en pharmacie, il convient de définir les conditions dans lesquelles les actes sont réalisés (qualification ordinaire requise pour certaines activités).

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Le télésoin ne devrait pas être dépendant d'une prescription médicale, à l'instar de l'acte en présentiel.

Il est nécessaire de prendre en compte le profil du patient, pour proposer ou non le télésoin.

Le télésoin devrait être organisé en alternance avec du présentiel.

L'Ordre national des pharmaciens s'interroge sur la pertinence de limiter le télésoin à des pathologies et des parcours coordonnés où il y a la possibilité d'alterner le soin à distance avec le soin en présentiel.

Une numérisation de la pharmacie appelle une vigilance particulière vis-à-vis notamment des sociétés privées qui pourraient tenter de s'y engouffrer (pharmacies « hors-sol »). Il ne faut pas enfermer

le télésoin dans une définition trop restrictive (ouvrir aux évolutions ultérieures), et l'encadrer par des définitions de conditions réalisations/recommandations qui permettront d'en garantir la qualité et la sécurité (voir ci-après). Actuellement, un site de vente de médicaments doit être obligatoirement rattaché à une officine française sur le territoire ; l'officine constitue une unité de diplôme et de lieu. Les exigences doivent être les mêmes en officine et à l'hôpital, car il y a la même exigence de qualité de soin pour le patient.

Comme en présentiel, le télésoin doit respecter le secret professionnel.

L'Ordre national des pharmaciens souligne l'importance de la traçabilité de l'information et de l'enregistrement dans le dossier médical partagé.

L'accès au dossier médical partagé est indispensable pour tracer les activités de télésoin. Des modalités pratiques (en lien avec l'usage de la carte Vitale du patient) restent toutefois à trouver pour ne pas constituer une gêne. L'interopérabilité (avec les logiciels métiers du médecin, etc.) est aussi une difficulté.

Les pharmaciens disposent d'une carte CPS et utilisent les messageries sécurisées de santé pour la transmission de comptes-rendus aux médecins traitants (notamment compte-rendu du bilan de médication).

Le besoin en formation sur le télésoin est similaire à la télémédecine (formation à la communication à distance, à l'utilisation des outils, à la sécurité des données, etc.).

Il faut privilégier l'utilisation de logiciels métier pour garantir la confidentialité et la sécurité des données transmises.

L'acte de télésoin doit se faire en vidéo-transmission et nécessite un équipement performant et de qualité pour le patient (smartphone, tablette avec caméra) et les officines (les pharmacies s'équipent dans le cadre de l'avenant 15 : accompagnement à la téléconsultation).

Points divers

- le Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière signale que lors des gardes du dimanche, les pharmacies doivent quasiment organiser une permanence téléphonique. L'usage du téléphone n'est toutefois pas adapté au télésoin qui doit s'appuyer sur un moyen de vidéo-transmission pour permettre l'authentification du patient et une bonne communication ;
- la dispensation à domicile (par le pharmacien) et le portage à domicile (par un tiers d'un paquet scellé) sont réglementés ;
- concernant l'éducation thérapeutique, la question des ateliers individuels et collectifs est posée : est-ce possible de connecter plusieurs patients à un professionnel de santé ? (En effet, l'éducation thérapeutique en présentiel permet les ateliers individuels et collectifs.)

Le Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière a fourni une liste de références bibliographiques lors de la phase de relecture des documents :

- American Society of Health-System Pharmacists. ASPH statement on telepharmacy. Bethesda: ASHP; 2016.
<https://www.ashp.org/-/media/assets/pharmacy-informaticist/docs/sopit-bp-telepharmacy-statement.ashx>
- Alexander E, Butler CD, Darr A, Jenkins MT, Long RD, Shipman CJ, *et al.* ASHP Statement on telepharmacy. *Am J Health Syst Pharm* 2017;74(9):e236-e41.
- <http://dx.doi.org/10.2146/ajhp170039>

- Tong E, Collins J, Firman P, Jovanovic M, Edwards A, Olding S, *et al.* Standard of practice in general medicine for pharmacy services. *J Pharm Pract Res* 2020;50(4):356-65.
<https://doi.org/10.1002/jppr.1672>
- Elliott RA, Chan A, Godbole G, Hendrix I, Pont LG, Sfetcopoulos D, *et al.* Standard of practice in geriatric medicine for pharmacy services. *J Fam Pract Res* 2020;50(1):82-97.
<https://doi.org/10.1002/jppr.1636>
- Freeman CR, Peel NM, Watts JN, Gae-Atefi TA, Hubbard RE, Caffery LG, *et al.* Development of a protocol for telehealth residential medication management reviews to enable collaboration of pharmacists and geriatricians. *J Pharma Pract Res* 2017;47(2):153-7.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1002/jppr.1335>
- Lowry SJ, Kay CN, Marsom EN, Park JS, Poole S. Optimising health outcomes via pharmacist delivered telehealth medicines management: a systematic review. *J Pharma Pract Res* 2020;50(5):377-90.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1002/jppr.1695>
- Kimber MB, Peterson GM. Telepharmacy—enabling technology to provide quality. *J Pharma Pract Res* 2006;36(2):128-33.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1002/j.2055-2335.2006.tb00588.x>

Données de la littérature

Trois documents d'intérêt ont été sélectionnés. Leur contenu est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 6 : références bibliographiques sélectionnées pour la profession de pharmacien

Auteur, Pays, année « Intitulé »	Contenu des recommandations
<p><i>American college of clinical pharmacy ACCP</i> États-Unis d'Amérique – 2019 « <i>Providing Comprehensive Medication Management in Telehealth</i> » (8)</p>	<p>Objectif Recommandations pour les pharmaciens, spécialisés en pharmacie clinique, qui réalisent le suivi médicamenteux des patients par télésoin, au sein d'une équipe de soin pluriprofessionnelle.</p> <p>Le télésoin facilite l'accès aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> – dans les zones sous-dotées ; – pour les patients à risque nécessitant un suivi fréquent. <p>Qualifications des pharmaciens cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> – avoir les compétences pour la pharmacie clinique ; – être formé à l'utilisation des technologies et savoir communiquer avec ces outils ; – connaître les réglementations de la télésanté. <p>Déroulé du télésoin</p> <p>Mêmes exigences pour le télésoin qu'en présentiel : assurer la sécurité du patient, respecter sa vie privée, protéger la relation patient-pharmacien, améliorer la communication et la coordination des soins.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Communication patient-pharmacien : <ul style="list-style-type: none"> • communication claire (par téléphone ou vidéo) ; • patients dans des locaux permettant d'assurer la confidentialité des échanges et le respect de la vie privée ; • si des personnes sont présentes auprès du patient, ce dernier doit en avoir été informé et avoir donné son accord ; • en vidéo, la caméra est bien placée (visage visible, contact visuel possible), et la luminosité doit être correcte. <p>Télésoin synchrone préféré au télésoin asynchrone (ex. : envoi de SMS ou e-mails au patient) pour un meilleur suivi du patient qui peut être interrogé directement (observance, éventuels effets indésirables, etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Évaluation du patient et de son traitement médicamenteux : <ul style="list-style-type: none"> • le patient doit avoir été informé (technologie, mode de transmission, niveau de sécurité, partage avec autres membres de l'équipe de soins, limites liées à la distance, e-prescription, contact en urgence, visites de suivi) ; • le patient doit donner son consentement pour le télésoin (archivé dans son dossier ; lui donner une copie) ; • le pharmacien doit avoir accès au dossier du patient. <p>Télésurveillance possible si le patient est équipé d'un dispositif médical connecté (transmission automatique ou saisie manuelle) et s'il le souhaite.</p>

Auteur, Pays, année « Intitulé »	Contenu des recommandations
	<p>Mise en place du plan de soin</p> <p>En collaboration avec l'équipe soignante et le patient (et ses aidants), le pharmacien propose une optimisation du traitement médicamenteux et prodigue les conseils au patient (éducation thérapeutique) et/ou à ses aidants, via vidéotransmission.</p> <p>Les professionnels de santé doivent communiquer et partager des données via le dossier médical du patient, y compris avec les membres de l'équipe de soins primaires, même s'ils sont dans différents établissements.</p> <p>Mettre en place la protection des données du patient (accès aux données, cryptage).</p> <p>Se former à la protection des données.</p> <p>Analyse de risques sur le traitement des données (mettre en place les mesures de protection).</p> <p>Le patient doit avoir accès aux données pour faciliter l'entretien.</p> <p>Le matériel éducatif pour répondre aux questions que le patient a posé pendant l'entretien doit lui être envoyé par e-mail sécurisé.</p> <p>Suivi du patient</p> <p>En accord avec les autres membres de l'équipe soignante, le pharmacien propose des visites de suivi au patient. L'utilisation des technologies permet un suivi à distance plus fréquent qu'en présentiel.</p> <p>Si le patient utilise un dispositif médical connecté et qu'une valeur anormale est détectée, une notification est transmise au professionnel préalablement désigné.</p> <p>Si le suivi à distance n'est plus adapté, proposer un rendez-vous en présentiel au patient.</p> <p>Si le plan de soins est modifié, la modification est tracée dans le dossier.</p> <p>Documentation</p> <ul style="list-style-type: none"> – partage des données avec le patient et avec les membres de l'équipe de soin prenant en charge le patient pour faciliter la coordination des soins ; – l'utilisation d'un dossier médical partagé facilite la continuité des soins ; – tracer les interactions entre professionnels ; – préciser la façon d'enregistrer les données de santé ; – enregistrer les données issues d'un dispositif médical de télésurveillance ; – standardiser le dossier médical partagé (formaliser les données médicales et pharmaceutiques à enregistrer) ; assurer l'homogénéité des saisies ; – interopérabilité des systèmes d'information ; – toutes les rencontres patient-pharmacien sont tracées avec CR : temps d'entretien, traitement médicamenteux du patient, historique du traitement, problèmes éventuels et leur évaluation, plan de soins pour optimiser le traitement médicamenteux.

Auteur, Pays, année « Intitulé »	Contenu des recommandations
	<p>Collaboration entre professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> – pratique collaborative (travail en équipe) pour fournir des soins coordonnés au patient ; – la technologie permet à l'équipe soignante d'avoir plus d'interaction au sein de l'équipe et avec le patient, et de mieux se coordonner ; – le patient doit être en mesure de choisir ses professionnels de santé, et l'information concernant son traitement médicamenteux sera partagée avec les professionnels qu'il aura choisis, notamment via le dossier patient (partage d'information au sein de l'équipe de soins) ; – écrire les protocoles lors du travail en équipe (se mettre d'accord) ; – mettre en place les procédures, en cas de nécessité de voir le patient en présentiel rapidement. <p>Formation et compétences</p> <ul style="list-style-type: none"> – formation initiale et continue ; – compétences pharmaceutiques + utilisation des nouvelles technologies. <p>Professionalisme et éthique</p> <ul style="list-style-type: none"> – établir une relation de confiance avec le patient ; – faciliter l'accès aux soins des patients y compris en institutions et en prisons ; – prendre en compte les risques technologiques (protection des données). <p>Conclusion</p> <p>Le télésoin permet aux patients de bénéficier d'un suivi médicamenteux par le pharmacien, notamment pour les patients qui ne pourraient pas y accéder pour des raisons géographiques, financières ou logistiques. Des rencontres en présentiel peuvent être nécessaires (pour le bilan initial ou en cas de panne d'équipement).</p>
<p>Canadian Society of Hospital Pharmacists Canada – 2018 « Telepharmacy guidelines » (9)</p>	<p>Méthode : Recommandations élaborées par des membres de la société canadienne de pharmaciens hospitaliers ayant une expérience dans la télépharmacie. Ces recommandations sont basées sur un consensus.</p> <p>Définition : télépharmacie = utilisation des technologies de l'information et de la communication pour délivrer des services pharmaceutiques de qualité à distance.</p> <p>Quatre domaines d'application de la télésanté (et de la télépharmacie) : vidéo synchrone ; partage asynchrone de données de santé ; surveillance du patient à distance ; dispositifs médicaux connectés.</p> <p>Le champ de la télépharmacie est aussi large que la technologie le permet et que la réglementation l'autorise.</p> <p>1. Cible</p> <p>Recommandations destinées aux personnels pharmaceutiques au sein d'établissements de santé.</p>

Auteur, Pays, année « Intitulé »	Contenu des recommandations
	<p>Avant de mettre en place le télésoin, les exigences réglementaires doivent être respectées, et l'établissement doit s'assurer que les prérequis sont respectés. Le document fournit une check-list avec les critères à vérifier en amont (ex. : personnel habilité et formé, procédures en place pour assurer la sécurité, etc.).</p> <p>2. Décision de mettre en place la télépharmacie</p> <p>La décision résulte d'un accord entre le management de l'établissement et le management de la pharmacie sur la base d'études menées en amont (analyse des besoins de soins, bénéfices attendus, étude coûts-bénéfices, analyse de risque, étude des effets sur l'établissement à court et long termes, etc.). La décision de mettre en place le télésoin pharmaceutique dans l'établissement est documentée.</p> <p>3. Personnel</p> <p>Personnel formé et compétent pour : communication, technologies utilisées, réalisation du télésoin, respect de la confidentialité et de la sécurité des données de santé, traçabilité de l'acte et archivage des données.</p> <p>Désigner les responsabilités des différentes personnes.</p> <p>4. Procédures</p> <p>Mettre en place les procédures concernant : confidentialité et sécurité ; documentation ; maintenance de l'équipement ; transmission des données patient ; communication avec les autres professionnels de santé ; communication avec les patients (focus sur leur consentement et leur engagement) ; continuité des soins.</p> <p>5. Locaux</p> <p>Locaux respectant la confidentialité des échanges et la sécurité du patient et du soignant.</p> <p>6. Technologie</p> <ul style="list-style-type: none"> – toutes les technologies mises en œuvre respectent : la législation, les bonnes pratiques professionnelles, les procédures de l'établissement ; – protéger les équipements informatiques (protection contre perte ou vol de données, intrusion dans le système, etc.) ; – le matériel est inspecté et une maintenance est mise en place (procédures d'entretien, de maintenance, de remplacement avec personnes responsables). <p>7. Gestion de la capacité</p> <ul style="list-style-type: none"> – s'assurer que les services mis en place répondant à la demande des patients de façon efficace et respectent la qualité des soins et la sécurité du patient. Se baser sur un plan de gestion de risques (anticiper les risques de ruptures de service à distance) ; – prévoir les procédures pour un fonctionnement en mode dégradé.

Auteur, Pays, année « Intitulé »	Contenu des recommandations
	<p>8. Qualité</p> <p>Mettre en place un système de management de la qualité (système d'assurance qualité, évaluation, indicateurs de qualité, mise en place d'améliorations).</p> <p>9. Implémentation</p> <p>La construction et la mise en place du projet reposent sur une équipe pluridisciplinaire (personnel du service informatique, délégué à la protection des données, professionnels de santé i.e. pharmaciens, médecins, infirmiers)</p>
<p><i>General Pharmaceutical Council</i></p> <p>Angleterre, Écosse, Pays de Galles – 2019</p> <p>« <i>Guidance for registered pharmacies providing pharmacy services at a distance, including on the internet</i> »</p> <p>(12)</p>	<p>Ce guide propose aux pharmaciens une liste de critères à prendre en considération avant de décider de proposer ou non une délivrance/dispensation des médicaments et dispositifs médicaux à distance (à la place des services en présentiel) dans le respect de la sécurité.</p> <p>La réglementation en vigueur doit être respectée : délivrance/dispensation des médicaments ; règles de publicité ; information des usagers sur les services en ligne ; protection des données.</p> <p>Le respect des 5 principes ci-dessous a pour but de préserver la santé, la sécurité et le bien-être des patients et du public :</p> <p>Principe 1 : mettre en place la gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> – analyse des risques : analyser toutes les activités de l'organisation pour identifier les risques et les prévenir ; – audit régulier : suivre et auditer, à intervalles réguliers, la sécurité et la qualité des services pharmaceutiques ; puis mettre en place les actions correctrices ; – définir les responsabilités des différents collaborateurs ; – tracer les informations ; déterminer les données à enregistrer dans les dossiers. <p>Principe 2 : personnel habilité, formé et compétent</p> <p>Principe 3 : locaux adaptés et site internet sécurisé (dans le cas de la vente à distance)</p> <p>Principe 4 : organisation des services pharmaceutiques à distance</p> <ul style="list-style-type: none"> – donner les informations au patient afin qu'il puisse prendre une décision éclairée (transparence) ; – favoriser le bon usage du médicament (attention particulière sur certaines classes de médicaments ayant une réglementation particulière) ; – s'assurer de la sécurité de la livraison ; – donner les informations de contact aux usagers. <p>Principe 5 : équipement et matériel pour le télésoin respectant les règles de sécurité</p> <p>Maintenance prévue, plan de continuité d'activité en cas de dysfonctionnement.</p>

6. Infirmiers

Définition de la profession

La profession d'infirmier est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre I : profession d'infirmier et d'infirmière).

Article L. 4311-1 du CSP

Est considérée comme exerçant la **profession d'infirmière ou d'infirmier** toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu.

L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.

L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé.

L'infirmière ou l'infirmier est autorisé à renouveler les prescriptions, datant de moins d'un an, de médicaments contraceptifs oraux, sauf s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, pour une durée maximale de six mois, non renouvelable. Cette disposition est également applicable aux infirmières et infirmiers exerçant dans les établissements mentionnés au troisième alinéa du I de l'article [L. 5134-1](#) et dans les services mentionnés au premier alinéa de l'article [L. 2112-1](#) et à l'article [L. 2311-4](#).

Dans un protocole inscrit dans le cadre d'un exercice coordonné tel que prévu aux articles L. 1411-11-1, L. 1434-12, L. 6323-1 et L. 6323-3, et dans des conditions prévues par décret, l'infirmier ou l'infirmière est autorisé à adapter la posologie de certains traitements pour une pathologie donnée. La liste de ces pathologies et de ces traitements est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé pris après avis de la Haute Autorité de santé. Cette adaptation ne peut avoir lieu que sur la base des résultats d'analyses de biologie médicale, sauf en cas d'indication contraire du médecin, et sous réserve d'une information du médecin traitant désigné par le patient.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient.

L'infirmier ou l'infirmière peut prescrire des substituts nicotiques, des solutions et produits anti-septiques ainsi que du sérum physiologique à prescription médicale facultative.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des infirmiers sont décrits au Code de la santé publique. Ils sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 7 : actes professionnels des infirmiers

Référence article	Texte
Article R. 4311-1 du CSP	<p>L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.</p> <p>Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.</p> <p>Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.</p>
Article R. 4311-2 du CSP	<p>Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :</p> <p>1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familiale ou sociale ;</p> <p>2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;</p> <p>3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;</p> <p>4° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;</p> <p>5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.</p>
Article R. 4311-3 du CSP	<p>Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.</p> <p>Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.</p>
Article R. 4311-4 du CSP	<p>Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.</p>

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5° Vérification de leur prise ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19° Recueil des observations de toute nature, susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22° Prévention et soins d'escarres ;
- 23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25° Toilette périnéale ;
- 26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29° Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
- 30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;

- 33° Pose de timbres tuberculiques et lecture ;
- 34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
- 39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b) sang : glycémie, acétonémie ;
- 40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;
- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-5-1 du CSP	<p>L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal dans les conditions définies à l'article R. 4311-3 et conformément au résumé des caractéristiques du produit annexé à l'autorisation de mise sur le marché du vaccin injecté, sur certaines personnes dont les conditions d'âge et les pathologies dont elles peuvent souffrir sont précisées par arrêté du ministre chargé de la Santé.</p> <p>L'infirmier ou l'infirmière indique dans le dossier de soins infirmiers l'identité du patient, la date de réalisation du vaccin ainsi que le numéro de lot du vaccin lors de l'injection. Il ou elle déclare au centre de pharmacovigilance les effets indésirables portés à sa connaissance susceptibles d'être dus au vaccin.</p>
Article R. 4311-6 du CSP	<p>Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ; 2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ; 3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ; 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.
Article R. 4311-7 du CSP	<p>L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ; 2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ; 3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ; 4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) de produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;

b) de produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte-rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ;

7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;

9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;

11° Pose de bandages de contention ;

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;

13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;

16° Instillation intra-urétrale ;

17° Injection vaginale ;

18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;

19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;

20° Soins et surveillance d'une plastie ;

21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;

22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;

23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;

24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;

25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;

26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;

27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;

28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;

29° Mesure de la pression veineuse centrale ;

30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;

31° Pose d'une sonde à oxygène ;

32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;

	<p>33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;</p> <p>34° Saignées ;</p> <p>35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;</p> <p>36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;</p> <p>37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;</p> <p>38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;</p> <p>39° Recueil aseptique des urines ;</p> <p>40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;</p> <p>41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;</p> <p>42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;</p> <p>43° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.</p>
<p>Article R. 4311-8 du CSP</p>	<p>L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.</p>
<p>Article R. 4311-9 du CSP</p>	<p>L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :</p> <p>1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;</p> <p>2° Injections de médicaments à de fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;</p> <p>3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;</p> <p>4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;</p> <p>5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;</p> <p>6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;</p> <p>7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;</p> <p>8° Soins et surveillance des personnes, en post-opératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;</p> <p>9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;</p> <p>10° Cures de sevrage et de sommeil.</p>
<p>Article R. 4311-10 du CSP</p>	<p>L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes :</p> <p>1° Première injection d'une série d'allergènes ;</p> <p>2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;</p> <p>3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électro-encéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;</p> <p>4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;</p> <p>5° Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;</p>

- 6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
- 7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- 8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- 9° Transports sanitaires :
 - a) transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
 - b) transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- 10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

[Article R. 4311-13 du CSP](#)

- Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :
- 1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
 - 2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
 - 3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
 - 4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
 - 5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ l'Ordre national des infirmiers (ONI), le 15 octobre 2019 ;
- ➔ le Collège infirmier français (CIF), le 17 mars 2020 (conférence téléphonique).

Le Collège infirmier français a transmis un diaporama (élaboré par le GHT des Pyrénées ariégeoises) proposant des axes de réflexion sur le télésoin dans la profession d'infirmier.

Présentation de la profession

La mise en place de l'Ordre national des infirmiers est en cours. Elle est rendue complexe par la taille de la profession (700 000 professionnels) et son historique (reconnaissance par les syndicats représentatifs : Fédération nationale des infirmiers, la convergence infirmière et le syndicat national des infirmiers libéraux). À ce jour, 340 000 infirmiers sont inscrits à l'Ordre dont 220 000 salariés et 110 000 libéraux. L'Ordre est structuré en trois niveaux : national, régional et départemental.

La profession doit intégrer le répertoire partagé des professionnels de santé et disposer d'une carte de professionnel de santé en 2020.

La formation d'infirmier diplômé d'État a lieu sur trois ans avec le grade de licence (+ infirmiers anesthésistes diplômés d'État [IADE]), infirmiers de bloc opératoire diplômé d'État (IBODE), puéricultrice et cadre de santé) avec 35 000 places pour 100 000 demandes. Les premiers infirmiers en pratique avancée (IPA) ont été diplômés cette année à l'issue d'une formation complémentaire de deux ans.

La rémunération de la profession est à l'acte. Depuis 2019, elle peut intégrer une rémunération au forfait.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Le Collège infirmier français exprime une volonté forte de développer le télésoin, particulièrement :

- dans les Ehpad ;
- pour le suivi des patients chroniques.

Le télésoin en zone rurale permettra de limiter les déplacements des infirmiers diplômés d'État et permettra de consacrer plus de temps au patient.

Le Collège infirmier français identifie des freins à son développement : techniques, liés au financement des équipements, à la formation initiale et continue qui doivent permettre de développer cette compétence, besoin de recommandations, d'éclairage éthique et déontologique, etc.

Le télésoin doit respecter le code de déontologie, qui notifie les principes à intégrer dans la pratique du télésoin : les principes fondamentaux qui régissent la profession, la protection des intérêts de la profession, les règles communes et les types d'exercice, la responsabilité infirmière, l'intérêt du patient.

La profession dispose d'un référentiel d'activités qui permet d'identifier les activités qui pourraient être réalisées en télésoin : surveillance, promotion de la santé, prévention qui semblent tout à fait adaptées au télésoin. Le service [Sophia](#), qui propose un accompagnement par téléphone, est cité à titre d'exemple.

Parmi les activités listées dans l'article R. 4311-5 et R. 4311-6 (rôle propre infirmier) peuvent relever du télésoin (cf. Tableau 7 : actes professionnels des infirmiers) :

Article R. 4311-5 :

- 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 19° Recueil des observations de toute nature, susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 41° Aide et soutien psychologique ;

- 42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-5 :

- 4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Rôle prescrit infirmier et surveillances dans la pratique du télésoin :

Parmi les activités listées dans l'article R. 4311-7 (rôle prescrit infirmier) peuvent relever du télésoin (cf. Tableau 7 : actes professionnels des infirmiers) :

- 9° surveillance de pansements spécifiques ;
- 20° surveillance d'une plastie ;
- 22° surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé ;
- 32° surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie ;
- 41° surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42° entretien individuel.

Au regard des actes et activités énoncés dans le cadre du rôle propre infirmier, le Collège infirmier français considère que la pratique du télésoin requiert la mobilisation des 10 compétences IDE (arrêté du 31 juillet 2009 relatif au DEI, annexe II).

- 1. Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier ;
- 2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers ;
- 3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens ;
- 4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique ;
- 5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs ;
- 6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins ;
- 7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle ;
- 8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques ;
- 9. Organiser et coordonner des interventions soignantes ;
- 10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation.

Télésoin et exercice infirmier en pratique avancée :

D'après le Collège infirmier français, les domaines d'intervention en pratique avancée peuvent notamment comporter les activités suivantes (Article R. 4301-3 du CSP) et s'intégrer dans une pratique de télésoin

- a) des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- b) des actes d'évaluation et de conclusion cliniques, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique.

L'Ordre national des infirmiers considère que :

- il y a une vraie place pour les infirmiers dans le télésoin ;

- la primo-consultation en présentiel n'est pas pertinente, car la majorité des patients sont difficilement transportables ;
- le télésoin est adapté aux métiers de la prévention, de la protection et de l'éducation (en PMI, en milieu scolaire, au travail, etc.) où des rencontres à distance pourraient être organisées avec les familles, les enfants, etc. ;
- l'éducation thérapeutique peut être réalisée à distance ;
- le télésoin pourrait permettre de réaliser des diagnostics à distance pour de petites urgences (suture de plaies, etc.) ;
- les professionnels devraient pouvoir solliciter un avis à distance entre eux (à l'instar d'une TLE entre médecins).

L'Ordre national des infirmiers observe néanmoins que :

- les zones rurales sont encore beaucoup touchées par la fracture numérique ;
- la présence d'un accompagnement (professionnel de santé et entourage) restera nécessaire dans la plupart des cas.

En référence à la description des actes professionnels ci-avant, le Collège infirmier français considère que le décret d'actes et d'exercice infirmier est le décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 (relatif aux parties IV et V [dispositions réglementaires]) du Code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code – livre III – titre I : profession d'infirmier ou d'infirmière – chapitre I : exercice de la profession – section 1 : actes professionnels) notifie la spécificité du rôle infirmier et permet d'identifier la spécificité du rôle infirmier relative à la pratique à mobiliser dans un contexte de télésoin.

Au regard de l'article R. 4311-1, les fondements de la pratique sont « l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques, et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ».

L'article R. 4311-2 précise également que : « Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle. »

Au niveau du rôle propre infirmier, l'article R. 4311-3 stipule que « relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue... ».

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

L'analyse d'urine, les prélèvements, la réfection de pansements ne peuvent pas être réalisés à distance.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Le Collège infirmier français propose un ensemble de recommandations pour la mise en œuvre du télésoin :

- définir les modalités et critères d'inclusion et d'exclusion des patients dans le cadre de la pratique du télésoin des infirmiers ;
- déterminer un contexte technique de base pour mettre en place le télésoin de façon fiable et sécuritaire (protection, sécurité et confidentialité des données, fiabilité des transmissions et du stockage des données) ;
- assurer la fiabilité de l'authentification des professionnels et des patients ;
- définir les modalités de recueil et de traçabilité et de conservation du consentement des patients et des comptes-rendus ;
- intégrer la pratique du télésoin dans la formation initiale des infirmiers ;
- déterminer des critères d'évaluation de la qualité de la pratique du télésoin.

La vidéo-transmission est importante, voire nécessaire pour assurer la qualité de la communication. L'absence de vision du patient pourrait nuire au recueil de données cliniques sur le patient, et donc à la qualité de la prise en charge.

Le Collège infirmier français évoque le besoin de prendre et de transmettre des photos, des automesures par le patient (tension) avec, dans ce cas, le besoin de voir le patient effectuer ces mesures.

Il y aurait un champ énorme pour le télésoin en psychiatrie.

Les infirmiers disposent de logiciels métier et ont l'obligation de tenir un dossier de soins infirmiers pour chaque patient.

Ils disposent d'un accès au dossier médical partagé en lecture/écriture et sont rémunérés par l'Assurance maladie (1 euro par dossier médical partagé ouvert) pour contribuer à son déploiement.

L'Ordre national des infirmiers espère que le télésoin contribuera au déploiement des usages des messageries sécurisées de santé et du dossier médical partagé.

Données de la littérature

Des recommandations à destination des professionnels publiées en Australie et au Canada ont été identifiées. Le contenu des recommandations est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 8 : références bibliographiques sélectionnées pour la profession d’infirmier

Auteur, Pays, année « Intitulé »	Contenu des recommandations
<p><i>Australian Nursing Federation</i> Australie – 2013 « <i>Telehealth standards : registered nurses</i> » (6)</p>	<p>Ce document s’inscrit dans un projet national de développement de la télésanté en Australie. Les travaux menés visent à développer la pratique des infirmières à distance grâce aux technologies de l’information et de la communication, p. ex. : téléphone, ordinateur, vidéo-transmission, connexion directe à des instruments, transmission d’images.</p> <p>Différents types de pratiques liées à la e-santé</p> <ul style="list-style-type: none"> – « <i>teletriage</i> » : par téléphone (algorithmes pour aider à la réponse) ; – « <i>telenursing</i> » : soins à distance ; – « <i>on-line video-consultation</i> » : 2 cas : l’infirmier peut être auprès du patient qui consulte un médecin à distance ; l’infirmier assure un suivi à distance du patient (plaies, maladies chroniques, p. ex. : diabète, asthme, etc.). <p>Communication</p> <p>Des compétences d’écoute active du patient sont essentielles pour obtenir et analyser l’information pertinente afin d’assister au mieux le patient et de répondre à ses besoins. Il est nécessaire d’utiliser son jugement professionnel et de continuer à interroger le patient jusqu’à obtenir l’information nécessaire (au-delà des algorithmes qui pourraient être proposés en support de décision au professionnel).</p> <p>Au téléphone, être attentif aux intonations de la voix du patient qui peuvent traduire le stress ou l’incompréhension (comportement non verbal non visible au téléphone).</p> <p>Utiliser une voix calme et douce au téléphone + contact visuel en vidéo.</p> <p>Technologie</p> <p>Savoir utiliser l’équipement utilisé en TLM, y compris matériel de surveillance du patient à distance.</p> <p>Savoir guider les patients à l’utilisation du matériel.</p> <p>Consentement</p> <p>Consentement (oral ou écrit) aux soins et à la transmission d’informations doit être obtenu de la part du patient avant tout acte de TLM. L’obtention du consentement est un processus qui permet de s’assurer que le patient a été informé de ses droits quant aux informations qu’il donnera et qui seront partagées avec d’autres professionnels ou organisations.</p> <p>Respect de la vie privée et de la confidentialité</p> <p>Respect de la réglementation en vigueur (textes australiens cités). Un système protégeant la vie privée et la confidentialité de la personne soignée doit être mis en place.</p> <p>Un tableau récapitulatif en fin de document liste toutes les recommandations (à chaque fois des points de vigilance pour la pratique professionnelle sont mentionnés) :</p>

- respect de la réglementation ;
- respect des règles et de l'éthique professionnelles ;
- pratique fondée sur les preuves ;
- participer à la formation continue ;
- évaluer la situation du patient de façon complète et systématique ;
- établir un plan de soins ;
- faire le soin (efficacité, sécurité) ;
- évaluer la pratique (résultats observés au regard des résultats attendus) ;
- collaborer avec les autres professionnels.

Australian Nursing Federation

Australie – 2013

« *Guidelines for telehealth on-line video. Consultation funded through medicare for registered nurses, enrolled nurses, nurse practitioners, registered midwives and eligible midwives* »

(7)

Ces recommandations sont destinées aux infirmiers (et sages-femmes) réalisant des soins à distance par vidéo-transmission (le document parle de « vidéo-consultations en ligne »).

1. Éligibilité du patient (« right person »)

Les infirmiers doivent déterminer au mieux, et dans le cadre de leur champ de compétences, s'il est approprié de proposer des soins au patient via une vidéo-consultation.

- Aspects cliniques

État clinique

Une vidéo-consultation peut être appropriée dans les situations suivantes : personne immunodéprimée ou nouveau-né (éviter les salles d'attente) ; personne se déplaçant difficilement ; personnes en soins palliatifs ou en fin de vie (souhaitant rester au domicile) ; personnes souhaitant garder une certaine autonomie et « se gérer » par rapport à sa maladie (ex. : maladies chroniques) ; personnes ayant des maladies mentales et nécessitant des soins pour permettre de vivre en indépendance, etc.

État physique

La nécessité d'examen clinique exclut le patient de la possibilité de recourir à la vidéo-consultation.

Les facteurs suivants doivent être également pris en compte (n'excluent pas nécessairement le recours à la vidéo-consultation) : état cognitif, problème de vue ou d'audition, dextérité, capacité à suivre des instructions, capacité à donner son consentement, capacité à utiliser les moyens technologiques.

Capacités de communication

La vidéo-consultation requiert les capacités de communiquer à distance via des technologies, il faut donc prendre en compte tout facteur physique, psychosocial, mental, émotionnel ou culturel qui pourrait impacter sur l'efficacité de la vidéo-consultation.

- Aspects psychosociaux

Anxiété

Se rendre en consultation peut être une source d'anxiété pour le patient, qui préférera une vidéo-consultation pour rester dans son environnement habituel.

Connaissance des technologies

Déterminer si le patient est à l'aise avec l'utilisation du matériel de vidéo-consultation.

Situation socio-économique

Prendre en compte la situation personnelle du patient : la télémédecine peut lui éviter des dépenses (déplacement, garde d'enfant, perte de salaire, etc.).

2. Sécurité et qualité (« right safety and quality »)

Respecter un cadre pour assurer la qualité des vidéo-consultations

– Gouvernance

Les structures proposant la vidéo-consultation doivent : disposer d'un plan stratégique, établir des règlements et procédures en lien avec le plan stratégique, établir des partenariats collaboratifs, proposer une formation aux techniques de communication pour les professionnels de santé avant leur première vidéo-consultation, prévoir une procédure en mode dégradé pour prendre en charge le patient en cas de problème technique.

– Sécurité

Avant de débiter la vidéo-consultation, l'infirmier doit vérifier que la prise en charge par vidéo-consultation est au moins équivalente à une prise en charge en présentiel (pas de perte de chance pour le patient) ; dans le cas contraire, une prise en charge adaptée doit être proposée au patient.

– Respect de la culture

Respecter l'héritage culturel du patient, ses croyances, et ses préférences de soins.

– Responsabilité

Les professionnels de santé doivent avoir une assurance professionnelle qui couvre l'activité de vidéo-consultation. Ils sont responsables de la pratique professionnelle qu'ils effectuent quel que soit le lieu de réalisation des actes (en présentiel ou à distance).

– Vie privée et confidentialité

– Respecter la réglementation en vigueur pour la protection des données personnelles

Mettre en place les mesures de sécurité et utiliser des outils sécurisés, ex. : sécurité du site internet, protection de l'accès aux locaux, utiliser des logiciels sécurisés pour le stockage, travailler dans des locaux adaptés (« sound-proof »), déterminer les propriétaires des dossiers patients, consentement pour obtenir, utiliser, divulguer et transmettre l'information.

Si des outils de communication grand public sont utilisés, informer le patient des risques supplémentaires associés à ces outils.

Être vigilant sur le lieu de réalisation de la vidéo-consultation : la discussion ne doit pas être entendue par des personnes se trouvant à proximité.

– Consentement

Informer le patient sur les soins et sur les aspects liés au traitement des données et recueillir son consentement. La liste des points à exposer au patient est détaillée :

– nom, profession, organisation/localisation de tous les professionnels de santé réalisant ou participant à la vidéo-consultation ;

- participants ;
- déroulé de la vidéo-consultation ;
- fonctionnement des technologies utilisées (y compris une application spécifique qui serait utilisée) ;
- risques et bénéfices ;
- procédure à suivre en cas de problème technologique et au cas où la prise en charge à distance se révélerait inappropriée ;
- documentation fournie, liée au soin à distance ou à une assistance ;
- mesures de protection pour la sécurité, le respect de la vie privée, et la confidentialité de l'information ;
- professionnels de santé responsables de la suite de la prise en charge ;
- le droit de la personne de retirer son consentement ou sa participation à tout moment.

Le consentement peut être oral ou écrit (à privilégier).

La vidéo-consultation ne doit pas être enregistrée. Si son enregistrement était indispensable à la prise en charge du patient, le consentement écrit du patient sur ce point doit être recueilli.

Le patient doit être informé du reste à charge, le cas échéant.

- Documentation

Enregistrer en temps réel toutes les informations liées au soin à distance (participants notamment) dans des dossiers électroniques ou des dossiers « papier », conformément aux procédures de l'organisation.

Si plusieurs professionnels de santé sont intervenus, chacun doit enregistrer ses informations. Les données nécessaires pour le suivi sont échangées.

Définir les responsabilités de chacun pour l'enregistrement et l'accès aux données.

Définir clairement le rôle de chacun dans la suite de la prise en charge du patient.

- Évaluation

Évaluer l'efficacité de la vidéo-consultation : précision du diagnostic, validation des diagnostics, pertinence des soins réalisés, information délivrée, demandes d'avis ou réorientation du patient réalisés, sécurité du patient, acceptabilité, expérience du patient et du professionnel, satisfaction et revue des incidents, morbidités et évolutions négatives.

3. Compétences (« *right skills* »)

- compétences cliniques ;
- connaissances ;
- utilisation de la technologie en accord avec le standard de soin à délivrer ;
- communication ;
- accompagnement du patient.

4. Équipement (« *right equipment* »)

- respect de la sécurité des données ;
- bonne connexion internet ;
- choix des logiciels et de l'équipement ;

- utiliser des systèmes interopérables.

Nova Scotia College of Nursing

Canada – 2019

« Practice guidelines for nurses. Telenursing »

(13)

Téléssoin

Définition du téléssoin : soin infirmier délivré à distance via les technologies de l'information et de la communication.

Intérêt du téléssoin : améliorer l'accès aux soins.

Ces recommandations de bonnes pratiques sont destinées aux infirmiers exerçant selon différents modes : infirmiers, auxiliaires d'infirmier et infirmier en pratique avancée.

Pratique professionnelle

Rappel des rôles et responsabilités respectifs des infirmiers, auxiliaires d'infirmier et infirmiers en pratique avancée.

Tous les infirmiers sont engagés dans les missions suivantes : informer, collaborer avec les autres professionnels de santé, éduquer et soutenir.

En téléssoin comme en présentiel, les professionnels respectent les standards de pratique, l'éthique et toute autre réglementation qui s'appliquent, dans le respect de son champ d'exercice individuel.

Compétences

Les infirmiers utilisent leurs connaissances, leurs compétences et leur jugement pour :

- évaluer la situation du patient ;
- mettre en place le plan de soins en collaboration avec le patient ;
- mettre en œuvre les interventions de soins ;
- évaluer le soin.

Les infirmiers doivent savoir évaluer si le téléssoin est toujours approprié à la situation du patient ou si un soin en présentiel est nécessaire.

Lorsqu'ils exercent en téléssoin, les infirmiers doivent posséder des compétences supplémentaires :

- formation du patient ;
- communication ;
- conseil ;
- compétences pour les relations interpersonnelles ;
- utilisation des technologies.

Les professionnels doivent évaluer leurs compétences et se former si des besoins de formation sont identifiés.

Gestion des risques

Le téléssoin peut être une pratique à risque, car elle ne permet pas un contact avec les patients comme en présentiel. Il faut définir les responsabilités, la fiche de poste et les procédures liées à la pratique du téléssoin.

L'analyse des risques et la politique de mise en œuvre du téléssoin doivent être documentées. Liste (non exhaustive) de points à considérer : le téléssoin répond-il aux besoins des patients ? Choix de la technologie, comment mettre en œuvre le soin lorsque le téléssoin n'est plus adapté ? Procédure à mettre en œuvre en cas de panne technique, consentement du patient, confidentialité des données,

comment se comporter face à une caméra ? Comment prescrire les examens et/ou les traitements pharmacologiques ou non pharmacologiques ? etc.

Analyse du contexte

Analyser l'objectif/le contexte du soin pour décider si le télésoin est approprié : première visite, visite de suivi, visite suite à l'orientation par un autre professionnel.

Prendre en compte la possibilité d'accès aux données du patient et la nécessité d'un contact direct avec le patient pour évaluer sa situation.

Le télésoin ne peut pas se substituer à un soin en présentiel, lorsque ce dernier est jugé nécessaire.

Si le télésoin n'est pas approprié ou si le télésoin doit être interrompu, un rendez-vous en présentiel doit être organisé par le professionnel.

Consentement éclairé

Nécessaire avant tout soin infirmier (comme pour le soin en présentiel).

Confidentialité

Assurer la sécurité et la confidentialité des informations, et le respect de la vie privée.

S'assurer que les technologies utilisées sont sûres.

Respecter les lois et règlements relatifs à la protection des données.

Relation patient-soignant

Elle est basée sur la confiance et le respect, prenant en compte la culture, langue, croyances, besoins psychosociaux et préférences du patient.

Documentation

Toutes les interactions patient-professionnel doivent être tracées.

Mettre en place les procédures pour l'exactitude des données saisies et une saisie homogène.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Canada – 2017

« Les télésoins. Directive professionnelle »

(15)

Introduction

Aider les infirmiers à comprendre les responsabilités liées à la prestation de soins via les technologies de l'information et de la communication.

Qu'entend-on par télésoins ?

Tous les soins et services infirmiers dont la prestation et la coordination à distance passent par les technologies de l'information et de la communication.

Ex. : répondre aux questions d'un patient sur des tests de laboratoire, donner des renseignements précis sur une maladie, organiser une vidéoconférence entre le patient et le soignant, donner des conseils en matière de santé, surveiller l'état de santé de patients à domicile, envoyer des images de lésion cutanée à un dermatologue, etc.

Dans l'exercice de ses fonctions, l'infirmier doit appliquer les principes énoncés ci-dessous.

Principe 1 : relation thérapeutique

En prodiguant des télésoins à un patient, l'infirmier crée une relation thérapeutique, fondée sur le respect et la confiance. Le professionnel fait appel à ses connaissances et compétences. Les soins sont prodigués de manière bienveillante et méthodique. La confidentialité des informations données par le patient est assurée.

La communication efficace est essentielle à l'établissement d'une relation thérapeutique (ex. : poser des questions ouvertes, éviter le jargon médical, être attentif au langage corporel, etc.)

Consulter d'autres professionnels ou orienter le patient vers eux lorsque les besoins dépassent le champ de compétences de l'infirmier.

Principe 2 : prestation de soins et tenue des dossiers

Télésoin :

- évaluer les besoins du patient ;
- élaborer un plan de soins adapté ;
- prodiguer des soins ;
- évaluer les soins prodigués.

Les données doivent être collectées puis consignées dans le dossier du patient, selon une méthode normalisée. Le compte rendu du télésoin comporte : date et heure de la rencontre ; nom des participants, nom du patient, motif de l'appel, informations données par le patient, conseils ou renseignements fournis par le professionnel, suivi nécessaire ou effectué, accord relatif au plan de soins, signature et titre.

Principe 3 : rôle et responsabilités de l'infirmier

L'infirmier vérifie qu'il possède les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour répondre aux besoins du patient. L'infirmier doit consulter les professionnels de santé qualifiés et le cas échéant : obtenir des conseils, de l'information ou de l'aide ; transférer certains aspects des soins ; transférer l'intégralité des soins.

L'infirmier doit également posséder des aptitudes poussées à la communication afin de collecter les informations nécessaires.

Principe 4 : consentement éclairé et protection des renseignements personnels

Obtenir le consentement éclairé des patients avant de les évaluer et de leur proposer un traitement : se présenter et préciser son titre ; expliquer la nature de l'aide que l'infirmier apportera ; expliquer au patient comment obtenir des renseignements supplémentaires.

Respecter la confidentialité des données personnelles de santé et la vie privée du patient.

Principe 5 : aspects déontologiques et juridiques

Le recours aux technologies de l'information et de la communication peut présenter des risques accrus pour l'infirmier. L'Ordre a publié une norme de « déontologie infirmière » à laquelle les professionnels peuvent se référer.

Principe 6 : compétences

Pour prodiguer des télésoins efficaces et conformes aux normes de sécurité et de déontologie, l'infirmier fait appel à ses compétences dans les domaines suivants : pensée critique, utilisation des données fondées sur l'expérience clinique, enseignement, consultation, communication, relations interpersonnelles et utilisation des appareils de communication.

L'acquisition des compétences se fait via la formation initiale et la formation continue.

Milieus de travail de qualité

Infirmiers et employeurs partagent la responsabilité de créer des milieux de travail propices à la mise en place d'une prestation de télésoins efficaces et conformes aux normes de sécurité et de déontologie.

Exemples d'actions à mettre en œuvre :

- rédiger les guides et protocoles fondés sur l'exercice clinique ;
- favoriser la personnalisation des soins ;
- embaucher suffisamment de personnel ;
- mettre en place un système d'examen de la qualité et mettre en œuvre les mesures correctrices nécessaires ;
- veiller à ce que les infirmiers disposent des ressources nécessaires pour prodiguer le télésoin ;
- élaborer une politique énonçant les attentes liées à la prestation de télésoin ;
- décrire les fiches de postes (rôles et responsabilités de chacun) ;
- planifier la charge de travail ;
- se doter d'équipements technologiques sûrs, fiables, modernes ;
- élaborer une trame pour aider à la collecte d'informations pendant le télésoin et à l'élaboration du compte-rendu ;
- mettre en place des processus efficaces de communication pour informer le personnel de tout problème nécessitant une réponse urgente, une consultation ou une orientation du patient ;
- proposer aux infirmiers des formations.

Le document propose des études de cas où elle décrit le rôle des infirmiers lors du télésoin.

7. Masseurs-kinésithérapeutes

Définition de la profession

La profession de masseur-kinésithérapeute est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre II : professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue).

Article L. 4321-1 du CSP

La **pratique de la masso-kinésithérapie** comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;

2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

Le masseur-kinésithérapeute exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité conformément au code de déontologie mentionné à l'article [L. 4321-21](#).

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect du code de déontologie précité.

La définition des actes professionnels de masso-kinésithérapie, dont les actes médicaux prescrits par un médecin, est précisée par un décret en Conseil d'État, après avis de l'Académie nationale de médecine.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, après avis de l'Académie nationale de médecine.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte-rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent prescrire des substituts nicotiques.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes sont décrits au Code de la santé publique. Ils sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 9 : actes professionnels des masseurs-kinésithérapeutes

Référence article	Texte
Article R. 4321-1 du CSP	<p>La masso-kinésithérapie consiste en des actes réalisés de façon manuelle ou instrumentale, notamment à des fins de rééducation, qui ont pour but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Ils sont adaptés à l'évolution des sciences et des techniques.</p>
Article R. 4321-2 du CSP	<p>Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.</p> <p>Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés.</p> <p>Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.</p> <p>Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix.</p> <p>Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu, ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement.</p>
Article R. 4321-3 du CSP	<p>On entend par massage toute manœuvre externe, réalisée sur les tissus, dans un but thérapeutique ou non, de façon manuelle ou par l'intermédiaire d'appareils autres que les appareils d'électrothérapie, avec ou sans l'aide de produits, qui comporte une mobilisation ou une stimulation méthodique, mécanique ou réflexe de ces tissus.</p>
Article R. 4321-4 du CSP	<p>On entend par gymnastique médicale la réalisation et la surveillance des actes à visée de rééducation neuromusculaire, corrective ou compensatrice, effectués dans un but thérapeutique ou préventif afin d'éviter la survenue ou l'aggravation d'une affection. Le masseur-kinésithérapeute utilise à cette fin des postures et des actes de mobilisation articulaire passive, active, active aidée ou contre résistance, à l'exception des techniques ergothérapiques.</p>
Article R. 4321-5 du CSP	<p>Sur prescription médicale, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer aux traitements de rééducation suivants :</p> <p>1° Rééducation concernant un système ou un appareil :</p> <ul style="list-style-type: none">a) rééducation orthopédique ;b) rééducation neurologique ;c) rééducation des affections traumatiques ou non de l'appareil locomoteur ;d) rééducation respiratoire ;e) rééducation cardio-vasculaire, sous réserve des dispositions de l'article R. 4321-8 ;f) rééducation des troubles trophiques vasculaires et lymphatiques ; <p>2° Rééducation concernant des séquelles :</p> <ul style="list-style-type: none">a) rééducation de l'amputé, appareillé ou non ;b) rééducation abdominale, y compris du post-partum à compter de l'examen postnatal ;

- c) rééducation périnéo-sphinctérienne dans les domaines urologique, gynécologique et proctologique, y compris du post-partum à compter du quatre-vingt-dixième jour après l'accouchement ;
 - d) rééducation des brûlés ;
 - e) rééducation cutanée ;
- 3° Rééducation d'une fonction particulière :
- a) rééducation de la mobilité faciale et de la mastication ;
 - b) rééducation de la déglutition ;
 - c) rééducation des troubles de l'équilibre.

[Article R. 4321-6 du CSP](#) Le masseur-kinésithérapeute est habilité à procéder à toutes évaluations utiles à la réalisation des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, ainsi qu'à assurer l'adaptation et la surveillance de l'appareillage et des moyens d'assistance.

[Article R. 4321-7 du CSP](#) Pour la mise en œuvre des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants :

- 1° Massages, notamment le drainage lymphatique manuel ;
- 2° Postures et actes de mobilisation articulaire mentionnés à l'article R. 4321-4 ;
- 3° Mobilisation manuelle de toutes articulations, à l'exclusion des manœuvres de force, notamment des manipulations vertébrales et des réductions de déplacement osseux ;
- 4° Étirements musculo-tendineux ;
- 5° Mécanothérapie ;
- 6° Réalisation et application de contentions souples, adhésives ou non, d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de postures ;
- 7° Relaxation neuromusculaire ;
- 8° Électro-physiothérapie :
 - a) applications de courants électriques : courant continu ou galvanique, galvanisation, diélectrolyse médicamenteuse, le choix du produit médicamenteux étant de la compétence exclusive du médecin prescripteur, et courant d'électrostimulation antalgique et excito-moteur ;
 - b) utilisation des ondes mécaniques, infrasons, vibrations sonores, ultrasons ;
 - c) utilisation des ondes électromagnétiques, ondes courtes, ondes centimétriques, infrarouges, ultraviolets ;
- 9° Autres techniques de physiothérapie :
 - a) thermothérapie et cryothérapie, à l'exclusion de tout procédé pouvant aboutir à une lésion des téguments ;
 - b) kinébalnéothérapie et hydrothérapie ;
 - c) pressothérapie.

[Article R. 4321-8 du CSP](#) Sur prescription médicale, et à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- 1° À pratiquer des élongations vertébrales par tractions mécaniques, par mise en œuvre manuelle ou électrique ;
- 2° À participer à la rééducation cardio-vasculaire de sujets atteints d'infarctus du myocarde récent et à procéder à l'enregistrement d'électrocardiogrammes au cours des séances de rééducation cardio-vasculaire, l'interprétation en étant réservée au médecin ;
- 3° À participer à la rééducation respiratoire.

[Article R. 4321-9 du CSP](#) Dans le cadre des traitements prescrits par le médecin et au cours de la rééducation entreprise, le masseur-kinésithérapeute est habilité :

- 1° À prendre la pression artérielle et les pulsations ;
- 2° Au cours d'une rééducation respiratoire :
 - a) à pratiquer les aspirations rhinopharyngées et les aspirations trachéales chez un malade trachéotomisé ou intubé ;
 - b) à administrer en aérosols, préalablement à l'application de techniques de désencombrement ou en accompagnement de celle-ci, des produits non médicamenteux ou des produits médicamenteux prescrits par le médecin ;
 - c) à mettre en place une ventilation par masque ;
 - d) à mesurer le débit respiratoire maximum ;
- 3° À prévenir les escarres ;
- 4° À assurer la prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 5° À contribuer à la lutte contre la douleur et à participer aux soins palliatifs.

Article R. 4321-10 du CSP	En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les gestes de secours nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Un compte-rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.
Article R. 4321-11 du CSP	En milieu sportif, le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à l'établissement des bilans d'aptitude aux activités physiques et sportives et au suivi de l'entraînement et des compétitions.
Article R. 4321-12 du CSP	Le masseur-kinésithérapeute est habilité à participer à la réalisation de bilans ergonomiques et à participer à la recherche ergonomique.
Article R. 4321-13 du CSP	<p>Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le masseur-kinésithérapeute participe à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement.</p> <p>Ces actions concernent en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° La formation initiale et continue des masseurs-kinésithérapeutes ; 2° La contribution à la formation d'autres professionnels ; 3° La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ; 4° Le développement de la recherche en rapport avec la masso-kinésithérapie ; 5° La pratique de la gymnastique hygiénique, d'entretien ou préventive.

Le Code de la santé publique précise les règles d'exercice suivantes :

[Article R. 4321-114 du CSP](#)

Le masseur-kinésithérapeute dispose, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats permettant le respect du secret professionnel, et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique.

Au domicile du patient, le masseur-kinésithérapeute doit, dans la limite du possible, disposer de moyens techniques suffisants. Dans le cas contraire, il propose au patient de poursuivre ses soins en cabinet ou dans une structure adaptée. Il veille notamment, autant que nécessaire, à l'élimination des déchets infectieux selon les procédures réglementaires.

Il veille au respect des règles d'hygiène et de propreté. Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins ou la sécurité des personnes prises en charge.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (OMK), le 1^{er} octobre 2019 ;
- le Collège de la masso-kinésithérapie (CMK), le 4 octobre 2019.

Le Collège de la masso-kinésithérapie a été créé en 2013. Il est composé de 16 sociétés savantes et a été désigné CNP de la spécialité.

Le Collège de la masso-kinésithérapie a transmis un diaporama présenté à l'occasion de la réunion.

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes a transmis un document reprenant la position de l'Ordre sur le télésoin, répondant aux questions de la HAS (cf. méthode).

Présentation de la profession

Les activités de la profession (cf. décret de compétences n° 96-879) sont réalisées de façon manuelle ou instrumentale avec désormais une dimension numérique et robotique de plus en plus importante.

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes rappelle que l'arrêté de 1962 permet aux auxiliaires médicaux de réaliser des actes médicaux et regrette le clivage télé médecine et télésoin. D'ailleurs, dans la matrice d'habilitation du dossier médical partagé, les masseurs-kinésithérapeutes disposent des mêmes droits d'accès que l'équipe de soins de proximité (médecin généraliste, etc.).

La profession connaît une dynamique de 5 000 inscriptions au tableau par an (1 000 départs à la retraite par an, pour un *numerus clausus* de 2 800 étudiants admis en formation par an ; étudiants formés également à l'étranger dans l'Union européenne). Elle comptera bientôt 100 000 masseurs-kinésithérapeutes (93 000 actuellement, soit une densité sur le territoire de 14 pour 10 000 patients). À titre de comparaison, elle est de 1/10 000 en Roumanie et de 24/10 000 dans les pays du nord de l'Europe. Elle est quasiment paritaire (avec 51 % d'hommes et 49 % de femmes). La profession compte 80 % de libéraux et 20 % de salariés (la part de salariés continue de diminuer). Une baisse pour les masseurs-kinésithérapeutes au sein des hôpitaux, ce qui est une difficulté pour la prise en charge des patients et pour la formation des étudiants en masso-kinésithérapie.

Le Syndicat national de la profession (SNMKR) a signé les avenants 5 et 6 qui définissent des zones sur dotées, sous dotées, intermédiaires régulent les installations (1 départ/1 arrivée pour une meilleure répartition sur le territoire) et sont prises en compte dans le conventionnement.

Lorsque le masseur-kinésithérapeute agit dans un but thérapeutique où dans le cadre d'un conventionnement, il travaille obligatoirement sur prescription médicale. L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes revendique un accès direct aux soins de kinésithérapie pour éviter les situations problématiques en cas de non-remplacement des médecins (départ à la retraite du médecin prescripteur).

Les activités de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic kinésithérapique et d'activité physique adaptée ne nécessitent pas de prescription médicale.

L'accès aux soins à domicile est également une difficulté pour des raisons de financement (12 euros + 2 euros de déplacement) et de temps.

L'accès direct est possible en cas d'urgence.

La prévention est peu développée en France en raison notamment du manque de masseurs-kinésithérapeutes dans les hôpitaux.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Les disruptions liées au numérique sont multiples (cf. support présenté en séance) :

- réalisation de e-bilan diagnostic kinésithérapique avec collecte et interprétation des données à l'aide d'algorithmes ;
- traitement à domicile assisté par matériels connectés ;
- genouillères connectées programmables (pour un angle d'ouverture donné) ;
- exosquelette piloté par la pensée ;
- masque de réalité virtuelle largement utilisé dans les cabinets ;
- orthèses connectées réalisées sur mesure à l'aide d'imprimantes 3D ;
- etc.

Ces exemples montrent l'évolution rapide des technologies et des organisations et laissent espérer un développement rapide et dans l'intérêt du patient du télésoin.

Par exemple :

- la réhabilitation post-cardiologie AVC peut d'ores et déjà être réalisée à distance à l'aide d'équipements connectés. Le patient réalise ses séances, des données sont collectées et transmises au masseur-kinésithérapeute pour interprétation différée et réajustement des séances le cas échéant ;
- il existe des applications et objets connectés d'activités physiques pour la lombalgie, la douleur, etc.

Le télésoin va dans le bon sens. Celui-ci doit permettre d'alterner des séances sur place et à domicile.

Pour les séances à domicile, le masseur-kinésithérapeute peut être en vidéoconférence pour guider les exercices et conduire des entretiens de motivations.

Le télésoin est particulièrement adapté aux patients chroniques qui pourront éviter des déplacements. C'est aussi un moyen d'améliorer l'autonomisation du patient et l'observance.

Les consultations de suivi (évaluation des exercices, réorientation, etc.) peuvent être réalisées en télésoin.

Le télésoin est adapté au suivi des patients, à l'éducation thérapeutique et concerne des actes synchrones et asynchrones.

Le télésoin est essentiel pour que la profession puisse pleinement participer au parcours coordonné du patient.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

Le Collège de la masso-kinésithérapie considère que, à terme, l'ensemble des champs d'interventions en kinésithérapie devraient être concernés par le télésoin, et seuls la mobilisation et la thérapie manuelle devraient en être exclues.

Le télésoin devrait permettre une autonomisation du patient dans la réalisation d'exercices et de programmes de soins (avec collectes de données) avec, en revanche, un rôle accru du professionnel dans les activités de suivi (interprétation des données collectes) et d'adaptation des exercices.

L'éligibilité du patient à une activité de télésoin est liée :

- au degré de handicap du patient ;
- aux possibilités d'autonomie ;
- au stade de l'intervention ;
- à l'importance de la pathologie ;
- à la présence d'aidant ;
- à la présence d'outils numérique/équipements ;
- à l'accès à internet (les zones blanches étant exclues) ;
- et plus généralement, à l'usage du numérique et à l'interopérabilité des systèmes et matériels.

La majorité des activités du décret d'actes sont éligibles au télésoin, à l'exception :

- du premier rendez-vous d'un nouveau patient (en revanche, le bilan/évaluation de suivi peut être fait à distance) ;
- des mobilisations ;
- du massage (pour drainage lymphatique manuel, récupération sur courbature après effort intensif, etc.) ;
- du désencombrement dans la rééducation respiratoire ;
- des activités cardio-vasculaires qui nécessitent une surveillance accrue.

Commentaires de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes lors de la relecture :

- il nous semble pertinent de solliciter le suivi des patients par téléphone lorsque cela le nécessite notamment en cas de fracture numérique correspondant souvent à des zones sous-denses (prévu pour les infirmiers) ;
- quelle est la pertinence de l'obligation de réaliser le premier soin/bilan initial et renouvellement de bilan dans le cadre d'une consultation au cabinet ? Ceci est exclu pour les IDE et nous semble nécessaire aussi pour les kinésithérapeutes ;
- il faut prévoir le déploiement de la pratique avancée en kinésithérapie ;
- sur l'aspect déontologique, il pourrait être utile de rappeler la nécessité de recourir à des outils numériques/applications sécurisés.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Les masseurs-kinésithérapeutes disposent d'un droit de lecture et d'écriture dans le dossier médical partagé. Ils possèdent une carte de professionnel de santé qui permet leur authentification.

Les masseurs-kinésithérapeutes travaillent avec l'orthophoniste pour la déglutition et avec les sages-femmes pour la rééducation périnéale.

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes considère qu'il est indispensable de tracer les comptes-rendus dans le dossier médical partagé, de communiquer en utilisant une messagerie sécurisée de santé et d'utiliser les plateformes de télémédecine sécurisées.

Le patient doit donner son consentement.

Évidemment, le télésoin s'exerce dans le respect du secret professionnel.

Données de la littérature

Les références sélectionnées figurent dans le tableau suivant.

Tableau 10 : références bibliographiques sélectionnées pour la profession de masseur-kinésithérapeute

Auteur, Pays, année « Intitulé »	Contenu des recommandations
<p><i>Federation of State Boards of Physical Therapy</i> États-Unis d'Amérique – 2015 « Telehealth in physical therapy. Policy recommendations for appropriate regulation » (11)</p>	<p>La télésanté n'est pas un nouveau traitement ou une modification du champ de la pratique, mais un moyen différent de délivrer des soins de masso-kinésithérapie. Les masseurs-kinésithérapeutes sont responsables du choix du meilleur moyen de délivrer les soins. Les mêmes exigences s'appliquent à la télésanté qu'en présentiel.</p> <p>Recommandations pour l'utilisation de la télésanté dans la pratique de la masso-kinésithérapie</p> <ul style="list-style-type: none"> – pertinence du recours au télésoin et responsabilités : la pertinence du recours au télésoin pour un patient est déterminée au cas par cas, en prenant en compte l'avis du professionnel, la préférence du patient, les technologies disponibles, les risques et bénéfices, et les recommandations professionnelles de standards de soin. Le professionnel est responsable du soin prodigué au patient et doit choisir et documenter le choix de la technologie utilisée ; – vérification de l'identité : les identités du professionnel et du patient doivent être vérifiées, surtout s'il s'agit d'un premier soin ; – consentement éclairé : comme en présentiel, le patient doit être informé et donner son consentement pour les soins ainsi que pour le traitement des données personnelles. L'information porte sur les limites liées au soin à distance (absence d'intervention manuelle pour l'examen et le traitement) et sur les risques d'incidents techniques (perte de communication) ; – relation professionnel-patient : elle doit être établie, comme en présentiel. Les standards de prise en charge doivent être appliqués par le professionnel ; – autorisation d'exercer : respect des lois et règlements et autorisation d'exercer pour le professionnel dans l'état de résidence du patient ; – standards de soins : respect des recommandations professionnelles (cliniques et légales) ; les soins à distance doivent respecter les mêmes standards que les soins en présentiel. <p>Recommandations liées à la sécurité des données et au respect de la vie privée</p> <ul style="list-style-type: none"> – sécurité et confidentialité des données des patients enregistrées et échangées : respecter les lois et règlements liés à la confidentialité et à l'intégrité des données du patient ; mettre en place les procédures afin d'assurer l'accès aux données des patients aux seules personnes autorisées ; assurer la sécurité des locaux et des équipements ; mettre en place les procédures en cas de vols de données (+ analyse de risques en amont) ; – procédures administratives : comme en présentiel, les modes opératoires sont disponibles pour décrire la documentation, la maintenance et la transmission des dossiers ; – procédures techniques : être formé à l'utilisation des technologies pour assurer un soin de qualité ; connaître les possibilités et les limites des technologies utilisées ; savoir réagir en cas de problème technique ; s'assurer de la possibilité de pouvoir contacter un service support si nécessaire.

Procédures d'urgence pour assurer la sécurité du patient

Disposer des modes opératoires pour réagir aux urgences techniques ou cliniques. Savoir organiser une prise en charge en urgence du patient (connaître les organisations de soins autour du patient). Donner au patient, en amont, le mode opératoire à suivre en cas de rupture de connexion pendant le soin. Si le professionnel estime pendant le soin que la situation du patient n'est plus compatible avec une prise en charge à distance, il interrompt le télésoin et informe le patient de la suite de la prise en charge.

Physiotherapy Alberta College + Association

College of physiotherapists of Manitoba

Canada – 2018

« Telerehabilitation resource guide for Alberta physiotherapists »

(17)

Introduction

Le télésoin améliore l'accès aux soins kinésithérapeutiques (patients éloignés ou en zone rurale) et améliore l'accès à des professionnels spécialisés.

Les soins délivrés à distance doivent être de même qualité que les soins délivrés en présentiel.

Les professionnels doivent appliquer les recommandations de bonne pratique.

Prérequis

- respect des lois et règlements en vigueur : autorisations d'exercer + assurances + formation ;
- respect de l'éthique et de la déontologie ;
- le professionnel juge si la téléadaptation est appropriée, en prenant en compte :
 - si le soin à distance est la méthode la plus appropriée pour délivrer le soin ;
 - si un examen direct physique est nécessaire pour faire l'évaluation ou réaliser le traitement ;
 - si le soin à distance est équivalent au soin en présentiel ;
 - si le patient présente des facteurs physiques, sensoriels, cognitifs qui peuvent impacter sa capacité à recevoir un soin à distance ;
- évaluer le rapport bénéfices/risques pour le patient de la prise en charge à distance ;
- informer le patient.

Consentement éclairé

- le professionnel informe le patient sur le soin proposé (comme en présentiel), sur les différences entre les deux prises en charge (informer sur les limites liées à la distance : impossibilité des soins manuels), sur la prise en charge alternative (y compris possibilité de recevoir des soins en présentiel), et sur le rapport bénéfices/risques (risques liés à la protection des données de santé) ;
- le professionnel s'assure du consentement du patient pour : les soins à distance plutôt qu'en présentiel ; le stockage de ses données ; la transmission de ses données ; la participation éventuelle d'autres soignants au télésoin ;
- le professionnel met en place les procédures nécessaires pour les vérifications d'identité (professionnel, patient, accompagnant le cas échéant).

Confidentialité

Le professionnel :

- respecte les lois et règlements en vigueur en lien avec la confidentialité et la sécurité des données ;
- trace les mesures prises pour assurer confidentialité et sécurité ;
- utilise des moyens d'authentification et des outils de cryptage ;
- met en place l'organisation nécessaire pour que seules les personnes autorisées accèdent aux données de santé et pour préserver l'intégrité de ces données ;

- assure la sécurité physique des locaux et équipements ;
- connaît les procédures liées à la confidentialité et à la sécurité mises en œuvre par son employeur/organisation ;
- analyse les risques (actuels et émergents) et met en place les mesures appropriées (administratives, techniques, physiques) au regard des risques identifiés.

Sécurité et effets indésirables

- prendre en compte les risques liés à la pratique à distance : rupture de communication, urgence liée à l'état de santé du patient (chute, infarctus, etc.), autre urgence (incendie, etc.) ;
- tous les professionnels doivent réaliser une analyse des risques liés à la pratique à distance et mettre en place les organisations et procédures pour traiter ces risques ;
- à aucun moment le professionnel ne doit délivrer des soins à distance qui seraient inappropriés ou dangereux ;
- le professionnel :
 - dispose d'un support technique ;
 - réalise des tests avant le rendez-vous ;
 - dispose d'un moyen alternatif pour contacter le patient en cas de rupture internet et en informe le patient ;
 - met en place les procédures d'urgence (contact avec les services d'urgence locaux, contact d'urgence/personne de confiance du patient et consentement préalable du patient à le contacter, organisation de la prise en charge en attendant l'intervention des urgences ou d'un autre professionnel de santé local) ;
 - est en contact avec d'autres professionnels de santé dans l'environnement proche du patient pour organiser sa prise en charge si le soin à distance n'est plus approprié ou si un événement indésirable survient ;
- un plan de gestion des événements critiques peut aider les professionnels à identifier les ressources nécessaires pour une prise en charge sécurisée.

Compétences

Le professionnel doit s'assurer qu'il possède les compétences (formation initiale + formation continue) pour :

- prodiguer des soins à distance ;
- utiliser les technologies ;
- communiquer et mettre en place une relation patient-soignant à distance.

Documentation

Le professionnel répond aux exigences réglementaires sur les données à conserver (s'assurer de la validité d'une donnée avant de l'enregistrer dans le dossier patient, rédiger et archiver les comptes-rendus des séances de soin à distance, archiver tout document d'intérêt [photo, vidéo] utile dans le processus de réadaptation du patient).

Exigences supplémentaires

- évaluation des pratiques et amélioration de la qualité : évaluer les résultats cliniques du patient, la satisfaction du patient, évaluer son activité (investissements, coûts, etc.) ;
- facturation : transparence par rapport aux coûts pour le patient ;
- supervision : le professionnel est responsable lorsqu'un accompagnant est auprès du patient pour l'assister.

Le document propose en annexe un modèle de fiche d'information à destination du patient

Telerehabilitation special interest group (SIG) of the American telemedicine association

États-Unis d'Amérique – 2017

« *American Telemedicine Association's Principles for Delivering Telerehabilitation Services* »

(18)

Objectif et définitions

La téléadaptation est la réadaptation à distance via les technologies de l'information et de la communication. D'un point de vue clinique, ce terme recouvre des activités variées : évaluation/diagnostic, suivi, prévention, intervention, supervision, éducation, consultation et conseils.

La téléadaptation peut bénéficier aux adultes et aux enfants. Elle peut être mise en œuvre par différentes professions, notamment :

- **masseurs-kinésithérapeutes** ;
- orthophonistes ;
- ergothérapeutes ;
- audioprothésistes ;
- infirmiers ;
- diététiciens.

Recommandations organisationnelles

Les structures et les professionnels doivent répondre aux exigences suivantes :

- respect des lois et règlements (liées aux autorisations d'exercice, aux assurances, etc.) ;
- déterminer les responsabilités, disposer des assurances ;
- facturation et codage selon les règles du financeur ;
- documentation des sessions de téléadaptation tracée et accessible ;
- respect de sécurité et confidentialité des données ;
- mise en place de règles de stockage et de consultation des dossiers des patients conformes aux règles en vigueur ; pas d'accès par personnes non autorisées, pas de possibilité d'altérer ou de détruire les informations ;
- informer les patients de leurs droits et responsabilités concernant l'accès à leurs données de santé, y compris processus pour déposer une plainte ;
- proposer un personnel accompagnant le patient avant, pendant et/ou après le soin à distance, quand cela est nécessaire ;
- se former et savoir utiliser le matériel ; choisir du matériel adapté ; connaître les possibilités et les limites du matériel utilisé ;
- évaluer ses pratiques et mettre en place un système d'amélioration de la qualité ;
- en cas de partenariat, écrire les modalités de travail collaboratif en couvrant les aspects administratifs, cliniques, techniques et éthiques (contrats, accords écrits, etc.).

Recommandations cliniques

Les professionnels doivent répondre aux exigences suivantes :

- incorporer les standards et recommandations de prise en charge professionnelle en vigueur lors de la prise en charge à distance ;
- la pertinence pour la téléadaptation doit être évaluée au cas par cas. La décision d'y recourir est basée sur le jugement clinique, la préférence du patient (préalablement informé), et les standards de soin professionnels ;
- formation initiale et continue pour disposer des compétences nécessaires afin d'assurer des soins de qualité ; afin d'utiliser les équipements ; afin de prendre en compte les éventuels handicaps du patient cognitifs, physiques ou liés à des déficits des sens ;

- si la prise en charge à distance conduit à une modification du matériel, des techniques, ou de l'installation ; il convient de toujours s'assurer que les soins délivrés sont conformes aux standards et recommandations de prise en charge professionnelles et qu'ils suivent sur les principes de la pratique basée sur les preuves ;
- s'assurer que toute personne présente auprès du professionnel ou auprès du patient pendant le soin est identifiée.

Recommandations techniques

Les structures et les professionnels doivent répondre aux exigences suivantes :

- respect des lois et règlements relatifs à la sécurité technologique ;
- s'assurer que le matériel nécessaire au diagnostic ou au traitement est disponible et fonctionne correctement. Prévoir si besoin des équipements supplémentaires pour l'évaluation et l'intervention sur le patient à distance (ex. : audiomètre pour évaluation de l'ouïe à distance, capteurs pour évaluation du mouvement pendant l'activité physique) ;
- respect des lois et règlements (liées à la technologie et aux équipements) ;
- respect de sécurité et confidentialité des données (authentification, cryptage, autorisations aux seules personnes habilitées, protection des locaux, etc.) ;
- être formé à l'utilisation des équipements de communication et au partage/archivage des données, savoir comment agir en cas de problème technique. Prévoir la maintenance des appareils ;
- mettre en place des procédures d'hygiène appropriées.

Recommandations éthiques

- connaissance et respect des règles d'éthique professionnelle ;
- informer le patient de ses droits et responsabilités lors d'un acte de téléadaptation, y compris le droit de refuser la prise en charge à distance ;
- mettre en place une organisation pour résoudre les problèmes éthiques, y compris la gestion des conflits d'intérêts.

World Confederation for Physiotherapy (WCPT) / International network of physiotherapy regulatory authorities (INPTRA)

International – 2019

« Report of the WCPT / INPTRA digital physical therapy practice task force »

(19)

Bénéfices de la pratique numérique :

- pour les usagers (améliore l'accès aux soins ; diminue les déplacements ; grâce aux ressources en ligne, le patient peut mieux s'impliquer dans la prise en charge de sa maladie, etc.) ;
- pour les professionnels (meilleure efficacité en réduisant les déplacements ; opportunité de travailler de façon plus « créative » grâce aux moyens mis à disposition par le numérique, etc.) ;
- pour la société (meilleure allocation des ressources publiques ; diminue les absences des employés ; donne la possibilité pour les citoyens d'avoir meilleur accès à ses données de santé, d'être mieux informés et de s'impliquer dans son traitement ; vecteur de politiques de prévention et d'éducation en santé ; favorise l'égalité d'accès aux soins, etc.).

Conditions de réussite : rassurer usagers et soignants

- les usagers doivent avoir confiance dans les technologies numériques (ils doivent être assurés que les soins à distance sont d'aussi bonne qualité que les soins en présentiel, que leurs données personnelles sont protégées, qu'ils peuvent demander un rendez-vous en présentiel s'ils le souhaitent, etc.) ;
- les soignants doivent être assurés du soutien de leur organisation, bénéficier de formation, être convaincus des bénéfices d'une prise en charge à distance, etc.

Limites actuelles pour une pratique numérique :

- liées aux usagers : être vigilant avec les individus vulnérables (enfants, personnes âgées) ; la télésanté doit préserver le parcours de soins coordonné (éviter les actes redondants et/ou inutiles) ; prendre en compte les particularités culturelles, etc. ;
- liées aux technologies : problème des zones blanches ; capacité du soignant et de l'utilisateur à utiliser les outils numériques ; apprendre à communiquer à travers l'écran, etc. ;
- liées au financement : activité non remboursée dans certains pays ;
- liées à la formation : le personnel doit avoir la connaissance et les compétences pour exercer en télésanté ;
- liées à la recherche : absence de données d'évidence dans le domaine de la télésanté ; utiliser son raisonnement clinique et les recommandations de bonne pratique en vigueur ; évaluer son activité à distance, etc. ;
- liées à la réglementation : la réglementation n'est pas toujours adaptée à la mise en place de la télésanté dans certains pays.

Données d'évidence disponibles : peu de données sont disponibles ; elles ne permettent pas d'élaborer des recommandations spécifiques à la pratique à distance. Les auteurs proposent donc des recommandations génériques.

Lignes directrices pour les professionnels s'engageant dans une pratique à distance :

- soin à distance proposé si dans l'intérêt du patient et issu d'une décision partagée ;
- connaître le champ des pratiques professionnelles et la réglementation liés à la pratique à distance ;
- connaître les données d'évidence à jour sur la pratique à distance ;
- travailler avec les autres acteurs pour développer les pratiques à distance ;
- choisir le mode le plus adapté pour dispenser les soins ;
- être compétent pour utiliser la technologie ;
- trouver l'appui des usagers pour développer la prise en charge à distance ; eux aussi doivent savoir utiliser les outils ;
- connaître les solutions numériques utilisables et savoir lesquelles sont adaptées selon l'usage recherché ;
- surveiller et évaluer l'efficacité des solutions numériques ;
- collaborer pour partager la connaissance.

8. Pédicures-podologues

Définition de la profession

La profession de pédicure-podologue est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre II : professions de masseur-kinésithérapeute et de pédicure-podologue).

Article L. 4322-1 du CSP

Les **pédicures-podologues**, à partir d'un diagnostic de pédicurie-podologie qu'ils ont préalablement établi, ont seuls qualité pour traiter directement les affections épidermiques, limitées aux couches cornées et les affections unguéales du pied, à l'exclusion de toute intervention provoquant l'effusion de sang.

Ils ont également seuls qualité pour pratiquer les soins d'hygiène, confectionner et appliquer les semelles destinées à prévenir ou à soulager les affections épidermiques.

Sur ordonnance et sous contrôle médical, les pédicures-podologues peuvent traiter les cas pathologiques de leur domaine de compétence.

Les pédicures-podologues analysent et évaluent les troubles morphostatiques et dynamiques du pied et élaborent un diagnostic de pédicurie-podologie en tenant compte de la statique et de la dynamique du pied ainsi que de leurs interactions avec l'appareil locomoteur.

Les pédicures-podologues peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, dans des conditions fixées par décret et sauf opposition du médecin.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des pédicures-podologues sont décrits dans le Code de la santé publique. Ils sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 11 : actes professionnels des pédicures-podologues

Référence article	Texte
Article R. 4322-1 du CSP	<p>Les pédicures-podologues accomplissent, sans prescription médicale préalable et dans les conditions fixées par l'article L. 4322-1, les actes professionnels suivants :</p> <p>1° Diagnostic et traitement des :</p> <ul style="list-style-type: none">a) hyperkératoses mécaniques ou non, d'étiologie ou de localisations diverses ;b) verrues plantaires ;c) ongles incarnés, onychopathies mécaniques ou non, et des autres affections épidermiques ou unguéales du pied, à l'exclusion des interventions impliquant l'effusion de sang ; <p>2° Exfoliation et abrasion des téguments et phanères par rabotage, fraisage et meulage ;</p> <p>3° Soins des conséquences des troubles sudoraux ;</p>

4° Soins d'hygiène du pied permettant d'en maintenir l'intégrité à l'occasion de ces soins, lorsque des signes de perte de sensibilité du pied sont constatés, signalement au médecin traitant ; surveillance et soins des personnes, valides ou non, pouvant présenter des complications spécifiques entrant dans le champ de compétence des pédicures-podologues ;

5° Prescription et application des topiques à usage externe figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la Santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine ;

6° Prescription et pose de pansements figurant sur une liste fixée par un arrêté du ministre chargé de la Santé pris après avis de l'Académie nationale de médecine ;

7° Prescription, confection et application des prothèses et orthèses, onychoplasties, orthonyxies, orthoplasties externes, chaussures thérapeutiques de série, semelles orthopédiques et autres appareillages podologiques visant à prévenir ou à traiter les affections épidermiques et unguéales du pied.

[Article D. 4322-1-1 du CSP](#)

Les pédicures-podologues sont autorisés à renouveler et, le cas échéant, à adapter des prescriptions médicales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans, sous réserve que le médecin n'ait pas exclu la possibilité de renouvellement et d'adaptation sans nouvelle prescription par une mention expresse portée sur l'ordonnance initiale.

Les pédicures-podologues informent le médecin prescripteur ou, le cas échéant, un autre médecin désigné par le patient du renouvellement et, s'il y a lieu, de l'adaptation de la prescription médicale initiale.

Le Code de la santé publique précise les modalités d'exercice libéral :

[Article R. 4322-83 du CSP](#)

L'exercice libéral de la profession de pédicure-podologue nécessite une installation professionnelle fixe. L'exercice exclusif de la pédicure-podologie au domicile des patients est interdit.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ le Collège national de pédicure-podologie (CNPP), le 9 octobre 2019 ;
- ➔ l'Ordre national des pédicures-podologues (ONPP), le 10 octobre 2019.

Les parties prenantes ont transmis un document commun reprenant une présentation de la profession et la place du télésoin dans la profession, ainsi que des brochures d'information sur la profession et sur le plateau technique d'un cabinet de pédicure-podologie.

Présentation de la profession

L'ONPP rappelle que la profession est impliquée dans les démarches qualité depuis leur origine (ex. évaluation des pratiques professionnelles) et qu'elle vient de lancer le déploiement dématérialisé de sa [démarche qualité](#).

La profession compte environ 14 100 professionnels, qui exercent quasiment exclusivement en libéral (> 99 %). Elle a connu une croissance élevée ces dernières années. Le nombre de nouveaux formés devrait s'orienter à la baisse passant de 600 à 400/420 par an. La formation repose sur 11 instituts et se déroule en trois ans (niveau II). Il n'existe pas d'uniformisation des programmes de formation au niveau européen ni donc de reconnaissance de diplômes.

La profession dispose d'un accès direct par le patient, d'une compétence diagnostique, du droit de prescription et d'adaptation des prescriptions médicales initiales, pour le renouvellement des orthèses plantaires, sous conditions.

L'éducation thérapeutique fait partie de ses activités.

Le délai d'accès en cabinet de pédicurie-podologie (accès direct de premier recours possible pour les patients) est variable selon le territoire (de deux jours à deux mois).

Les actes de pédicurie-podologie ne sont pas remboursés (à l'exception des patients diabétiques grades 2 et 3).

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

La profession exerce des activités techniques avec des soins instrumentaux (ex. : ongle incarné) et des soins orthétiques (ex. : semelles), requérant la présence du patient. Néanmoins, plusieurs catégories d'actes sont envisagées dans le cadre du télésoin :

1) Actes intellectuels

- diagnostics ;
- prescription ;
- dépistage ;
- éducation thérapeutique ;
- conseils hygiène ;
- chaussage, calcéologie ;
- observances thérapeutiques ;
- consultations de suivi ;
- cicatrisation des plaies chroniques ou autres et/ou en coordination avec un infirmier et médecin ;
- adaptation au port d'orthèses plantaires, d'orthoplasties ou d'orthonyxies ;
- actes de prévention.

2) Actes techniques

Tous les actes intellectuels nécessitant l'adjonction d'un acte technique par soin instrumental et/ou orthétique requièrent la présence physique du patient dans un contexte de qualité et de sécurité des soins délivrés au patient.

La consultation a la particularité d'associer un temps de diagnostic intellectuel suivi d'une orientation vers un traitement.

Le premier temps de diagnostic intellectuel pourrait être réalisé en télésoin.

La profession souhaite pouvoir réaliser un primo télésoin. Le diagnostic d'un ongle incarné peut être réalisé à distance sans perte de chance pour le patient, et une suspicion de mélanome permettra d'orienter rapidement le patient vers un médecin. De la même façon, face à un patient diabétique avec une plaie compliquée avec risque d'amputation, le pédicure-podologue pourrait solliciter une télé-expertise d'un diabétologue et/ou d'un médecin vasculaire.

Le télésoin représente aussi un intérêt important pour la population concernée (âgée) qui pourrait limiter ses déplacements sur place (par la mise en place d'une alternance à distance/sur place) et réduire le reste à charge.

Le télésoin peut avoir lieu en présence d'un aidant auprès du patient.

Au même titre que les professions médicales et pour améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient, le métier de pédicure-podologue est également concerné par la télé-expertise lors de ses consultations de premier recours :

- pour s'adjoindre les compétences des médecins référents et médecins spécialistes (ex. : expertise médicale à la suite d'un dépistage ou à la suite à diagnostic de première intention, etc.) ;
- pour s'adjoindre les compétences des auxiliaires médicaux (ex. : expertise infirmier du suivi cicatriciel, etc.).

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

Le traitement et la réalisation d'actes instrumentaux ou d'actes orthétiques qui nécessitent une prise de mesure.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

La profession est intégrée au répertoire partagé des professionnels de santé comme toutes les professions à ordre, elle dispose d'une carte de professionnel de santé, de lecteur de carte SESAM-Vitale, d'un accès au dossier médical partagé en lecture et en écriture et d'un accès aux messageries sécurisées de santé.

Les comptes-rendus et les prescriptions ont vocation à être versés dans le dossier médical partagé.

La profession utilise des logiciels-métier dédiés avec des bases de données sur les dispositifs médicaux d'orthèses plantaires.

La profession considère que les recommandations pour les actes de télésoin sont identiques à celles des actes de téléconsultation et de télé-expertise.

Concernant les recommandations, la profession considère qu'elles devraient être similaires à une consultation en présentiel.

Un compte-rendu est réalisé dans la plupart des cas (systématiquement dans le cas des patients diabétiques) et transmis au médecin.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

9. Ergothérapeutes

Définition de la profession

La profession d'ergothérapeute est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre III : professions d'ergothérapeute et de psychomotricien).

Article L. 4331-1 du CSP

Est considérée comme exerçant la **profession d'ergothérapeute** toute personne qui, non-médecin, exécute habituellement des actes professionnels d'ergothérapie, définis par décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

Les ergothérapeutes exercent leur art sur prescription médicale.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des ergothérapeutes sont décrits au Code de la santé publique. Ils sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 12 : actes professionnels des ergothérapeutes

Référence article	Texte
Article R. 4331-1 du CSP	<p>Les personnes remplissant les conditions définies aux articles L. 4331-2 et L. 4331-4 peuvent contribuer, lorsque ces traitements sont assurés par un établissement ou service à caractère sanitaire ou médico-social régi par le livre I^{er} de la partie VI du présent Code ou par le livre III du Code de l'action sociale et des familles aux traitements des déficiences, des dysfonctionnements, des incapacités ou des handicaps de nature somatique, psychique ou intellectuelle, en vue de solliciter, en situation d'activité et de travail, les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles d'adaptation fonctionnelle et relationnelle des personnes traitées, pour leur permettre de maintenir, de récupérer ou d'acquérir une autonomie individuelle, sociale ou professionnelle.</p> <p>Les actes professionnels qu'au cours de ces traitements ces personnes sont habilitées à accomplir, le cas échéant, au domicile des patients, sur prescription médicale, sont :</p> <p>1° Des bilans ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie ou d'évaluation des difficultés relationnelles ;</p> <p>2° La mise en condition articulaire et musculaire ou la facilitation d'une fonction permettant d'accomplir les actes définis au 3°, à l'exclusion des actes mentionnés à l'article L. 4321-1 ;</p> <p>3° Par l'organisation d'activités d'artisanat, de jeu, d'expression, de la vie quotidienne, de loisirs ou de travail :</p> <ul style="list-style-type: none">a) la transformation d'un mouvement en geste fonctionnel ;b) la rééducation de la sensori-motricité ;c) la rééducation des repères temporo-spatiaux ;d) l'adaptation ou la réadaptation aux gestes professionnels ou de la vie courante ;e) le développement des facultés d'adaptation ou de compensation ;f) le maintien des capacités fonctionnelles et relationnelles et la prévention des aggravations ;

- g) la revalorisation et la restauration des capacités de relation et de création ;
 - h) le maintien ou la reprise de l'identité personnelle et du rôle social ;
 - i) l'expression des conflits internes ;
- 4° L'application d'appareillages et de matériels d'aide technique appropriés à l'ergothérapie.
- Ces actes professionnels peuvent, le cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré, lors d'une réunion commune, le 16 octobre 2019 :

- ➔ l'Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE) ;
- ➔ le Conseil national professionnel de l'ergothérapie (CNPE).

L'Association nationale française des ergothérapeutes est la plus ancienne structure représentative (1961) et regroupe 14 % des professionnels, en 2020. Elle représente des ergothérapeutes salariés ou libéraux et tous les domaines d'exercice (adultes, enfants).

Le Conseil national professionnel de l'ergothérapie est constitué de six associations. La représentativité des différentes structures au sein du CNP est proportionnelle avec la représentativité des adhérents. L'ANFE est majoritaire.

L'ANFE a transmis un document intitulé « Le télésoin en ergothérapie : Propositions de l'ANFE ».

Présentation de la profession

La profession compte 13 644 ergothérapeutes (données DRESS 2020) avec 90 % de salariés et 14 % de libéraux ; dans les faits, beaucoup de professionnels ont un mode d'exercice mixte. L'âge moyen des professionnels est de 39 ans et la proportion de femmes de 87 %. Le nombre de professionnels a doublé en dix ans (et le nombre de professionnels exerçant en libéral a été multiplié par six en dix ans).

Le besoin en ergothérapeutes augmente, notamment en lien avec le vieillissement de la population, en particulier en dehors du milieu hospitalier. Ainsi, de nombreux postes ont été ouverts en secteur médico-social. La densité de professionnels est de 20 pour 100 000 habitants (par comparaison, elle est de 120 pour 100 000 habitants en Scandinavie).

Les professionnels doivent s'inscrire au fichier ADELI qui dépend des Agences régionales de santé. Les parties prenantes soulignent que le fichier ne garantit pas l'unicité du professionnel inscrit (notamment elles soulignent qu'il y a plus d'ergothérapeutes en exercice libéral que d'ergothérapeutes inscrits sur le fichier ADELI).

Les professionnels exercent sur prescription médicale pour les activités de soin.

La profession intervient auprès de toute personne ayant des difficultés à la réalisation de ses activités de la vie quotidienne, de ses activités productives, ou de ses loisirs.

Tous les âges sont concernés (enfants, adultes, personnes âgées) autant pendant la phase de rééducation (prise en charge à la suite d'un handicap transitoire, ex. : AVC, accident), que de réadaptation (prise en soin dans le cadre d'une situation stabilisée où le handicap persiste avec préconisations d'aides techniques ou technologiques et adaptation du lieu de vie, santé mentale) et de réinsertion. Différents profils de personnes peuvent être accompagnés par les ergothérapeutes : personnes en situation de handicap, personnes âgées, enfants, personnes souffrant de troubles

cognitifs et psychiques, personnes ayant subi une opération chirurgicale lourde, personnes obèses, personnes atteintes de maladies respiratoires (Covid-19), employés d'une entreprise en prévention des TMS, aidants, etc.

L'objectif de soin est que la personne retrouve de l'autonomie et de l'indépendance dans ses activités de la vie quotidienne, et un équilibre satisfaisant d'occupations dans les différents champs de sa vie. Les professionnels se déplacent au domicile des patients pour évaluer les activités qui posent problème et trouver des solutions adaptées à la personne (préconisation d'aides techniques, éducation thérapeutique, apprentissage de nouvelles façons de faire, aménagement du domicile, etc.).

Le professionnel va évaluer la personne, son environnement et les activités qui lui sont importantes. En santé mentale, l'évaluation du domicile permet aussi à l'ergothérapeute de prendre en compte l'état du domicile dans les activités de la personne : environnement frein ou facilitateur pour la réalisation des activités de la personne. L'évaluation du patient passe par des mises en situation au domicile, à l'école, au travail, dans les loisirs. Les résultats sont affinés par d'autres évaluations (amplitude articulaire avec action sur la personne, orientation dans l'espace et dans le temps, etc.). Différents profils de personnes peuvent être pris en charge : personnes en situation de handicap, personnes âgées, santé mentale, femmes enceintes dans un objectif de prévention (rare), enfants.

Les lieux d'exercice des ergothérapeutes sont les établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux ou en libéral.

Les ergothérapeutes travaillent en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé, notamment les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers et les aides à domicile. Ils sont également amenés à collaborer avec les artisans du bâtiment pour adapter le logement, les concessionnaires automobiles pour l'aménagement du véhicule de la personne, les prestataires médicaux pour la mise en place des aides techniques d'assistance ou de compensation, les aidants et les financeurs.

Les actes des ergothérapeutes ne sont pas inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Parfois, les patients sont remboursés par certaines Maisons départementales des personnes handicapées, mutuelles, caisses de retraite, associations de patients, voire municipalités (qui peuvent prendre en charge le bilan ergothérapeutique).

Pour les troubles du spectre autistique et des pathologies liées au neurodéveloppement, des financements de l'Assurance maladie existent (bilan + actes).

Les ergothérapeutes participent à l'éducation thérapeutique des patients (ETP) dont la finalité est notamment celle de rendre les patients acteurs de leur santé.

Les ergothérapeutes interviennent dans le domaine sanitaire, mais aussi dans les domaines médico-social et social.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

L'Association nationale française des ergothérapeutes considère que :

- le télésoin a un intérêt en ergothérapie. C'est un outil complémentaire à ceux déjà existants. Il peut contribuer à l'atteinte des objectifs de soins en ergothérapie qui sont de permettre à la personne de réaliser ses activités en optimisant son autonomie, et ceci, en toute sécurité. Le télésoin contribue à la continuité des soins ;

- le télésoin peut être mis en œuvre tant que le professionnel le trouve adapté, nécessaire et s'assure qu'il est bénéfique pour la personne et qu'elle peut le réaliser en toute sécurité (risque de chute par exemple dans certains exercices) ;
- le télésoin est intéressant pour tous les patients. Il peut être facilement mis en place et géré pour les personnes qui ne sont pas dépendantes. Les patients dépendants doivent être accompagnés (mais cela dépend de la qualification de l'accompagnant et de l'aide qu'il pourra apporter au patient) ;
- les patients sont suivis par l'ergothérapeute sur la durée et à plusieurs reprises. Le télésoin peut éviter des déplacements et de la fatigue pour les personnes fragiles. Il peut être judicieux d'alterner soin en présentiel et télésoin.
- pour le soin en présentiel, les patients autonomes se déplacent souvent seuls au centre. Lors d'un télésoin, la personne à domicile pourrait être accompagnée d'un proche ; pour les professionnels, il est parfois utile d'avoir un avis des proches du patient qui vivent avec lui ;
- dans la rééducation, le télésoin peut être une alternative à l'hôpital de jour en réalisant un suivi de l'auto-rééducation à distance (ex. : stimulation cognitive, lombalgie, intégration de conseils) ;
- après livraison d'un aide technique ; le suivi n'est pas toujours correctement réalisé. Le télésoin est une solution intéressante, qui permettrait un suivi dans le contexte de vie ordinaire, ponctuellement voire sur le long terme ;
- l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est également une activité réalisable en télésoin (sauf bilan), en individuel ou en groupe ;
- le télésoin présente un intérêt pour le lien ville-hôpital ;
- le télésoin n'est envisageable que lorsque le patient dispose d'un réseau correct et d'une bonne couverture internet et de matériel informatique adapté.

Le Conseil national professionnel de l'ergothérapie considère que :

- le télésoin est un outil pertinent pour les ergothérapeutes ;
- l'American Occupational Therapy Association (AOTA) a publié en 2018 une prise de position sur le télésoin (American Occupational Therapy Association, 2018. AOTA position paper – Telehealth in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. Vol. 72, n° Suppl. 2). Dans cette publication, l'AOTA relève de nombreuses études validant l'utilisation du télésoin aux différentes phases du traitement en ergothérapie :
 - pour les évaluations (*MoCA*, *MMSE*, *Functional Reach Test*, *European Stroke Scale*, *Kohlman Evaluation of Living Skills*, mesure canadienne de la performance occupationnelle, *Time Up and Go Test*, *MIF*, mesure de la force par dynamomètre, *Nine-Hole Peg Test*, *Unified Parkinson's Disease Rating Scale*, *Ergonomic Assessment Toole for Arthritis*) ;
 - pour la prévention, la rééducation et la réadaptation (développement des habiletés du patient, rééducation cognitive, amélioration de la performance dans les activités quotidiennes, utilisation des produits d'assistance, modification des conditions de travail, adaptation du domicile, prévention des chutes, adaptation de l'environnement scolaire, renforcement des habitudes et routines favorisant la santé) ;
- l'éducation thérapeutique est également une activité réalisable en télésoin (sauf bilan) ;
- selon le type d'établissement où les ergothérapeutes exercent :
 - pour les établissements sanitaires et médico-sociaux avec hébergement, la personne est dans l'établissement pour les soins ou l'accompagnement et le télésoin ne se justifie pas,

sauf pour recourir à des compétences extérieures à l'établissement et éviter des déplacements inutiles. Il peut cependant être un outil efficace pour préparer la sortie (établissement sanitaire) et favoriser le lien ville-hôpital ;

- dans le cadre d'un suivi en hôpital de jour pour permettre la réalisation de l'auto-rééducation ou le suivi d'une activité à distance. La personne réalise ainsi son activité dans son environnement sans avoir à se déplacer (ex. : stimulation cognitive, lombalgie, apprentissage de l'utilisation d'une aide technique, etc.). Sur appréciation de l'ergothérapeute, les séances pourront être réalisées en alternance en distanciel et en présentiel ;
- pour les établissements médico-sociaux en accueil de jour, l'utilisation du télésoin permettrait de renforcer le lien avec le domicile, l'école pour les enfants. La rencontre et les échanges avec les aidants professionnels ou naturels, les proches seraient facilités ;
- pour les établissements médico-sociaux sans accueil, le télésoin permet de renforcer la présence des professionnels auprès des bénéficiaires tout en limitant leur déplacement ;
- pour les professionnels libéraux, le télésoin permet principalement d'éviter des déplacements du professionnel au domicile du patient, et les déplacements du patient au cabinet. L'alternance présentiel-distanciel est particulièrement intéressante pour certaines situations (apprentissage de l'utilisation d'une aide technique, stimulation cognitive, soutien émotionnel, processus de compensation) ;
- l'accord de la personne pour ce mode de soin est indispensable, et sa préférence doit pouvoir prévaloir ;
- d'un point de vue clinique, le télésoin peut être mis en œuvre tant que le professionnel s'assure qu'il est bénéfique pour la personne et à condition que la qualité du soin soit la même qu'en présentiel ;
- le télésoin doit prendre en compte :
 - les contraintes matérielles du télésoin : qualité de la connexion internet au domicile du patient, matériels et équipements pour la connexion, pièce et mobilier adaptés au type de soin proposé ;
 - les capacités de la personne et de son entourage : habileté de la personne à utiliser les matériels et logiciels de télésoin, présence requise d'un adulte à proximité si le patient est un enfant, présence et participation d'un aidant si besoin, qualification de l'accompagnant et type d'aide qu'il pourra apporter au patient).

Enfin, les parties prenantes considèrent que la définition de la télémédecine et du télésoin est trop limitative et débouche sur des situations bloquantes. Les professionnels de santé non médicaux devraient pouvoir requérir un médecin pour une télé-expertise.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

L'Association nationale française des ergothérapeutes considère que :

- certaines activités ne sont possibles qu'en présentiel. Par exemple, les évaluations ergothérapeutiques ne peuvent pas être réalisées entièrement à distance. Le bilan évalue cinq axes : physique, cognitif, psychologique, environnemental, social ;
- pour les aides techniques et technologiques, des essais sont nécessaires à domicile ;
- pour l'appareillage, un suivi pourra être porté en télésoin afin de s'assurer que l'orthèse, la prothèse est adaptée aux besoins, cependant, des rendez-vous en présentiel seront également nécessaires pour vérification de la bonne adaptation et des points d'appui ;

- concernant l'éducation thérapeutique, le bilan est réalisé en présentiel, et ensuite, il est possible de recourir au télésoin ;
- pour les interventions dans le cadre de la réadaptation, chaque fois que la situation ou l'objectif de soin le nécessite, une visite à domicile est fortement recommandée. Avant de pouvoir réaliser le télésoin, certaines adaptations du domicile seront peut-être nécessaires pour rendre le télésoin possible. Le système doit s'adapter au patient (et cela vaut pour les outils informatiques qui doivent être utilisables facilement par le patient) ;
- deux situations à exclure du télésoin sont citées : celles nécessitant un contact direct, celles nécessitant un matériel spécifique ;
- la situation des patients non-voyants ou malvoyants est discutée. Pour eux, il existe des solutions techniques. Le téléphone leur serait-il autorisé ?
- la situation des personnes sourdes ou malentendantes est accessible au télésoin puisque des systèmes de tchat peuvent être proposés.

Le Conseil national professionnel de l'ergothérapie considère que :

- les activités nécessitant un contact direct et celles nécessitant un matériel spécifique sont à exclure du télésoin. Parmi elles, on trouve :
 - le bilan initial ergothérapique ne peut pas être réalisé entièrement à distance. Lors de ce bilan, l'ergothérapeute évalue les difficultés de la personne dans ses activités et cherche à en comprendre les raisons et les ressources sur lesquelles la personne va pouvoir s'appuyer. L'analyse des mises en situation est plus efficace en présentiel ;
 - certains essais d'aides techniques doivent être réalisés en présentiel et dans le contexte d'utilisation en présence de l'ergothérapeute et de la personne pour être efficaces ;
 - certaines séances d'éducation thérapeutique doivent également être réalisées en présentiel : c'est le cas du bilan initial et des séances que l'ergothérapeute jugera nécessaire de réaliser en présentiel ;
 - une visite à domicile en présentiel par l'ergothérapeute est souvent nécessaire à l'évaluation globale et précise des difficultés de la personne dans son environnement. Elle permettra de réaliser les préconisations et adaptations adéquates ;
- avant de pouvoir réaliser le télésoin, certaines adaptations du domicile seront peut-être nécessaires pour le rendre possible. Le patient doit être capable d'utiliser le système de télésoin de façon efficace. Le système doit alors s'adapter au patient (et cela vaut pour les outils informatiques qui doivent être utilisables facilement par ce dernier, quelle que soit sa déficience) ;
- l'ergothérapeute est un professionnel habilité à établir des préconisations pour adapter le système de télésoin aux difficultés d'utilisation des personnes.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Les parties prenantes soulignent que les professionnels libéraux ne disposent pas de carte CPS, et s'interrogent donc sur la possibilité de s'authentifier, d'accéder au dossier médical partagé, etc. Ils précisent que ce point est à ce jour bloquant pour une bonne réalisation d'un acte de télésoin en sécurité.

Le Conseil national professionnel de l'ergothérapie considère que :

- il est indispensable que les professionnels utilisent des outils de télésoin agréés par l'État pour assurer la cybersécurité à la fois du professionnel et du patient ;
- le consentement éclairé du patient doit être impérativement recueilli par écrit, l'informant des risques liés à l'utilisation d'internet. Le formulaire doit préciser les références de l'assurance de responsabilité civile professionnelle de l'ergothérapeute, car, d'après le CNPE, de nombreuses assurances ne couvrent pas l'activité à distance. Un modèle de consentement éclairé pour l'activité libérale est à disposition sur le site du CNPE.

Les parties prenantes ont transmis des publications d'intérêt et soulignent l'expérience du Québec dans l'ergothérapie à distance (cf. publication de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec dans le Tableau 13).

Le Conseil national professionnel de l'ergothérapie a transmis une référence bibliographique lors de la phase de relecture :

- American Occupational Therapy Association (AOTA) Telehealth in occupational therapy. *Am J Occup Ther* 2018;72(Supplement 2):7212410059p1-p18.

<http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2018.72S219>

Données de la littérature

Deux publications d'intérêt ont été sélectionnées. Leur contenu est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 13 : références bibliographiques sélectionnées pour la profession d'ergothérapeute

Auteur, Pays, année « Intitulé »	Contenu des recommandations
<p>Ordre des ergothérapeutes du Québec Canada – 2013 « L'intervention ergothérapeutique à distance » (14)</p>	<p>Les situations cliniques non adaptées au télésoin sont celles pour lesquelles le recueil des données pertinentes à l'évaluation est très limité, voire impossible à distance, par exemple lorsque :</p> <ul style="list-style-type: none"> – une communication claire du patient est essentielle (ex. : analyse du langage corporel) ; – une intervention manuelle directe de l'ergothérapeute est nécessaire (ex. : évaluation de la sensibilité). <p>Autres recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> – disposer de technologies fiables avec son et image de qualité ; – consentement du patient requis, après l'avoir informé du type d'intervention à distance, des technologies utilisées et des coûts ; – respect des mêmes exigences relatives à la confidentialité, au secret professionnel et à la tenue des dossiers. <p>Conclusion : chaque situation doit être évaluée par l'ergothérapeute qui a la responsabilité de prodiguer des soins de qualité.</p>
<p><i>World Federation of occupational therapists</i> International – 2014 « <i>World Federation of occupational therapists' position statement on telehealth</i> » (20)</p>	<p>La télésanté est l'utilisation des TIC pour délivrer des services de santé lorsque le patient et le professionnel sont à distance. La télésanté peut concerner des interactions synchrones (ex. : vidéoconférence, surveillance à distance, etc.) et des échanges asynchrones de données (ex. : transmission de photos, courrier électronique, etc.).</p> <p>La télésanté peut être utilisée pour l'évaluation, l'intervention, la surveillance, la supervision, la consultation.</p> <p>L'exercice à distance de l'ergothérapie doit assurer des soins de même qualité que l'exercice en présentiel.</p> <p>La pratique à distance s'intègre dans une prise en charge « hybride » du patient comprenant des soins à distance et des soins en présentiel.</p> <p>La télésanté peut améliorer l'accès aux soins dans les zones « sous-denses ».</p> <p>Les TIC permettent aussi la formation des professionnels à distance et le partage d'expertise professionnelle.</p> <p>L'exercice à distance se fait dans le respect de l'éthique et de la réglementation, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> – disposer des autorisations d'exercer/enregistrement selon le territoire d'exercice ; – collaborer avec des ergothérapeutes locaux : promouvoir l'exercice en relation avec les organisations de soins locales ; – vérifier l'éligibilité du patient : le professionnel détermine si le télésoin est approprié à son patient (état clinique et objectifs de traitement, accès aux technologies). Le télésoin ne doit pas remplacer un soin en présentiel lorsque ce dernier est plus adapté ; – recueillir le consentement du patient : le professionnel informe le patient de la nature des soins, des risques et bénéfices, des traitements alternatifs et des moyens mis en œuvre pour protéger la vie privée et la sécurité/confidentialité des données de santé ; – disposer d'une assurance de responsabilité professionnelle adaptée à l'exercice à distance ;

- respecter la confidentialité des données : utiliser des technologies qui assurent la confidentialité des données (échanges synchrones et stockage) ;
- respecter la diversité et la culture du patient ;
- respecter de bonnes pratiques professionnelles.

10. Psychomotriciens

Définition de la profession

La profession de psychomotricien est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre III : professions d’ergothérapeute et de psychomotricien).

Article L. 4332-1 du CSP

Est considérée comme exerçant la **profession de psychomotricien** toute personne qui, non-médecin, exécute habituellement des actes professionnels de rééducation psychomotrice, définis par décret en Conseil d’État pris après avis de l’Académie nationale de médecine.

Les psychomotriciens exercent leur art sur prescription médicale.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des psychomotriciens sont décrits au Code de la santé publique. Ils sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 14 : actes professionnels des psychomotriciens

Référence article	Texte
Article R. 4332-1 du CSP	<p>Les personnes remplissant les conditions définies aux articles L. 4332-2, L. 4332-4 et L. 4332-5 sont habilitées à accomplir, sur prescription médicale et après examen neuropsychologique du patient par le médecin, les actes professionnels suivants :</p> <ol style="list-style-type: none">1° Bilan psychomoteur ;2° Éducation précoce et stimulation psychomotrices ;3° Rééducation des troubles du développement psychomoteur ou des désordres psychomoteurs suivants au moyen de techniques de relaxation dynamique, d’éducation gestuelle, d’expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d’équilibration et de coordination :<ol style="list-style-type: none">a) retards du développement psychomoteur ;b) troubles de la maturation et de la régulation tonique ;c) troubles du schéma corporel ;d) troubles de la latéralité ;e) troubles de l’organisation spatio-temporelle ;f) dysharmonies psychomotrices ;g) troubles tonico-émotionnels ;h) maladrotesse motrices et gestuelles, dyspraxies ;i) débilité motrice ;j) inhibition psychomotrice ;k) instabilité psychomotrice ;l) troubles de la graphomotricité, à l’exclusion de la rééducation du langage écrit ;

4° Contribution, par des techniques d'approche corporelle, au traitement des déficiences intellectuelles, des troubles caractériels ou de la personnalité, des troubles des régulations émotionnelles et relationnelles et des troubles de la représentation du corps d'origine psychique ou physique.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ la Fédération française des psychomotriciens (FFP), le 7 octobre 2019 ;
- ➔ le Syndicat national d'union des psychomotriciens (SNUP), le 21 octobre 2019 ;
- ➔ le Conseil national professionnel des psychomotriciens (CNPP), le 20 janvier 2020.

L'ensemble des parties prenantes rencontrées a fait le choix d'une contribution unique sous l'égide du Conseil national professionnel des psychomotriciens.

Le CNPP est une association loi 1901, créée en 2018, associant l'ensemble des organisations représentatives de la profession à l'échelon national, couvrant l'ensemble des modalités d'exercice (salariat, libéral, enseignement de formation initiale).

Présentation de la profession

La psychomotricité est un domaine des sciences humaines spécialisé dans les interactions entre motricité, cognition et psychisme dans leurs contextes émotionnel et relationnel. Elle représente l'ensemble des phénomènes relatifs à l'expression et à la régulation des comportements à la fois moteur et psychologique au niveau du corps.

Le psychomotricien est le spécialiste de la psychomotricité. Il s'agit d'une profession auxiliaire de la médecine, inscrite au livre III du Code de la santé publique, rattachée à la filière rééducation/réadaptation (CNU 91), et réalisant des interventions dans les champs de l'éducation, de la prévention, du repérage, du diagnostic et du soin, interventions encadrées par l'article R. 4332-1 du Code de la santé publique.

Actuellement, la formation menant à la profession de psychomotricien s'effectue en trois ans et est sanctionnée par un diplôme d'État placé sous la double tutelle ministère de la Santé/ministère de l'Enseignement supérieur. Le quota de formation dans l'un des 15 IFP de France est actuellement de 1 010 nouveaux diplômés par an.

On dénombre 13 600 psychomotriciens, comportant une proportion de 90 % de femmes, qui travaillent dans les établissements sanitaires et dans les établissements et services médico-sociaux – ESMS (dont 3 570 professionnels en hôpital), dans les établissements d'accueil du jeune enfant – EAJE, en libéral (3 520 professionnels installés, majoritairement en exercice mixte) dans les Ehpad et autres structures de gériatrie, ainsi que dans les entreprises. Les professionnels disposent d'un numéro ADELI. Ils ne sont donc pas encore inscrits au Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Le psychomotricien travaille essentiellement avec des personnes porteuses de troubles psychomoteurs (troubles du tonus, de la latéralité, des coordinations, des perceptions et représentations du corps, de l'espace et du temps), aux différents âges de la vie (bébés, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées). Plus généralement, toute personne présentant un trouble, une pathologie ou un

handicap peut bénéficier de soins psychomoteurs que ce soit dans les domaines sensoriel, moteur, cognitif ou psychique, que cette affection soit de naissance ou consécutive à un évènement de vie.

Actuellement, les psychomotriciens sont identifiés comme des professionnels ressources dans divers plans et stratégies de santé : Plan Alzheimer 2008-2012 suivi du Plan maladies neurodégénératives, Stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement, Stratégie de prévention et de protection de l'enfance. Ils sont également cités dans plus d'une cinquantaine de recommandations de la Haute Autorité de santé.

Le psychomotricien réalise, en individuel ou en groupe, des interventions portant spécifiquement sur les fonctions psychomotrices, se définissant comme les « fonctions mentales spécifiques du contrôle sur les évènements à la fois moteurs et psychologiques au niveau du corps » (fonction b-147 du Classement international du fonctionnement, du handicap et de la santé – OMS, 2001), les fonctions humaines auxquelles elles sont liées, et les synergies qui les articulent. Ils interviennent également dans le champ des thérapies psychocorporelles visant l'harmonie des interactions entre le corps et le psychisme. Il exerce en complémentarité avec les autres professions de santé, notamment avec les autres métiers de la rééducation/réadaptation.

Aucun acte professionnel n'est inscrit à la NGAP pour les psychomotriciens. Les actes en libéral sont donc exclusivement à la charge des familles qui disposent toutefois de modalités compensatoires (en lien avec les mutuelles, les territoires avec par exemple l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé ou AEEH, le forfait d'interventions précoces mis en place par la Stratégie nationale autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, etc.).

Cette absence de conventionnement à plusieurs conséquences pour les libéraux, notamment :

- pas de financement de l'obligation individuelle de développement professionnel continu (DPC) par l'ANDPC ;
- pas d'accès à la Carte de professionnel de santé (CPS) ou lecteur de carte Vitale (pour la facturation) ;
- par voie de conséquence, pas d'accès au dossier médical partagé (DMP) ni à la messagerie sécurisée qui lui est adossée.

Le CNPP pourrait prochainement déposer une première demande d'évaluation d'acte à la HAS pour le « bilan psychomoteur ». Ce premier acte évalué ouvrirait la possibilité d'un conventionnement avec l'UNCAM et permettrait que les écueils précédemment évoqués disparaissent.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Plusieurs domaines de la santé, dans lesquels interviennent les psychomotriciens, ont fait l'objet d'études et de rapports, notamment au Canada, ayant montré l'efficacité du télésoin : gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, trouble du neurodéveloppement (notamment le trouble du spectre de l'autisme), et inclusion scolaire.

Ces diverses contributions montrent de premiers résultats positifs de cette modalité de soin sur la régulation des comportements liés à diverses pathologies telles que la dépendance, la dépression ou le stress post-traumatique, les suivis post-accident (AVC notamment), l'aide au diagnostic ou le développement moteur (contrôle et apprentissage moteur, performance motrice), autant de domaines qui concernent au premier chef les psychomotriciens, qu'ils exercent en libéral, en hôpital ou autre structure médico-sociale.

Ce type d'interventions s'intègre naturellement dans la plupart des modalités d'exercice. Il semble opportun qu'elles se déroulent au sein d'un parcours de soins pluriprofessionnels structuré et coordonné pour en garantir la bonne utilisation et la traçabilité afin d'en vérifier la sécurisation et d'en assurer une évaluation rigoureuse tant de la pertinence que de l'efficacité.

Ces interventions doivent être envisagées en fonction des besoins du patient et de son entourage, et supposent un accompagnement de la famille ou de l'aidant qui pourront faire des points de guidance avec le professionnel qui guidera le soin. Il pourrait être réalisé en alternance avec du présentiel.

Concrètement, les interventions compatibles avec le télésoin peuvent être notamment :

- quelques éléments d'évaluation contributifs du bilan psychomoteur
- les techniques de remédiation cognitive ;
- certaines techniques de relaxation ;
- certaines techniques traitant des troubles de la coordination ;
- certaines techniques traitant des troubles de la motricité fine, du graphisme et de l'écriture ;
- le traitement des troubles visio-perceptifs ;
- l'éducation thérapeutique ;
- l'analyse des situations pour faire un point sur les effets entre deux séquences.

Les bénéfices du télésoin pour les patients pourraient être multiples :

- améliorer l'offre sur le territoire et auprès des expatriés ;
- améliorer la disponibilité du patient au moment du soin en évitant des temps de déplacements et d'attente (sources d'anxiété et de fatigue), en préservant les repères des patients avec un sentiment de plus grande sécurité ;
- faciliter l'accès aux soins pour les personnes à mobilité réduite ;
- réduire les coûts de déplacements à la charge des familles.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

La mise en place du télésoin doit impérativement succéder à un premier temps de rencontre, d'évaluation, et de préparation en présentiel. De même, les interventions nécessitant un contact physique, un équipement spécifique non disponible chez le patient, ou un espace de travail incompatible avec la seule capture vidéo ne seront pas compatibles avec le télésoin.

Plus précisément :

- le bilan psychomoteur initial doit être réalisé en présentiel pour évaluer le niveau de régulation tonique par exemple, et réaliser des mises en situation corporelle (posture, positionnement dans l'espace), difficilement réalisables par vidéoconférence. On peut envisager que certaines actions (utilisation d'outils de mesure, type holter, peuvent contribuer pour certains domaines – niveau tonique, fréquence de déplacement/agitation, préférence latérale, etc.), certains tests, dès lors qu'ils seront standardisés en situation de télésoin, pourront s'effectuer dans une situation non présenteielle. Surtout, le bilan devra évaluer la pertinence de la prise en charge par télésoin pour les interventions précitées ;
- les activités qui nécessitent un contact physique ;
- les patients trop agités.

Les patients pour lesquels la sollicitation attentionnelle et la communication nécessitent une stimulation plurisensorielle.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Les conditions pour la mise en place du télésoin pourraient être :

- l'accord éclairé du patient et de sa famille ;
- pour les patients nécessitant l'accompagnement d'un aidant, la préparation préalable de ce dernier au projet particulier qui le concerne ;
- la vérification des caractéristiques techniques du matériel informatique chez les patients comme chez les soignants, avec une attention particulière à la sécurité du dispositif ;
- l'utilisation de logiciels ou plateformes préalablement vérifiées ou certifiées conformes ;
- pour le déroulement du télésoin, une pratique dans une pièce dédiée temporairement exclusivement à cette activité, à la fois pour le patient et le soignant.

Le télésoin doit s'inscrire dans le parcours de soins coordonné avec une traçabilité rigoureuse. Les freins d'accès des psychomotriciens au dossier médical partagé, doivent impérativement être levés.

L'intervention en télésoin devrait faire l'objet d'un « reporting » rigoureux de la part des professionnels, à verser idéalement dans le dossier médical partagé.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

11. Orthophonistes

Définition de la profession

La profession d'orthophoniste est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre IV : professions d'orthophoniste et d'orthoptiste).

Article L. 4341-1 du CSP

La **pratique de l'orthophonie** comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales. L'orthophoniste dispense des soins à des patients de tous âges présentant des troubles congénitaux, développementaux ou acquis.

Il contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie, à la qualité de vie du patient ainsi qu'au rétablissement de son rapport confiant à la langue.

L'exercice professionnel de l'orthophoniste nécessite la maîtrise de la langue dans toutes ses composantes.

L'orthophoniste pratique son art sur prescription médicale.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthophoniste est habilité à accomplir les soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale. Un compte-rendu du bilan et des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention. Sauf indication contraire du médecin, il peut prescrire ou renouveler la prescription de certains dispositifs médicaux dont la liste est limitativement fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

L'orthophoniste exerce en toute indépendance et pleine responsabilité, conformément aux règles professionnelles prévues à l'article [L. 4341-9](#).

Il établit en autonomie son diagnostic et décide des soins orthophoniques à mettre en œuvre.

Dans le cadre des troubles congénitaux, développementaux ou acquis, l'orthophoniste met en œuvre les techniques et les savoir-faire les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthophonique du patient et participe à leur coordination. Il peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

La définition des actes d'orthophonie est précisée par un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des orthophonistes sont décrits au Code de la santé publique. Ils sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 15 : actes professionnels des orthophonistes

Référence article	Texte
Article R. 4341-1 du CSP	<p>L'orthophonie consiste :</p> <p>1° À prévenir, à évaluer et à prendre en charge, aussi précocement que possible, par des actes de rééducation constituant un traitement, les troubles de la voix, de l'articulation, de la parole, ainsi que les troubles associés à la compréhension du langage oral et écrit et à son expression ;</p> <p>2° À dispenser l'apprentissage d'autres formes de communication non verbale permettant de compléter ou de suppléer ces fonctions.</p>
Article R. 4341-2 du CSP	<p>Dans le cadre de la prescription médicale, l'orthophoniste établit un bilan qui comprend le diagnostic orthophonique, les objectifs et le plan de soins. Le compte-rendu de ce bilan est communiqué au médecin prescripteur accompagné de toute information en possession de l'orthophoniste et de tout avis susceptible d'être utile au médecin pour l'établissement du diagnostic médical, pour l'éclairer sur l'aspect technique de la rééducation envisagée et lui permettre l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution.</p>
Article R. 4341-3 du CSP	<p>L'orthophoniste est habilité à accomplir les actes suivants :</p> <p>1° Dans le domaine des anomalies de l'expression orale ou écrite :</p> <ul style="list-style-type: none">a) la rééducation des fonctions du langage chez le jeune enfant présentant un handicap moteur, sensoriel ou mental ;b) la rééducation des troubles de l'articulation, de la parole ou du langage oral, dysphasies, bégaiements, quelle qu'en soit l'origine ;c) la rééducation des troubles de la phonation liés à une division palatine ou à une incompétence vélo-pharyngée ;d) la rééducation des troubles du langage écrit, dyslexie, dysorthographe, dysgraphie, et des dyscalculies ;e) l'apprentissage des systèmes alternatifs ou augmentatifs de la communication ; <p>2° Dans le domaine des pathologies oto-rhino-laryngologiques :</p> <ul style="list-style-type: none">a) la rééducation des troubles vélo-tubo-tympaniques ;b) la rééducation des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole ;c) la rééducation et la conservation de la voix, de la parole et du langage, la démutisation et l'apprentissage de la lecture labiale, y compris dans le cas d'implants cochléaires ou d'autres dispositifs de réhabilitation ou de suppléance de la surdité ;d) la rééducation des troubles de la déglutition, dysphagie, apraxie et dyspraxie bucco-lingo-faciale ;e) la rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle pouvant justifier l'apprentissage des voix oro-œsophagienne ou trachéo-pharyngienne et de l'utilisation de toute prothèse phonatoire ; <p>3° Dans le domaine des pathologies neurologiques :</p> <ul style="list-style-type: none">a) la rééducation des dysarthries et des dysphagies ;b) la rééducation des fonctions du langage oral ou écrit liées à des lésions cérébrales localisées, aphasie, alexie, agnosie, agraphie, acalculie ;

c) le maintien et l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives du vieillissement cérébral.

[Article R. 4341-4 du CSP](#)

La rééducation orthophonique est accompagnée de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.

L'orthophoniste peut proposer des actions de prévention, d'éducation sanitaire ou de dépistage, les organiser ou y participer. Il peut participer à des actions concernant la formation initiale et continue des orthophonistes et éventuellement d'autres professionnels, la lutte contre l'illettrisme ou la recherche dans le domaine de l'orthophonie.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ la Fédération nationale des orthophonistes (FNO), le 11 octobre 2019 ;
- ➔ l'association ORTHOS, RÉFLEXIONS... ACTION (ORA), le 17 octobre 2019.

La FNO est le seul syndicat représentatif avec 8 500 adhérents. La FNO a transmis une plaquette de présentation de la profession ainsi que les résultats d'une enquête à grande échelle sur le télésoin.

L'Association ORA existe depuis quatre ans (octobre 2016). Son objectif est d'apporter un regard complémentaire à celui des syndicats, en y associant les autres professions du soin (infirmiers, médecins, etc.). L'association ORA a transmis un diaporama « Réflexions et échanges autour du télésoin en orthophonie », ainsi qu'une liste de références bibliographiques.

Le Collège français d'orthophonie (CFO) a été sollicité pour la phase de relecture. Le CFO existe depuis 2009, il est composé de la société savante de l'orthophonie (UNADREO) et de la FNO.

À noter que le Conseil national professionnel des orthophonistes a été désigné conseils nationaux professionnels (CNP) postérieurement aux auditions (arrêté du 20 mai 2020 modifiant l'arrêté du 20 août 2019 portant liste de CNP pouvant conventionner avec l'État en application de l'article D. 4021-1-1 du Code de la santé publique).

Présentation de la profession

La profession compte 25 000 orthophonistes, avec 20 000 libéraux et 5 000 salariés. Le *numerus clausus* est fixé à 905 étudiants. Il existe une vingtaine de centres de formation. Depuis 2013, les référentiels métier (formation, activités et compétences) sont reconnus au niveau master.

La pratique de l'orthophonie est définie à l'article 126 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS). Elle comporte :

- la promotion de la santé ;
- la prévention ;
- le bilan orthophonique et le traitement des troubles de la communication, du langage dans toutes ses dimensions, de la cognition mathématique, de la parole, de la voix et des fonctions oro-myo-faciales.

Les actes sont inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

L'orthophoniste exerce sur prescription médicale. L'accès direct à l'orthophonie est possible en cas d'urgence. La majorité des orthophonistes sont conventionnés.

Les orthophonistes peuvent se déplacer à domicile sur prescription médicale pour la prise en charge de personnes âgées dépendantes ou d'enfants handicapés.

Le contexte de la profession est marqué par :

- un grand nombre de postes vacants en établissements de santé (plus de 31 % des postes salariés), voire l'absence de poste d'orthophoniste dans des structures où ils sont indispensables à la prise en charge des patients (ex. : en post-AVC, en oncologie, etc.) ;
- un accès aux soins en tension à cause d'une démographie insuffisante pour répondre à l'accroissement de la demande, accroissement lié à l'extension de son champ de compétences et à la croissance des populations concernées.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

La profession est déjà mobilisée sur le télésoin avec l'Assurance maladie.

L'[article 6 de l'avenant 16 de la convention avec l'Assurance maladie](#) permet des expérimentations : « *Au regard de l'émergence des nouvelles technologies et pour favoriser l'accès aux soins de la population, les partenaires conventionnels initieront une réflexion sur la possibilité pour l'orthophoniste d'intervenir à distance auprès des patients via la télé-orthophonie. Des expérimentations pourront être envisagées dans ce cadre.* »

La Fédération nationale des orthophonistes considère que :

- dans le contexte évoqué ci-avant (tension sur l'offre, croissance de la demande...), à l'exception du bilan initial et, par exemple, de certaines rééducations oro-myo-faciales (ou de toute intervention orthophonique qui nécessite un toucher thérapeutique ou une présence physique/contact physique), le télésoin peut être intégré à tous actes de rééducation pour améliorer la prise en charge du patient à domicile ;
- le télésoin pourrait être élargi à une activité à distance entre professionnels, similaire à la télé-expertise et à la téléassistance médicale :
 - pour la collecte et la transmission d'images par un appareil sur le terrain en vue de leur interprétation à distance ;
 - pour l'organisation d'une expertise orthophonique à distance entre l'orthophoniste ou un autre professionnel de santé requérant (notamment médical) d'une structure hospitalière (à titre d'exemple, l'expérimentation de l'Oncopole de Toulouse, organisant une expertise à distance entre l'orthophoniste du service, le chimiothérapeute et l'orthophoniste libéral en consultation directe sur place avec le patient). À cette occasion, l'expertise permet de réaliser des gestes techniques entre pairs, de dépister des anomalies de déglutition, d'intermédiaire un geste technique du chirurgien, etc. La FNO propose une extension du périmètre du télésoin à la télé-expertise et à la télé-assistance comme en télé-médecine ?

La Fédération nationale des orthophonistes rappelle que l'orthophonie comprend la communication verbale et non verbale, ainsi que l'utilisation de matériel adapté à chaque patient quand nécessaire. Aussi performants soient-ils, les moyens de vidéo-transmission ne permettent pas un même niveau de communication qu'un soin en présentiel. Pour ces raisons, et même si le télésoin est adapté à certains patients et à certains soins, le recours au télésoin reste lié à l'appréciation du professionnel, à l'éligibilité du patient et à son consentement, avec au cours du traitement la possibilité de reconsidérer le type de prise en charge pour préserver la relation patient-soignant.

La Fédération nationale des orthophonistes a transmis les résultats de l'enquête qu'elle a conduite à grande échelle intitulée « Questionnaire sur la mise en application du télésoin en orthophonie dans le cadre des mesures dérogatoires exceptionnelles dans le contexte de la crise sanitaire liée à la pandémie due au Covid-19 ».

Cette enquête porte sur le déploiement du télésoin en orthophonie sur l'ensemble du territoire (métropole et territoires d'outre-mer) et les conditions d'appropriation de cet outil ou l'absence de son utilisation. Elle permet une revue des soins effectués et des difficultés rencontrées à partir des retours de terrain récoltés. Elle permet un premier niveau d'analyse pondérée des résultats.

Réalisée du 16 au 23 avril 2020, cette enquête a recueilli 6 176 réponses d'orthophonistes.

L'Association ORA considère que :

- dans le contexte évoqué ci-avant (tension sur l'offre, croissance de la demande, etc.), à l'exception du bilan et des rééducations qui nécessitent un contact et/ou une présence physique, et/ou l'utilisation de matériel particulier, le télésoin peut être intégré à tous actes de rééducation pour améliorer la prise en charge du patient à domicile ;
- le télésoin devrait rester exceptionnel et répondre à une nécessité thérapeutique définie par l'orthophoniste, hors notion de convenance personnelle du professionnel comme du patient ;
- le télésoin doit garantir une qualité de soins égale aux séances en présentiel ;
- le télésoin pourrait être adapté aux adolescents, aux patients autonomes, aux personnes à mobilité réduite ou en incapacité de se déplacer à la suite d'un accident (pour lesquels la fréquence des soins est généralement bi-hebdomadaire) ;
- le télésoin pourrait être utile pour la guidance familiale et les aidants (la création d'un nouvel acte spécifique de guidance ou de prévention serait bienvenue, car actuellement, ces interventions ne sont pas valorisées), pour les troubles de spectre autistiques et l'observation du suivi des séances réalisées à domicile, pour des soins impossibles à domicile (en Corse, à la montagne) et pour la rééducation intensive (quatre séances par semaine).

L'association ORA a conduit une enquête avant la crise sanitaire sur le télésoin auprès de ses adhérents dont les résultats sont présentés en séance. Cette enquête montre notamment que quatre orthophonistes pratiquaient déjà le télésoin pour des expatriés. Pour 16 %, le télésoin est adapté et pour 30 %, il ne l'est pas.

L'association ORA exprime le besoin d'élargissement du télésoin à une activité à distance entre professionnels, similaire à la télé-expertise.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

La Fédération nationale des orthophonistes considère que :

- certaines situations, à déterminer au cas par cas, pourraient être exclues du télésoin : nécessité de touchers thérapeutiques, les soins nécessitant des mobilisations ;
- concernant le bilan initial, la FNO considère qu'il convient d'abord de conduire des études avant d'envisager une réalisation en télésoin (étude sur une procédure d'évaluation à distance de la dysphagie, etc.) ;
- les situations de maltraitance (enfants en danger, etc.) sont plus difficiles à détecter à distance.

La Fédération nationale des orthophonistes exprime des craintes concernant l'existence d'offres privés étrangers, qui trompent les patients en se positionnant dans le périmètre d'activité de la profession d'orthophoniste sans le revendiquer (et ne sont donc pas attaques) et risquent de s'engouffrer dans le télésoin.

Enfin, la Fédération nationale des orthophonistes rappelle simplement que le télésoin ne réglera en rien la situation de tension démographique dans laquelle est la profession pour répondre aux besoins en soins de la population. Elle a maintes fois alerté les tutelles sur ce point.

L'association ORA considère que :

- certaines situations pourraient être exclues du télésoin. La liste ci-après n'est pas exhaustive ou exclusive, tout dépend des situations et des patients : par exemple, nécessité de touches thérapeutiques, maladies neurodégénératives trop avancées, les jeunes enfants (moins de 5 ans) chez qui les écrans sont déconseillés, les personnes à handicaps lourds, les soins nécessitant des mobilisations, des gestes, des interactivités importantes, les manipulations logico-mathématiques qui nécessitent du matériel ;
- la profession est concernée par la dépendance aux écrans des enfants qui pourrait entraîner des troubles (pas de consensus à ce jour), le télésoin par vidéo-transmission les exposerait encore davantage aux écrans ;
- les situations de maltraitance (enfants en danger, etc.) sont plus difficiles à détecter à distance.

L'association ORA exprime des craintes :

- concernant l'existence d'offres privés étrangers, qui trompent les patients en se positionnant dans le périmètre d'activité de la profession d'orthophoniste sans le revendiquer (et ne sont donc pas attaques) et risquent de s'engouffrer dans le télésoin ;
- sur les conséquences du télésoin qui pourrait augmenter la tension sur la démographie professionnelle à cause de problèmes techniques (perte de temps) ou d'une généralisation des actes à distance au détriment des patients du territoire nécessitant une prise en charge en présentiel.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Les orthophonistes disposent de moyens d'authentification (carte CPS et lecteurs de carte SESAM-Vitale). Ils ont accès au dossier médical partagé (DMP) et utilisent des messageries sécurisées de santé. Les logiciels métier les plus utilisés sont compatibles DMP.

Les comptes-rendus du bilan diagnostique peuvent être versés au DMP. Dans le cadre de soins en série, la rédaction d'un compte-rendu à chaque séance n'est pas pertinente.

Le contexte du télésoin devrait faire l'objet d'une attention particulière (installation au calme, luminosité, connexion et volume de son suffisants, etc.).

Les outils devraient intégrer des fonctionnalités permettant une excellente interactivité, et une bonne communication entre le professionnel et son patient. Ils devraient également garantir un haut niveau de sécurité des flux vidéo et des échanges de données de santé entre le patient et le professionnel, et entre professionnels de santé. La confidentialité doit rester la règle tout comme en présentiel. Il serait utile de sécuriser les connexions également côté patient.

Il doit exister un dialogue permanent entre le professionnel et le patient sur les modalités du soin, afin d'en évaluer les bénéfices ou les écueils, et modifier ces modalités si nécessaire (reprise du soin en présentiel par exemple).

La profession insiste sur le besoin de coordination entre différentes professions de santé (ex. : neuropédiatres, psychomotriciens, diététiciens, etc.) autour du patient (ex. : prise en charge de patients en situation de handicap moteur).

Données de la littérature

Les publications identifiées concernent les orthophonistes²¹ et les audiologistes²². Leur contenu est résumé dans le tableau suivant.

²¹ En anglais : « *Speech-language pathologists, or SLPs, work with people who have problems with speech, language, thinking, and swallowing* » d'après *American Speech-Language-Hearing Association*.

²² En anglais : « *Audiologists are healthcare professionals who provide patient-centered care in the prevention, identification, diagnosis, and evidence-based treatment of hearing, balance, and other auditory disorders for people of all ages* » d'après *American Speech-Language-Hearing Association*.

Tableau 16 : références bibliographiques sélectionnées pour la profession d'orthophoniste

Auteur, Pays, année « Intitulé »	Contenu des recommandations
<p>Alberta College of Speech-language Pathologists and Audiologists Canada – 2009 « <i>Guideline : Use of telepractice in the provision of clinical services by speech-language pathologists and audiologists</i> » (5)</p>	<p>Définition</p> <p>L'expression « télépratique » renvoie à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour abolir les distances géographiques entre professionnels de santé entre eux ou entre professionnels de santé et usagers dans le but de faire un diagnostic, un traitement, une consultation, de l'éducation ou du transfert d'information de santé.</p> <p>La télépratique peut comprendre un service « en direct » ou « en différé ».</p> <p>Le mode « en direct » ou en temps réel fait appel notamment au téléphone ou à la vidéoconférence. Le mode « en différé » nécessite l'enregistrement, la sauvegarde et la transmission d'images audio ou visuelles qui seront examinées ultérieurement (p. ex. : courriel, télécopie, bande sonore ou enregistrements magnétoscopiques).</p> <p>Contexte</p> <p>Les bénéfices attendus de la « télépratique » :</p> <ul style="list-style-type: none"> – améliorer l'accès aux soins, notamment dans les zones rurales et/ou éloignées et pour les patients ayant des difficultés à se déplacer ; – augmenter la fréquence de suivi des patients ; – réduire les coûts liés aux transports ; – faciliter l'accès à des soins spécialisés (ex. : recours à un interprète) ; – améliorer la collaboration entre professionnels ; – réduire les temps de déplacements des professionnels de santé, notamment en zone rurale et libérer du temps médical ; – possibilité de travail en supervision des professionnels de santé avec des assistants formés auprès du patient ; – compléter des bilans fonctionnels de patient en réalisant des entretiens à distance, y compris avec les soignants et poches du patient ; – possibilité d'évaluer le patient chez lui, dans son environnement habituel ; – réduire l'isolement des professionnels. <p>Les défis liés à la « télépratique » :</p> <ul style="list-style-type: none"> – accompagner les individus (professionnels et patients) pour qu'ils utilisent les technologies aisément et puissent résoudre des problèmes techniques ; – vigilance et moyens accrus pour protéger les données des patients ; – risques de problèmes de communication ; – le temps pour établir la relation entre patient et professionnels peut être plus long ;

- nécessité de réseau internet haut débit ;
- il faut équiper les cabinets avec des technologies de communication.

Prérequis

- respect du code d'éthique et des recommandations de bonne pratique ;
- respect des lois et règlements ;
- consentement éclairé du patient nécessaire avant soin à distance ;
- respect des règles de confidentialité et de protection des données ;
- les images partagées doivent être cryptées.

Recommandations

Les professionnels doivent :

1. S'assurer que la prise en charge à distance répond aux mêmes standards que la prise en charge en présentiel ;
2. Respecter les bonnes pratiques et s'engager dans une pratique basée sur les preuves (les professionnels doivent partager les données et les revues de la littérature sur la pratique à distance) ;
3. Se baser sur les preuves disponibles pour choisir le mode de traitement le plus adapté au trouble du patient (ex. : le téléphone et des enregistrements sur bande ont montré leur efficacité pour traiter des problèmes d'élocution) ;
4. Disposer des compétences nécessaires pour prodiguer des soins à distance (compétences technologiques pour utiliser l'équipement ou assistance par un tiers formé ; s'assurer de la qualité du son et de l'image en lien avec besoins du patient) ;
5. Informer les patients des bénéfices/risques liés à la pratique à distance, notamment :
 - bénéfices et limites de la technologie ;
 - mesures prises pour assurer la confidentialité et les risques liés à la technologie ;
 - alternatives de prise en charge ;
 - utilisation et stockage des données ;
 - procédure à suivre en cas d'échec ou rupture de connexion ;
 - personne responsable de la prise en charge.
6. Tenir compte des traditions, cultures et croyances du patient ;
7. Proposer des soins en présentiel au patient auprès d'un autre professionnel près de chez lui quand le patient ne souhaite pas des soins à distance et il n'est pas possible d'assurer soi-même les soins en présentiel dans des délais appropriés.

Orthophonie et audiologie Canada

Canada – 2006

« L'utilisation de la télépratique par les orthophonistes et les audiologistes membres d'OAC (Orthophonie et Audiologie Canada) »

Position : L'Association canadienne des orthophonistes et audiologistes (ACOA) appuie le recours à la télépratique tant dans le domaine de l'orthophonie que de l'audiologie en vue d'améliorer l'accès à des services prodigués par des professionnels compétents.

Définition : L'expression « télépratique » renvoie à l'utilisation de la technologie pour offrir des services d'orthophonie et d'audiologie à distance. La télépratique peut comprendre un service « en direct » ou « en différé ». Le mode « en direct » ou en temps réel fait appel notamment au téléphone ou à la vidéoconférence. Le mode « en différé » nécessite l'enregistrement, la sauvegarde et la transmission d'images audio ou visuelles qui seront examinées ultérieurement (p. ex. : courriel, télécopie, bande sonore ou enregistrements magnéto-copiques).

(16)

Fondement :

- les percées technologiques permettent à des professionnels de recourir à la télépratique ;
- le recours à la télépratique accroît la fréquence du suivi et l'efficacité du service, améliore l'accessibilité des services pour les clients et offre aux professionnels l'accès à des occasions de perfectionnement ;
- la télépratique peut favoriser la collaboration, car elle donne la possibilité de consulter un professionnel qui possède des compétences spécialisées et de travailler en équipe, même si l'un des membres de l'équipe se situe à distance.

Recommandations

- connaître et respecter les exigences qui s'appliquent (règlements, lois, etc.) dans la localité du professionnel et du patient ;
- le champ et la nature des activités menées par le biais de la télépratique doivent être comparables à ceux durant les séances en personne. La qualité des signaux audio et vidéo doit convenir pour les activités menées. Toute déviation au protocole habituel pour les rencontres privées en clinique doit être consignée par écrit ;
- les membres doivent s'assurer que :
 - ils ont les compétences nécessaires pour utiliser l'équipement ou qu'ils disposent de l'aide technique nécessaire ;
 - tout le matériel fonctionne et qu'il est calibré (s'il y a lieu) ;
 - ils se conforment aux lois, règlements et codes visant la sécurité ;
 - ils respectent les politiques et méthodes pertinentes pour la prévention des infections ;
- prendre en compte les croyances et cultures des patients ;
- protéger la vie privée et les renseignements personnels du client. Informer le patient que des mesures de protection sont en place pour préserver la confidentialité des renseignements personnels, mais qu'aucune technologie n'est infaillible. Toutes les personnes présentes auprès du professionnel et/ou auprès du patient doivent être identifiées et présentées ;
- obtenir un consentement éclairé avant les séances de télépratique. Pour ce faire, ils doivent expliquer les avantages et les limites d'un mode de prestation de services, les services de rechange, l'utilisation et le stockage des signaux transmis, le plan d'action en cas de défaillance technique et la personne qui sera responsable des soins de suivi.

12. Orthoptistes

Définition de la profession

La profession d'orthoptiste est définie dans le Code de la santé publique (Partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre IV : professions d'orthophoniste et d'orthoptiste).

Article L. 4342-1 du CSP

La **pratique de l'orthoptie** comporte la promotion de la santé, la prévention, le bilan orthoptique et le traitement des altérations de la vision fonctionnelle sur les plans moteur, sensoriel et fonctionnel ainsi que l'exploration de la vision.

L'orthoptiste pratique son art sur prescription médicale ou, dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin.

Il dépiste, évalue, rééduque, réadapte et explore les troubles de la vision, du nourrisson à la personne âgée. Il participe à la prévention des risques et incapacités potentiels.

L'orthoptiste exerce son activité en toute indépendance et en pleine responsabilité, conformément aux règles professionnelles prévues au 1° de l'article [L. 4342-7](#).

Dans le cadre des troubles congénitaux ou acquis, l'orthoptiste met en œuvre les techniques et les savoir-faire les plus adaptés à l'évaluation et au traitement orthoptique du patient et participe à leur coordination. Son intervention contribue notamment au développement et au maintien de l'autonomie et à la qualité de vie du patient.

Il peut prescrire ou, sauf indication contraire du médecin, renouveler les prescriptions médicales des dispositifs médicaux d'orthoptie dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale pris après avis de l'Académie nationale de médecine²³.

Il peut adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.

L'orthoptiste peut réaliser les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles.

Il peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

La définition des actes d'orthoptie et les conditions de l'adaptation prévue au septième alinéa sont précisées par un décret en Conseil d'État pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des orthoptistes sont décrits au Code de la santé publique. Ils sont listés dans le tableau suivant.

²³ [Arrêté du 31 mars 2017 fixant la liste des dispositifs médicaux que les orthoptistes sont autorisés à prescrire.](#)

Tableau 17 : actes professionnels des orthoptistes

Référence article	Texte
Article R. 4342-1 du CSP	<p>L'orthoptie consiste en des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision utilisant éventuellement des appareils et destinés à traiter les anomalies de la fonction visuelle.</p> <p>Dans son activité, l'orthoptiste est habilité à réaliser un interrogatoire et à recueillir les informations concernant le patient et son entourage dans le respect du secret professionnel.</p> <p>La prise en charge orthoptique est accompagnée, le cas échéant, de conseils appropriés à l'entourage proche du patient.</p>
Article R. 4342-1-1 du CSP	<p>I. – L'orthoptiste est habilité à pratiquer ses actes en application d'une prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur.</p> <p>II. – Lorsqu'il exerce dans le cadre du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, au sein d'un établissement de santé, dans les services de santé décrits au titre II du livre III de la sixième partie, dans les hôpitaux et centres médicaux des armées ou dans les services de santé au travail, l'orthoptiste peut également réaliser les actes mentionnés aux articles R. 4342-2 et R. 4342-4 à R. 4342-7, en application d'un protocole organisationnel préalablement établi, daté et signé par un ou plusieurs médecins ophtalmologistes exerçant dans ces structures. Ce protocole mentionne les noms et les adresses professionnelles des orthoptistes concernés.</p> <p>III. – En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthoptiste est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en orthoptie. Un compte-rendu des actes accomplis dans ces conditions est transmis au médecin dès son intervention.</p>
Article R. 4342-1-2 du CSP	<p>Le protocole organisationnel permet à un orthoptiste de participer à la prise en charge de patients suivis par un médecin ophtalmologiste signataire de ce protocole.</p> <p>Il peut concerner :</p> <p>1° La préparation par l'orthoptiste de l'examen médical du médecin ophtalmologiste ;</p> <p>2° Le suivi par l'orthoptiste d'un patient dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée, sans examen ophtalmologique réalisé le même jour, afin de vérifier que l'état reste stabilisé.</p> <p>Le patient est informé de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole organisationnel.</p>
Article R. 4342-1-3 du CSP	<p>Le protocole organisationnel décrit les situations médicales concernées et les actes orthoptiques nécessaires.</p>
Article R. 4342-1-4 du CSP	<p>Lorsque le protocole est utilisé pour le suivi par l'orthoptiste d'un patient dont la pathologie visuelle est déjà diagnostiquée, sans examen ophtalmologique réalisé le même jour, afin de vérifier que l'état reste stabilisé, il précise :</p> <p>1° La durée au-delà de laquelle un examen médical ophtalmologique est nécessaire ;</p> <p>2° Les situations de sortie du protocole, notamment en cas d'évolution apparaissant sur les examens pratiqués ou de constatation d'éléments sans rapport avec la situation ciblée par le protocole ;</p> <p>3° Les modalités de transmission au médecin ophtalmologiste des informations relatives à l'interrogatoire et aux examens réalisés.</p> <p>Un compte-rendu, signé par le médecin ophtalmologiste, est alors adressé au patient.</p>
Article R. 4342-2 du CSP	<p>L'orthoptiste est seul habilité sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel défini à la présente section, à établir un bilan qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins. Ce bilan, accompagné du choix des actes et des techniques appropriées, est communiqué au médecin prescripteur.</p> <p>La réalisation d'un bilan orthoptique comporte l'étude des axes sensoriel, moteur et fonctionnel de la vision.</p> <p>Dans le cadre de ce bilan, l'orthoptiste peut être amené à effectuer :</p> <p>1° Une mesure de la réfraction et de l'acuité visuelle ;</p>

	<p>2° Une étude des mouvements oculaires enregistrés ou non ;</p> <p>3° Un bilan des déséquilibres oculomoteurs ;</p> <p>4° Une déviométrie ;</p> <p>5° Une analyse fonctionnelle des troubles neuro-visuels.</p>
Article R. 4342-3 du CSP	<p>L'orthoptiste est seul habilité sur prescription médicale et après réalisation du bilan décrit à l'article R. 4342-2, à effectuer la prise en charge orthoptique :</p> <p>1° Des strabismes ;</p> <p>2° Des paralysies oculomotrices ;</p> <p>3° De l'amblyopie ;</p> <p>4° Des hétérophories ;</p> <p>5° Des troubles de la vision binoculaire et de ses déséquilibres ;</p> <p>6° Des troubles neurosensoriels, fusionnels et accommodatifs ;</p> <p>7° Des troubles de l'orientation du regard et des mouvements oculaires ;</p> <p>8° Des troubles neuro-ophtalmologiques ou neuro-visuels ;</p> <p>9° Des conséquences neuro-ophtalmologiques des pathologies générales ;</p> <p>10° Des troubles de la communication visuelle ;</p> <p>11° Des déficiences visuelles d'origine périphérique ou neuro-ophtalmologique (basse vision).</p> <p>L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation du traitement en fonction de l'évolution et de l'état de santé du patient et de l'évolution du traitement orthoptique à l'issue de la dernière séance prévue dans le plan de soin effectué lors du bilan.</p>
Article R. 4342-4 du CSP	<p>Sur prescription médicale, ou dans le cadre d'un protocole organisationnel défini à la présente section, l'orthoptiste est habilité à :</p> <p>1° Déterminer l'acuité visuelle et la réfraction, avec ou sans dilatation, les médicaments nécessaires à la réalisation étant prescrits par le médecin ;</p> <p>2° Procéder à l'irrigation de l'œil et instillation de collyres ;</p> <p>3° Recueillir des sécrétions lacrymales ;</p> <p>4° Réaliser les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles de contact oculaire et des verres scléraux.</p>
Article R. 4342-5 du CSP	<p>L'orthoptiste est habilité, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel défini à la présente section, à effectuer les actes professionnels suivants :</p> <p>1° Périmétrie ;</p> <p>2° Campimétrie ;</p> <p>3° Étude de la sensibilité au contraste et de la vision nocturne ;</p> <p>4° Exploration du sens chromatique ;</p> <p>5° Rétinographie mydriatique et non mydriatique. Les médicaments nécessaires à la réalisation sont prescrits par le médecin ;</p> <p>6° Tonométrie sans contact.</p> <p>L'interprétation des résultats est de la compétence du médecin prescripteur ou d'un médecin ophtalmologiste signataire du protocole organisationnel.</p>
Article R. 4342-6 du CSP	<p>L'orthoptiste est habilité, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel défini à la présente section, à effectuer les actes professionnels suivants :</p> <p>1° Pachymétrie cornéenne sans contact ;</p> <p>2° Enregistrement des mouvements oculaires ;</p> <p>3° Tomographie par cohérence optique oculaire ;</p>

	<p>4° Topographie cornéenne ;</p> <p>5° Biométrie oculaire préopératoire sans contact ;</p> <p>6° Examen spéculaire de la cornée sans contact ;</p> <p>7° Aberrométrie oculaire ;</p> <p>8° Photographie du segment antérieur de l'œil et de la surface oculo-palpébrale ;</p> <p>9° Photographie des deux yeux dans les différentes positions du regard.</p> <p>L'interprétation des résultats est de la compétence d'un médecin ophtalmologiste.</p>
Article R. 4342-7 du CSP	<p>L'orthoptiste est habilité, sur prescription médicale ou dans le cadre d'un protocole organisationnel défini à la présente section, à participer, sous la responsabilité d'un médecin en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement, aux enregistrements effectués à l'occasion des explorations fonctionnelles suivantes :</p> <p>1° Angiographie rétinienne, à l'exception de l'injection qui est effectuée par un professionnel de santé habilité ;</p> <p>2° Électrophysiologie oculaire ;</p> <p>3° Biométrie oculaire avec contact ;</p> <p>4° Pachymétrie avec contact.</p> <p>L'interprétation des résultats est de la compétence du médecin responsable de l'exécution de l'examen.</p>
Article R. 4342-8 du CSP	<p>Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, l'orthoptiste participe, dans le cadre des actes prévus aux articles R. 4342-1 à R. 4342-7, à différentes actions d'éducation, de prévention, de dépistage, de formation, de recherche et d'encadrement.</p> <p>Ces actions concernent en particulier :</p> <p>1° La formation initiale et continue des orthoptistes ;</p> <p>2° La contribution à la formation d'autres professionnels ;</p> <p>3° La collaboration, en particulier avec les autres membres des professions sanitaires et sociales, permettant de réaliser des interventions coordonnées, notamment en matière de prévention ;</p> <p>4° Le développement de la recherche dans le domaine de l'orthoptie.</p>

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

➔ le Syndicat autonome national des orthoptistes (SNAO), le 4 octobre 2019.

Le Syndicat autonome national des orthoptistes existe depuis soixante ans et est l'unique organisme syndical représentant la profession (1 200 adhérents, principalement libéraux, soit environ 20 à 25 % de la profession).

Le Syndicat autonome national des orthoptistes a transmis un document intitulé « L'orthoptie en 2019 : état des lieux et propositions » accompagné d'une note présentant le métier et les chiffres clés de l'orthoptie.

Présentation de la profession

La profession compte environ 4 500 professionnels, dont 2 800 libéraux. Pour exercer la profession d'orthoptiste, le professionnel doit être titulaire du certificat de capacité d'orthoptiste (préparé en trois ans).

La majorité des jeunes diplômés sont, depuis une dizaine d'années et encore à ce jour, formés à la consultation (réalisation des pré-examens) et ne sont plus formés, au sein des UFR, à la rééducation ou à la réadaptation qui constituent pourtant le cœur historique de la profession, et qui, si elles n'étaient plus enseignées ni pratiquées, entraîneraient un problème de santé publique majeur. Ils sont ensuite embauchés dans un cabinet ophtalmologique avec pour conséquence un effritement démographique progressif des orthoptistes libéraux qui ne parviennent plus à trouver ni remplaçant ni successeur.

Les orthoptistes traitent des patients pathologiques ayant un besoin de rééducation, une maladie neurodégénérative (sclérose en plaques, maladie de Parkinson, suite d'AVC, etc.) ou des pathologies ophtalmologiques (dégénérescence maculaire liée à l'âge, glaucome, etc.). Ils interviennent ponctuellement à domicile par exemple pour évaluer l'ergonomie visuelle du patient, vérifier qu'il réalise bien les conseils prodigués au cabinet, s'assurer de son autonomie à son domicile, etc.

Les orthoptistes travaillent uniquement sur ordonnance (prescriptions principalement par des ophtalmologistes, médecins généralistes, pédiatres, etc.) sauf en cas d'urgence (exception introduite par la loi de modernisation de notre système de santé en 2016).

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (2019) fonde les orthoptistes à renouveler les lunettes des patients pour améliorer la santé visuelle de leurs patients (avec changement de correction).

Le Syndicat autonome national des orthoptistes revendique la possibilité d'un accès direct aux orthoptistes pour : les patients non porteurs de pathologies (physiologiques), de pathologies stabilisées ou non compliquées, les patients déjà pris en charge par d'autres professionnels (ex. : ophtalmologiste, orthophoniste) qui demandent un bilan orthoptique, et pour les étapes du carnet de santé de l'enfant.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Le Syndicat autonome national des orthoptistes rappelle que les orthoptistes sont impliqués dans la télémédecine depuis longtemps avec l'acte sur le dépistage de la rétinopathie diabétique qui est le premier acte de télémédecine pris en charge en ville (2014). En outre, les activités des orthoptistes s'appuient de plus en plus sur des technologies numériques qui requièrent à ce jour une analyse d'image « humaine » par un ophtalmologiste. Les orthoptistes demandent que ce travail d'analyse « humaine » puisse être soulagé pour partie avec des logiciels d'intelligence artificielle qui seraient placés au sein de leurs cabinets afin de n'envoyer que les clichés « douteux » à l'analyse « humaine », par exemple.

Après un premier bilan réalisé en présentiel, certaines séances de rééducation pourraient être réalisées à distance (mouvement des yeux ou travail neurovisuel, par exemple) avec un moyen de vidéo-transmission ou un casque de réalité virtuelle (ex. : forcer la convergence et l'accommodation).

Pour le volet réadaptation, les patients ayant des difficultés de mobilité, une visite à distance du lieu de vie du patient avec un moyen de vidéo-transmission pourrait être envisagée. Certains exercices

pourraient également être réalisés à distance (domicile du patient, etc.), pour maintenir une capacité visuelle performante, entre deux rendez-vous en présentiel.

Le Syndicat autonome national des orthoptistes considère qu'un orthoptiste pourrait coordonner plusieurs séances de rééducation à distance, car cette dernière est réalisable en groupe.

Dans un avenir proche, il pourrait y avoir des activités de dépistage réalisables à distance, compte tenu de l'évolution des technologies numériques.

Concernant la télésanté, le Syndicat autonome national des orthoptistes exprime le besoin d'étendre les requérants d'une télé-expertise aux auxiliaires médicaux (l'orthoptiste peut avoir besoin de solliciter le médecin généraliste ou l'ophtalmologiste). Le Syndicat autonome national des orthoptistes souhaiterait également que la télé-expertise entre professions paramédicales soit reconnue (ex. : un kinésithérapeute peut solliciter l'avis d'un orthoptiste pour un de ses patients qui « se cogne » toujours du côté droit).

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

Une activité qui nécessite un matériel spécifique (ex. : mesure de vue) ne peut être réalisée en télésoin que si les équipements sont disponibles auprès du patient, et s'ils peuvent être, soit mis en service par un professionnel de santé accompagnant, soit commandés à distance. Certains centres ophtalmologiques regroupant différents professionnels (médecins ophtalmologistes, orthoptistes, assistantes médicales) permettent déjà une prise en charge à distance. Il existe déjà des structures médicales entrepreneuriales qui organisent des téléconsultations avec un ophtalmologiste après un premier bilan réalisé sur place par l'orthoptiste.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Les orthoptistes disposent d'une carte de professionnel de santé (CPS) et d'un accès au dossier médical partagé et aux messageries sécurisées de santé.

Le Syndicat autonome national des orthoptistes a demandé une modification de la matrice d'habilitation du dossier médical partagé. Les orthoptistes partagent les mêmes droits d'accès au dossier médical partagé que les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les diététiciens, mais la profession se considère plus proche des orthophonistes et des masseurs-kinésithérapeutes et souhaite les mêmes accès que les orthophonistes.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

13. Manipulateurs d'électroradiologie médicale

Définition de la profession

La profession de manipulateur d'électroradiologie médicale est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre V : professions de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical).

Article L. 4351-1 du CSP

Est considérée comme exerçant la **profession de manipulateur d'électroradiologie médicale** toute personne, non-médecin, qui exécute, sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin, des actes professionnels d'électroradiologie médicale.

Le cas échéant, le manipulateur d'électroradiologie médicale intervient sous l'autorité technique d'un physicien médical pour les activités de physique médicale mises en œuvre au cours de la préparation ou de la réalisation des actes exposant aux rayonnements ionisants. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine, définit les actes ou les activités réalisés par les manipulateurs d'électroradiologie médicale ainsi que les conditions dans lesquelles ils sont effectués.

Le manipulateur d'électroradiologie médicale peut également, dans le cadre prévu à l'article L. 5126-3 et sous l'autorité technique d'un pharmacien, aider à réaliser les actes définis par décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de pharmacie.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des manipulateurs d'électroradiologie médicale sont décrits au Code de la santé publique. Ils sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 18 : actes professionnels des manipulateurs d'électroradiologie médicale

Référence article	Texte
Article R. 4351-1 du CSP	<p>Le manipulateur d'électroradiologie médicale contribue, dans les conditions définies aux articles R. 4351-2 à R. 4351-3, à la réalisation :</p> <p>1° Des examens nécessaires à l'établissement d'un diagnostic mettant en œuvre des rayonnements ionisants ou d'autres agents physiques ;</p> <p>2° Des traitements mettant en œuvre des rayonnements ionisants ou d'autres agents physiques.</p> <p>Il intervient dans les domaines de l'imagerie médicale, de la médecine nucléaire, de la radiothérapie et des explorations fonctionnelles, sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin de la spécialité concernée.</p>
Article R. 4351-2 du CSP	<p>Dans le cadre des actes et activités prévus aux articles R. 4351-2-1 à R. 4351-2-3 qu'il réalise, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à accomplir, sous la responsabilité du médecin mentionné à l'article R. 4351-1, les activités suivantes :</p>

- 1° Accueil et information du patient sur le déroulement de l'examen ou du traitement, y compris en phase pré-thérapeutique ;
- 2° Recueil auprès du patient puis analyse des informations et données nécessaires à la sécurité et à la réalisation de l'examen ou du traitement ;
- 3° Identification des besoins du patient en rapport avec les techniques utilisées et selon la situation clinique ;
- 4° Installation et positionnement du patient, conformément aux exigences de la technique utilisée, en tenant compte de son état clinique ;
- 5° Surveillance clinique du patient et continuité des soins durant les examens et traitements ;
- 6° Paramétrage et déclenchement de l'appareillage ;
- 7° Recueil, analyse qualitative, traitement et transfert du signal ou de l'image, à l'exclusion des actes mentionnés au b du 1° de l'article [R. 4351-2-2](#) ;
- 8° Préparation du matériel de ponction, de cathétérisme, d'injection, d'exploration et médico-chirurgical ;
- 9° Reconstitution et mise sous forme appropriée à leur administration des médicaments nécessaires à la réalisation de l'examen ou du traitement, en dehors des situations prévues à l'article [R. 4351-2-4](#) ;
- 10° Réalisation ou recueil des prélèvements de sang veineux et capillaire, ainsi que des prélèvements d'excrétions ou de sécrétions ;
- 11° Réalisation, en cas d'urgence, des actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention du médecin ;
- 12° Évaluation de la douleur et mise en œuvre des techniques de prévention, de soulagement et de traitement de la douleur ;
- 13° Transmission écrite et orale aux professionnels de santé de toutes les informations relatives au déroulement des examens et traitements ;
- 14° Traçabilité de la réalisation de l'examen ou du traitement ;
- 15° Mise en œuvre des règles relatives à la gestion des stocks de radiopharmaceutiques et des déchets susceptibles de contenir des radionucléides ;
- 16° Vérification du fonctionnement conforme et entretien courant du matériel confié ;
- 17° Mise en œuvre des règles d'hygiène, de sécurité et de vigilances conformes aux bonnes pratiques ;
- 18° Mise en œuvre des règles de radioprotection pour les patients ;
- 19° Contribution à l'élaboration des programmes d'assurance de la qualité et à l'application des protocoles de contrôle de qualité.

[Article R. 4351-2-1 du CSP](#)

Le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à réaliser, sous la responsabilité du médecin mentionné à l'article [R. 4351-1](#), en application soit d'une prescription médicale individuelle, soit d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par ce médecin, les actes et activités suivants :

- 1° Dans le domaine de l'imagerie médicale :

réalisation des actes d'exploration ne nécessitant pas l'administration concomitante de médicaments, à l'exclusion des échographies ;
- 2° Dans le domaine de la médecine nucléaire :
 - a) mesure et vérification de l'activité des composés radioactifs ;
 - b) mesure et vérification de l'activité prescrite par le médecin mentionnée à l'article R. 4351-1 ;
 - c) réalisation des actes d'exploration ne nécessitant pas l'administration concomitante de médicaments ;
- 3° Dans le domaine de la radiothérapie :

- a) confection des moyens de contention et des caches personnalisés ;
 - b) mise à jour des éléments de traçabilité du traitement ;
- 4° Dans le domaine des explorations fonctionnelles :
réalisation des explorations d'électrophysiologie et magnétophysiologie ne nécessitant pas de stimulation.

[Article R. 4351-2-2 du CSP](#)

Le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à pratiquer, sous la responsabilité du médecin mentionné à l'article [R. 4351-1](#), en application soit d'une prescription médicale individuelle, soit d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par ce médecin, les actes et activités suivants, à condition qu'un médecin et, le cas échéant, un physicien médical, dans le champ qui le concerne, puissent intervenir à tout moment :

1° Dans les domaines de l'imagerie médicale et de la médecine nucléaire :

- a) réalisation des explorations nécessitant l'administration de médicaments, y compris radiopharmaceutiques ;
- b) recueil du signal et des images en échographie, sous réserve de l'obtention d'un titre ou d'un diplôme dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé ;
- c) sur prescription médicale, administration de médicaments requise par l'état du patient bénéficiant de l'examen ou du traitement ;

2° Dans le domaine de la radiothérapie :

- a) contribution aux procédures relatives à la préparation des traitements ;
- b) mise en œuvre des séances de traitement, pouvant comporter l'imagerie de positionnement ou de repositionnement du patient, qui ne relèvent pas des actes et activités mentionnés au c du 3° de l'article [R. 4351-2-3](#) ;
- c) réalisation des contrôles par dosimétrie ;

3° Dans le domaine des explorations fonctionnelles :

réalisation des explorations nécessitant la mise en place de systèmes de détection à caractère invasif.

[Article R. 4351-2-3 du CSP](#)

Le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité à participer, sous la responsabilité et en présence du médecin mentionné à l'article [R. 4351-1](#), et, le cas échéant, d'un physicien médical, dans le champ qui le concerne, en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par ce médecin, à la réalisation des actes et activités suivants :

1° Dans le domaine de l'imagerie médicale :

acte d'imagerie interventionnelle, en milieu radiologique et au bloc opératoire ;

2° Dans le domaine de la médecine nucléaire :

- a) épreuves d'effort ;
- b) administration de médicaments radiopharmaceutiques à visée thérapeutique ;

3° Dans le domaine de la radiothérapie :

- a) pose du matériel vecteur et application de sources radioactives ;
- b) installation et vérification du positionnement des patients lors de la mise en œuvre des séances d'irradiation corporelle totale ;
- c) installation et vérification du positionnement des patients lors de la mise en œuvre de traitements hypofractionnés délivrés avec une dose par fraction supérieure à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la Santé ;

4° Dans le domaine des explorations fonctionnelles :

réalisation d'explorations électrophysiologiques et magnétophysiologiques permettant de guider un geste médical.

<p>Article R. 4351-2-4 du CSP</p>	<p>Lorsqu'il exerce dans le cadre d'une pharmacie à usage intérieur, le manipulateur d'électroradiologie médicale est habilité, sous l'autorité technique d'un pharmacien, à aider à réaliser :</p> <p>1° Les activités définies au 6° de l'article R. 5126-9 ;</p> <p>2° La reconstitution des médicaments radiopharmaceutiques ;</p> <p>3° La mise sous forme appropriée à leur utilisation des médicaments radiopharmaceutiques prêts à l'emploi.</p>
<p>Article R. 4351-3 du CSP</p>	<p>Selon les secteurs d'activité où il exerce et les besoins rencontrés, le manipulateur d'électroradiologie médicale propose et organise différentes actions, notamment d'éducation, de recherche, de prévention, de dépistage, de formation et d'encadrement ou y participe. Ces actions concernent en particulier :</p> <p>1° La formation initiale et continue des manipulateurs d'électroradiologie médicale et d'autres professionnels ;</p> <p>2° La collaboration, notamment avec les membres des autres professions sanitaires et sociales, à la réalisation d'interventions coordonnées, y compris en matière de prévention ;</p> <p>3° La recherche dans son domaine professionnel, notamment en ce qui concerne la prise en charge des patients, l'hygiène, la sécurité, la radioprotection et l'assurance de la qualité.</p> <p>Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire.</p> <p>Le manipulateur d'électroradiologie médicale adapte sa pratique professionnelle à l'évolution des sciences et des techniques, en lien avec les spécialités médicales ou les autres professions concernées.</p>

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ le Conseil national professionnel des manipulateurs d'électroradiologie médicale (CNPMEM), le 26 juin 2020 (réunion à distance).

La HAS avait planifié une réunion avec l'AFPPE (Association française du personnel paramédical d'électroradiologie). Le CNP (dont l'AFPPE est un des membres constitutifs) a été créé entre-temps.

Présentation de la profession

Les manipulateurs d'électroradiologie médicale travaillent exclusivement sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin. Ils ont un exercice salarié (pas d'activité libérale). Les domaines d'exercice de la profession sont :

- l'imagerie (scanner, IRM, échographie) ;
- la médecine nucléaire ;
- la radiothérapie ;
- l'électrophysiologie (ex. : étude du sommeil).

Le manipulateur est un auxiliaire médical qui utilise les agents physiques. Jusqu'à présent, le soin n'est fait qu'en présentiel au sein d'une équipe regroupant sur site les manipulateurs d'électroradiologie médicale et les médecins nucléaires et médecins radiologues. Le télésoin devrait s'accompagner d'une disruption organisationnelle en permettant aux manipulateurs de devenir les experts de la manipulation des agents physiques (rayons X, RMN, IR) sur base d'une prescription, en présence ou non du médecin prescripteur. Avec le télésoin, les manipulateurs d'électroradiologie médicale

pourraient travailler pour d'autres prescripteurs, par exemple : pneumologues, médecins généralistes. Le télésoin pourra modifier les organisations et les collaborations entre professionnels.

La seconde caractéristique de ce métier est l'acquisition, la gestion et la transmission des données numériques avec un rôle essentiel dans la prise d'images de bonne qualité qui est essentielle à la qualité du diagnostic. Il y a donc une réflexion à avoir sur les compétences à acquérir pour ce champ d'activités, quand elles sont réalisées à distance.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Il existe déjà du télésoin pour :

- le suivi à distance des patients ayant eu un acte interventionnel par les manipulateurs radio ;
- le suivi à distance en radiothérapie ;
- le suivi de proximité des patients confinés en médecine nucléaire et en curiethérapie.

Les autres activités de soins adaptées au télésoin sont :

- les consultations pré-interventionnelles (analyse des voies d'abord du patient, de son autonomie, etc.) ;
- la consultation préalable pour les personnes en situation de handicap (pour éviter la perte de repère, des déplacements, du temps d'attente en salle, etc.), les personnes âgées en perte d'autonomie (Ehpad) ;
- les activités d'éducation.

Il est rappelé que pour la première source d'irradiation avec l'imagerie médicale, certains patients, demandeurs d'examens, doivent être informés de l'irradiation liée aux examens de radiologie et du risque associé.

En IRM par exemple, le télésoin permettrait de gagner du temps dans un environnement très contraint.

En Ehpad, les demandes d'examens radiologiques doivent être analysées en amont pour les populations fragiles que sont les personnes âgées.

La réalisation de consultations à distance, en amont de l'examen, peut éviter un déplacement au patient si un problème est identifié qui remet en cause la réalisation de l'examen (ex. : patients claustrophobes, porteurs de prothèses).

En conclusion, le télésoin a sa place en amont et en aval de l'examen.

Le Conseil national professionnel des manipulateurs d'électroradiologie médicale regrette que la définition actuelle du télésoin ne permette pas des activités de télésoin entre professionnels (à l'instar de la télé-expertise et de la télé-assistance dans la télé-médecine), par exemple pour aider à la prise de constantes qui permettraient de développer des pratiques collaboratives et partagées (envisager de nouveaux métiers, comme télé-assistant). La télésanté est une opportunité de revoir les modes d'exercice (délégation, coopération) et de sortir du cloisonnement des professions. Un manipulateur radio expert peut conseiller un autre professionnel.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

La réalisation d'examens d'imagerie n'est pas adaptée au télésoin. Toutefois, les technologies évoluent (exemple des robots d'échographie qui sont en cours de développement).

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Le compte rendu médical est réalisé par le médecin. Certaines données sont tracées dans le dossier patient informatisé par le manipulateur, comme lors du suivi patient en radiothérapie, le manipulateur indique la dose délivrée, les éventuels problèmes rencontrés, les constats d'amaigrissement du patient, peau rougie, etc.

Les professionnels doivent avoir accès au système d'information pour consigner les informations dans le dossier du patient.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

14. Techniciens de laboratoire médical

Définition de la profession

La profession de technicien de laboratoire médical est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre V : professions de manipulateur d'électroradiologie médicale et de technicien de laboratoire médical).

Article L. 4352-1 du CSP

Le **technicien de laboratoire médical** participe à la réalisation technique d'un examen de biologie médicale ou d'un examen d'anatomie et de cytologie pathologiques, sous la responsabilité d'un biologiste médical ou d'un médecin spécialiste qualifié en anatomie et cytologie pathologiques.

Le technicien de laboratoire médical réalise des prélèvements dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

Le technicien de laboratoire médical participe, dans son champ de compétence, à des missions de santé publique. Il participe également à la permanence de l'offre de biologie médicale définie dans la zone concernée. Il peut être appelé à participer à des missions d'enseignement et de recherche, ainsi qu'aux programmes d'éducation thérapeutique du patient.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des techniciens de laboratoire médical ne sont pas décrits dans le Code de la santé publique.

Position des parties prenantes

La HAS a sollicité le Conseil national professionnel des techniciens de laboratoire médical (CNPTLM) qui n'a pas souhaité participer aux travaux, considérant que la profession n'était pas concernée par le télésoin.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

Commentaire HAS :

La profession pouvant participer aux programmes d'éducation thérapeutique du patient, il convient de ne pas l'exclure *a priori* du télésoin.

15. Audioprothésistes

Définition de la profession

La profession d'audioprothésiste est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre VI : professions d'audioprothésiste, opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées).

Article L. 4361-1 du CSP

Est considérée comme exerçant la **profession d'audioprothésiste** toute personne qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe.

Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive, et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillée.

La délivrance de chaque appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire du port d'un appareil, après examen otologique et audiométrique tonal et vocal.

Le Code de la santé publique précise que :

- ([article L. 4361-6 du CSP](#)) L'activité professionnelle d'audioprothésiste ne peut être exercée que dans un local réservé à cet effet et aménagé, selon des conditions fixées par décret, afin de permettre la pratique de l'audioprothèse définie au deuxième alinéa de l'article L. 4361-1 ;
- ([article L. 4361-7 du CSP](#)) La location, le colportage, les ventes itinérantes, les ventes dites de démonstration, les ventes par démarchage et par correspondance des appareils de prothèse auditive sont interdits ;
- ([article D. 4361-19 du CSP](#)) Le local réservé à l'activité professionnelle d'audioprothésiste comprend :
 - 1° Soit un cabinet et une cabine insonorisée, soit une salle de mesures audioprothétiques d'un volume utile minimum de quinze mètres cubes. Dans les deux cas, le niveau de bruit dans les conditions normales d'utilisation n'excède pas quarante décibels A exprimés en niveau constant équivalent sur une durée de mesure d'une heure ; ce temps de réverbération ne doit pas, pendant les mesures audio-prothétiques, y être supérieur à 0,5 seconde à la fréquence de 500 hertz ;
 - 2° Une salle d'attente distincte de la salle de mesures audio-prothétiques ;
 - 3° Un laboratoire isolé de la salle de mesures audio-prothétiques lorsqu'il y a fabrication d'embouts ou de coques.
- ([article D. 4361-20 du CSP](#)) L'audioprothésiste dispose dans le local défini à l'article D. 4361-19 des matériels suivants :
 - 1° Matériel de mesures audio-prothétiques :
 - a) un audiomètre tonal et vocal classe A normalisé ou un ensemble audiométrique équivalent comportant des sorties sur écouteurs, vibreur, haut-parleur. Un système de localisation sonore est composé d'au moins trois haut-parleurs distants d'un mètre au moins par rapport au sujet testé ;

- b) un dispositif permettant l'équilibrage des prothèses stéréophoniques ;
- c) une boucle magnétique ;
- d) un dispositif permettant d'effectuer des tests d'audition dans le bruit ;
- e) un dispositif de conditionnement audiométrique adaptable aux aptitudes psychomotrices du sujet testé, comprenant notamment en cas d'appareillage du jeune enfant un matériel d'audiologie infantile ;
- f) un dispositif permettant de tester l'efficacité des prothèses auditives vis-à-vis de différents moyens de communication ;
- g) une chaîne de mesure électro-acoustique permettant de contrôler les caractéristiques des amplificateurs correcteurs de l'audition : courbe de réponse, gain ou formule acoustique, distorsions, niveau de sortie ;
- h) un sonomètre de précision normalisé.
- 2° Matériel et produits nécessaires aux prises d'empreintes du conduit auditif :
 - a) otoscope éclairant ;
 - b) miroir de Clar pour l'examen du conduit auditif externe ;
 - c) seringues à empreintes ;
 - d) spéculum d'oreille.
- 3° Matériel d'entretien nécessaire à la maintenance des amplificateurs correcteurs de l'audition et des embouts.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des audioprothésistes ne sont pas décrits dans le Code de la santé publique.

Ils le sont toutefois, *a minima*, par l'article L. 4361-1 CSP, et surtout, par l'arrêté du 14 novembre 2018.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ le Syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA), le 8 octobre 2019 ;
- ➔ le Syndicat des audioprothésistes (SDA) (ex-UNSAF), le 11 octobre 2019 ;
- ➔ les Opticiens mutualistes et audition mutualiste (VISAUDIO) (ancien syndicat national des centres audition mutualiste [SYNAM]), le 18 octobre 2019 ;
- ➔ le Collège national d'audioprothèse (CNA), le 25 novembre 2019.

Par ordre de rencontre des parties prenantes :

- le Syndicat national des entreprises de l'audition, syndicat professionnel, regroupe 12 entreprises succursalistes, plus de 2 500 points de vente et plus de 1 400 audioprothésistes (indépendants ou salariés) ;
- le SDA (ex-UNSAF), syndicat professionnel, regroupe des indépendants et des enseignes d'indépendantes et près de 1 000 audioprothésistes syndiqués. Le SDA précise qu'il est le seul représentant des audioprothésistes professionnels de santé à l'union nationale des professionnels de santé ;

- VISAUDIO regroupe les opticiens mutualistes (et audition mutualiste) ;
- le CNA regroupe les audioprothésistes ayant participé, participant ou aptes à participer à l'enseignement préparatoire au diplôme d'État d'audioprothésiste.

Le SYNEA a transmis un document exposant sa position concernant les télésoins en audiologie.

Le SDA (ex-UNSAF) a transmis différentes notes sur le métier d'audioprothésiste.

Le CNA a transmis un document pour la réunion avec la HAS (présentation de l'association, présentation de notre profession et des activités de soin réalisées), un diaporama, et d'autres documents.

Présentation de la profession

La profession compte 4 125 audioprothésistes en France (données DREES au 1^{er} janvier 2020). Le *numerus clausus* mis en place en 2014 devrait permettre d'augmenter le nombre de diplômés et se positionne à 285 pour l'année scolaire 2020-2021.

On estime entre 2,2 et 2,8 millions le nombre de personnes appareillées avec environ 800 000 à 900 000 appareillages par an, auprès de 500 000 personnes puisque 70 % sont équipées sur les deux oreilles.

Le nombre de malentendants est estimé à 6,7 millions de personnes. La répartition par tranche d'âge du déficit auditif est la suivante :

- 5 % pour les moins de 20 ans ;
- 33 % entre 20 et 65 ans ;
- 62 % au-delà de 65 ans avec un pic à 81 ans.

La profession est engagée dans la réforme « 100 % santé » qui devrait améliorer le taux d'appareillage des personnes malentendantes et développer la prévention.

Le parcours du patient suit deux étapes principales :

- la prescription médicale préalable et obligatoire effectuée par un ORL attestant du besoin d'appareillage après examen otologique et audiométrique tonal et vocal (le renouvellement est autorisé par le médecin généraliste) ;
- puis, l'audioprothésiste prend le relais pour l'appareillage qui comprend, selon l'article L. 4361-1 du CSP « le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiate et permanente de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe appareillé ».

Le patient avec une prescription a un rendez-vous avec l'audioprothésiste : questionnaire, anamnèse, tests, observations. Le professionnel recommande un appareillage puis, si le patient est d'accord, procède à la prise d'empreintes. La prothèse est réalisée, puis il y a l'ajustement à l'oreille et les réglages. L'adaptation est réalisée en cabine, puis le patient est vu deux fois pendant la période d'essai de 30 jours. Ensuite, l'acte est validé (facturation). Il y a ensuite un suivi du patient à trois mois, six mois et un an pour vérifier le bon fonctionnement de l'appareil, examiner l'oreille, et vérifier l'audition du patient. Puis, pendant toute la durée de vie de l'appareillage, il est prévu à la LPPr, « un suivi biannuel selon les besoins du patient » permettant de vérifier l'adaptation et d'effectuer des ajustements personnalisés réguliers, tout au long de la durée d'utilisation du matériel.

L'accompagnement et le suivi du patient (le « *care* ») sont une particularité importante de la profession.

Dans la nomenclature de remboursement du 14 novembre 2018, sont notamment décrits :

- les indications ;
- la classification des aides ;
- les recommandations ;
- l'ensemble du suivi post-appareillage ;

Le télésoin n'est pas cité dans cette nomenclature.

L'exercice professionnel doit avoir lieu dans un local insonorisé avec un audioprothésiste diplômé ; ce sont des obligations légales ou réglementaires. Le Syndicat des audioprothésistes considère que l'essentiel de l'exercice n'est donc pas éligible au télésoin.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Le télésoin pose la double question du suivi des appareillages à distance par un audioprothésiste et de la possibilité de regrouper le suivi des appareillages depuis un même centre.

Lors des auditions, les parties prenantes ont exprimé un positionnement différent vis-à-vis de la place du télésoin.

Le Syndicat des audioprothésistes rappelle que la profession d'audioprothésiste est soumise à des contraintes organisationnelles, techniques, d'équipements et juridiques qui limitent les possibilités de mobilité :

- obligation de présence physique de l'audioprothésiste dans le centre fournisseur de la LPPr pour toutes les activités d'appareillage ;
- contraintes techniques, d'équipements et de mesure acoustique difficiles à respecter en centre et qui excluent une prise en charge en télésoin (exercice de la profession d'audioprothésiste dans un local agréé, mise à disposition d'un plateau technique tel que décrit dans les articles D. 4361-19 et D. 4361-20 du CSP, étalonnage des installations selon la norme ISO 389-7:2019[fr], etc.).
- particularité des patients, majoritairement âgés²⁴ et fragiles²⁵, selon les références ci-jointes transmises par le Syndicat des audioprothésistes.

Le Syndicat des audioprothésistes considère que :

- pour ne pas entraîner de dégradation de la qualité de service, le télésoin doit rester une option d'exercice à l'initiative du professionnel de santé qu'est l'audioprothésiste diplômé. Selon l'article L. 4361-1 du Code de la santé publique, c'est à lui seul qu'est confiée la responsabilité du choix d'adaptation de l'équipement et de suivi des réglages. C'est donc à lui d'estimer si le télésoin, au cas par cas, est une solution adaptée au patient qu'il appareille et accompagne.

²⁴ Cf. étude de l'Assurance maladie, *Le marché de l'audioprothèse en 2015* :

https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_47___Le_marche_de_l_audioprothese_en_2015.pdf.

²⁵ Cf. bulletin épidémiologique hebdomadaire, *Personnes sourdes ou malentendantes : un handicap méconnu, une population vulnérable*, 15.12.2015 : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/42-43/2015_42-43_0.html.

- Il convient de respecter parallèlement le principe du libre choix du patient. Celui-ci doit pouvoir conserver la possibilité de refuser ce mode de suivi. C'est d'autant plus important que plusieurs études montrent un lien évident, en matière d'aides auditives, entre qualité du suivi et observance thérapeutique. Or, si le suivi à distance est perçu comme un choix imposé, c'est forcément la qualité d'accompagnement qui s'en ressentira. C'est bien ce que dit le projet d'arrêté sur le télésoin qui devrait paraître bientôt : « Le recours au télésoin relève d'une décision partagée du patient et du professionnel réalisant le télésoin. »

Si ces deux conditions sont respectées, il est effectivement possible d'envisager un développement régulé du télésoin pour un certain nombre d'actes – qui demeureront toutefois minoritaires dans notre pratique.

Par ailleurs, la facturation s'exprime sous la forme de forfaits, les actes de télésoin seront donc des actes compris dans ce forfait. Ils ne nécessitent pas une facturation spécifique de la part de l'Assurance maladie.

Le Syndicat national des entreprises de l'audition est tout à fait favorable au télésoin. Il considère que :

- la contrainte de présence physique de l'audioprothésiste doit être levée pour permettre la réalisation de certains actes en dehors du Centre auditif ;
- des tests auditifs à distance, des réglages à distance, des prises d'empreintes à distance et des diagnostics à distance du bon fonctionnement des appareils peuvent aujourd'hui être réalisés à distance grâce aux nouvelles technologies, mais demandent une modification de la réglementation pour être autorisés ;
- la réglementation doit absolument évoluer pour, d'une part, relever le défi majeur que représente l'équipement auditif des personnes dépendantes, et d'autre part, améliorer le service et l'accessibilité pour tous les malentendants.

L'enquête « téléaudiologie/téléorthophonie » réalisée par la Société française d'audiologie (SFA) en 2019 montre que :

- 7,45 % des répondants sont favorables à la réalisation d'un réglage à distance pour un premier appareillage ;
- 19,15 % des répondants sont favorables à la vérification de la fonctionnalité de l'adaptation prothétique à distance ;
- 31,19 % des répondants sont favorables à la réalisation d'un réglage à distance dans le cadre d'un suivi d'appareillage.

Les parties auditionnées considèrent que le recours au télésoin devrait pouvoir considérer la situation du patient (impossibilité de se déplacer), le nombre de déplacements et la nature des réglages à réaliser, et l'évolution des technologies et des usages des outils digitaux.

Selon le Syndicat national des entreprises de l'audition, le télésoin pourrait concerner principalement deux populations différentes nécessitant des réponses différentes :

- les personnes dépendantes pour lesquelles le télésoin est absolument indispensable pour rendre « possible » l'appareillage auditif :

- 1,4 million de personnes de plus de 60 ans sont considérées comme dépendantes dont 750 000 en Ehpad ;
- la réglementation actuelle ne répond pas aux besoins de cette population qui, en conséquence, est exclue du bénéfice de l'appareillage auditif. Le SYNEA demande donc une adaptation des textes réglementaires pour permettre la prise en charge de ces personnes dépendantes ;
- le télésoin intervient dans ce cas à différentes étapes de l'appareillage, en plus des rendez-vous physiques, avec l'aide d'un opérateur à distance (aidant ou infirmière en Ehpad) ;
- équiper les personnes dépendantes répond à l'objectif de la réforme 100 % santé :
 - augmenter le taux d'appareillage ;
 - conserver le lien social de nos aînés ;
 - retarder les problèmes cognitifs ;
- les personnes en attente d'un nouveau service digital de télésoin pour éviter les déplacements dans le cadre de leur suivi d'appareillage : personnes résidant en zone rurale, personnes actives, personnes temporairement dépendantes, etc. Pendant le premier confinement durant lequel les centres auditifs ont été contraints de fermer, le SYNEA précise avoir dû recourir au télésoin pour répondre aux besoins urgents des patients. Cette situation a été très appréciée par les patients.

Ainsi, le télésoin pourrait concerner :

- l'adaptation initiale (ou une nouvelle adaptation) qui nécessite plusieurs déplacements et qui pourrait alterner des visites sur place et à domicile ;
- certaines activités de suivi qui peuvent être réalisées à distance avec des équipements adaptés (usage de la télétransmission) ou avec l'appui d'une tierce personne formée ;
- des activités de réglages ;
- des opérations de maintenance technique.

Le Syndicat des audioprothésistes précise toutefois que le recours au télésoin devrait rester ponctuel.

Le télésoin doit être un complément aux rendez-vous physiques tel que décrit dans le décret du 14 novembre 2018.

Le télésoin doit être à l'initiative de l'audioprothésiste diplômé qui assure le suivi du patient.

Le patient a la possibilité de refuser le télésoin, son approbation est donc un préalable obligatoire.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

Devraient être exclus du télésoin les rendez-vous :

- nécessitant un contact direct en présentiel avec le patient (adaptation des embouts, pièces sur mesure, etc.) ;
- interdits en mobilité du fait des contraintes techniques et d'équipements nécessaires à leur réalisation et impossibles à reproduire au domicile du patient (tests d'audiométrie, etc.).

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Le recours au télésoin doit relever d'une décision partagée du patient et du professionnel de santé réalisant le télésoin.

Les professionnels disposent de cartes de professionnels de santé (CPS) et de lecteur de carte SESAM-Vitale.

Les messageries sécurisées de santé sont peu utilisées.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

16. Opticiens-lunetiers

Définition de la profession

La profession d'opticien-lunetier est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre VI : professions d'audioprothésiste, opticien-lunetier, de prothésiste et d'orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées).

Article L. 4362-1 du CSP

Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la Santé, avant leur entrée dans la profession, les personnes ayant obtenu un titre de formation ou une autorisation requise pour l'exercice de la **profession d'opticien-lunetier**.

L'enregistrement de ces personnes est réalisé après vérification des pièces justificatives attestant de leur identité et de leur titre de formation ou de leur autorisation. Elles informent le même service ou organisme de tout changement de situation professionnelle. La procédure d'enregistrement est sans frais.

Il est établi, pour chaque département, par le service ou l'organisme désigné à cette fin, une liste de cette profession, portée à la connaissance du public. Un opticien-lunetier ne peut être inscrit que dans un seul département.

Peuvent exercer la profession d'opticien-lunetier détaillant les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionnés aux articles L. 4362-2 et L. 4362-3, enregistré conformément au premier alinéa.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Article L. 4362-9 du CSP

La délivrance de verres correcteurs d'amétropie et de lentilles de contact oculaire correctrices est réservée aux personnes autorisées à exercer la **profession d'opticien-lunetier**, dans les conditions prévues au présent chapitre.

Article L. 4362-10 du CSP

La délivrance de verres correcteurs est subordonnée à l'existence d'une prescription médicale en cours de validité.

Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs en cours de validité, sauf opposition du médecin.

Les opticiens-lunetiers peuvent également adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les corrections optiques des prescriptions médicales initiales de lentilles de contact oculaire, sauf opposition du médecin.

L'opticien-lunetier informe la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical.

L'opticien-lunetier peut réaliser, sur prescription médicale, les séances d'apprentissage à la manipulation et à la pose des lentilles.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des opticiens-lunetiers sont décrits au Code de la santé publique. Ils sont listés dans le tableau suivant

Tableau 19 : actes professionnels des opticiens-lunetiers

Référence article	Texte
Article R. 4362-11 du CSP	<p>La délivrance de lentilles de contact oculaire correctrices par un opticien-lunetier à une personne qui en porte pour la première fois est subordonnée à la présentation d'une ordonnance médicale comportant la correction et les caractéristiques essentielles de ces produits, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé.</p> <p>La durée de validité de cette ordonnance médicale est fixée à un an.</p>
Article D4362-11-1 du CSP	<p>L'opticien-lunetier peut adapter dans le cadre d'un renouvellement de délivrance, après réalisation d'un examen de la réfraction et sauf opposition du médecin mentionnée expressément sur l'ordonnance, les corrections optiques des prescriptions médicales de lentilles de contact oculaire datant de moins de :</p> <ul style="list-style-type: none">– un an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ;– trois ans, pour les patients âgés de plus de 16 ans ; <p>Le prescripteur peut limiter la durée pendant laquelle l'opticien-lunetier peut adapter la prescription par une mention expresse sur l'ordonnance, notamment dans des situations médicales précisées par arrêté²⁶.</p> <p>L'opticien-lunetier adaptant la prescription médicale initiale des lentilles de contact oculaire reporte sur l'ordonnance l'adaptation de la correction qu'il réalise et indique lisiblement ses nom, prénom, qualité, identifiant d'enregistrement réalisé conformément à l'article L. 4362-1, date et signe cette modification. Il en informe le prescripteur par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises.</p> <p>Une copie de l'ordonnance modifiée est conservée par l'opticien-lunetier jusqu'à l'expiration de sa validité et l'original est conservé par le patient.</p>
Article D4362-12 du CSP	<p>La délivrance des verres correcteurs d'amétropie par un opticien-lunetier est subordonnée à la présentation ou la vérification de l'existence d'une ordonnance médicale comportant la prescription de ces produits.</p> <p>La durée de validité de l'ordonnance médicale est fixée à :</p> <ul style="list-style-type: none">– un an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ;– cinq ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans ;– trois ans, pour les patients âgés de plus de 42 ans. <p>Une copie de cette ordonnance, le cas échéant modifiée en application de l'article R. 4342-8-1 est conservée par l'opticien-lunetier jusqu'à l'expiration de sa validité, sauf opposition du patient, et l'original est conservé par ce dernier.</p>
Article D4362-12-1 du CSP	<p>L'opticien-lunetier qui réalise une réfraction lors de la première délivrance suivant la prescription de verres correcteurs ne peut pas adapter cette prescription.</p>

²⁶ : Arrêté du 25 octobre 2016 fixant la liste des situations médicales prévues aux articles D. 4362-11-1 et D. 4362-12-1 du Code de la santé publique : « Par arrêté de la ministre des Affaires sociales et de la Santé en date du 25 octobre 2016, la liste indicative des situations médicales prévues aux articles [D. 4362-11-1](#) et [D. 4362-12-1](#) du Code de la santé publique pour lesquelles le médecin peut limiter la durée d'adaptation de la prescription par l'opticien lunetier dans le cadre de la délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices est fixée en annexe de cet arrêté. »

	<p>L'opticien-lunetier peut adapter dans le cadre d'un renouvellement de délivrance, après réalisation d'un examen de la réfraction et sauf opposition du médecin mentionnée expressément sur l'ordonnance, les prescriptions médicales de verres correcteurs en cours de validité.</p> <p>Le prescripteur peut limiter la durée pendant laquelle l'opticien-lunetier peut adapter la prescription par une mention expresse sur l'ordonnance, notamment dans des situations médicales précisées par arrêté²⁶.</p> <p>L'opticien-lunetier adaptant la prescription médicale initiale des verres correcteurs reporte sur l'ordonnance l'adaptation de la correction qu'il réalise et indique lisiblement ses nom, prénom, qualité, identifiant d'enregistrement réalisé conformément à l'article L. 4362-1, date et signe cette modification. Il en informe le prescripteur par tout moyen garantissant la confidentialité des informations transmises.</p> <p>Une copie de l'ordonnance modifiée est conservée par l'opticien-lunetier jusqu'à l'expiration de sa validité et l'original est conservé par le patient.</p>
<p>Article D4362-13 du CSP</p>	<p>En cas de perte ou de bris des verres correcteurs d'amétropie, lorsque l'urgence est constatée et en l'absence de solution médicale adaptée, l'opticien-lunetier peut exceptionnellement délivrer sans ordonnance médicale un nouvel équipement après avoir réalisé un examen réfractif.</p> <p>L'opticien-lunetier remet au patient le résultat de l'examen de réfraction réalisé et le transmet par tout moyen adapté au médecin prescripteur ou au médecin désigné par le patient, à l'exception des cas où l'ordonnance est établie dans un autre État que la France.</p> <p>L'opticien-lunetier consigne dans un registre ces délivrances exceptionnelles d'équipement optique sans ordonnance afin d'en assurer la traçabilité.</p> <p>Ces données sont conservées par l'opticien-lunetier pendant un délai de trois ans.</p>

Les règles d'exercice de la profession d'opticien lunetier sont décrites dans le Code de la santé publique. Elles sont listées dans le tableau suivant.

Tableau 20 : règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier

Référence article	Texte
Article D. 4362-16 du CSP	L'opticien-lunetier est identifié par le port d'un badge signalant son nom, prénom et titre professionnel.
Article D. 4362-17 du CSP	La première délivrance de verres correcteurs multifocaux intégrant une correction de la presbytie est soumise à prescription médicale.
Article D. 4362-18 du CSP	<p>L'opticien-lunetier déterminant la réfraction reçoit le patient dans l'enceinte du magasin d'optique-lunetterie ou dans un local y attenant, conçu de façon à permettre une prise en charge dans les bonnes conditions d'isolement phonique et visuel et d'assurer la confidentialité des informations échangées par la personne lors de l'examen optique.</p> <p>Les locaux sont équipés de manière à préserver l'intimité du patient.</p>
Article D. 4362-19 du CSP	L'opticien-lunetier s'interdit, en dehors de son lieu d'exercice, toute publicité et toute communication destinée au public sur sa capacité à déterminer la réfraction.
Article D. 4362-20 du CSP	L'opticien-lunetier procède à toutes les mesures utiles à la réalisation d'un équipement d'optique. Ces mesures peuvent être faites à distance.
Article D. 4362-21 du CSP	L'opticien-lunetier, dont la résidence professionnelle est identifiée, peut procéder, à la demande du médecin ou du patient, à la délivrance des lentilles oculaires correctrices et verres correcteurs auprès des patients à leur domicile ou admis au sein des établissements de santé publics ou privés ou médico-sociaux.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ les opticiens mutualistes et audition mutualiste (VISAUDIO) (ancien syndicat national de l'optique mutualiste [SYNOM]), le 18 octobre 2019 ;
- ➔ le rassemblement des opticiens de France (ROF), le 22 octobre 2019.

Le rassemblement des opticiens de France est le syndicat majoritaire de la profession. Il représente 80 % d'audience salariale et 75 % des entreprises d'enseignes et indépendantes. Il est signataire de l'accord 100 % santé.

Le Conseil national professionnel des opticiens est en cours de création depuis trois ans avec deux structures candidates pour le porter.

Présentation de la profession

La profession compte 38 000 opticiens avec 13 000 points de vente.

Pour être opticien-lunetier, il faut valider un BTS (bac +2). La profession a la volonté d'évoluer vers un niveau licence et est en discussion avec le ministère pour une réingénierie du diplôme, d'autant plus que 60 à 70 % des opticiens complètent leur formation par une année d'étude supplémentaire (ex. : formation en contactologie, etc.). Il y a 2 000 à 2 200 diplômés par an.

Pour les parties prenantes auditionnées, le délai d'accès aux soins en ophtalmologie conduit à s'interroger sur les rôles respectifs des professions dans la filière optique et constitue une préoccupation pour les opticiens. Les délais d'obtention d'un rendez-vous chez un médecin ophtalmologiste sont hétérogènes sur le territoire national. Il existe une délégation de tâches des médecins ophtalmologistes vers les orthoptistes, mais la profession d'orthoptiste est également en tension. Les opticiens pourraient participer plus activement aux examens (réfraction, fond d'œil sans dilatation) comme le font les orthoptistes. Les opticiens pourraient aussi participer au suivi des patients (ex. : glaucome).

Une mission IGAS est en cours pour améliorer l'accès à la filière de santé visuelle qui rencontre des renoncements aux soins pour raison financière et par manque de couverture territoriale (déserts médicaux). La diminution du nombre de médecins ophtalmologistes va se poursuivre dans les prochaines années (de 6 000 à 5 000 professionnels). Compte tenu de leur maillage territorial et de leurs compétences, les opticiens considèrent qu'ils pourraient contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins.

Les opticiens exercent exclusivement sur prescription médicale. Ils peuvent réaliser un examen de vue avant délivrance de lunettes (pour vérifier que la correction est adaptée). Lorsque l'opticien réalise un examen de la vue, il transmet le résultat au médecin ophtalmologiste.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

La réglementation en vigueur interdit la réalisation de l'acte de réfraction en télésoin. En effet, la « section 5 : Règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier », article D. 4362-18 dispose que : « L'opticien-lunetier déterminant la réfraction reçoit le patient dans l'enceinte du magasin d'optique-lunetterie ou dans un local y attenant, conçu de façon à permettre une prise en charge dans

les bonnes conditions d'isolement phonique et visuel et d'assurer la confidentialité des informations échangées par la personne lors de l'examen optique. »

Le rassemblement des opticiens de France considère que cette réglementation est trop restrictive et qu'elle devrait évoluer pour permettre la réalisation de la réfraction en dehors du magasin. Il existe des solutions techniques qui permettent de réaliser la réfraction à distance avec la présence d'un professionnel de santé sur place (auxiliaire médical, assistant médical, etc.) et d'un opticien à distance. Ces solutions pourraient être déployées en Ehpad, en MSP, etc. pour répondre aux besoins croissants de la filière et améliorer l'accès aux soins.

Pour les opticiens mutualistes (VISAUDIO), le télésoin est peu adapté. Il est nécessaire de voir le patient pour le choix des lentilles, l'ajustage, la modification d'ordonnance. Des technologies permettent le contrôle à distance, mais les outils ne sont pas satisfaisants.

Les parties prenantes considèrent que la définition du télésoin est trop restrictive, car elle n'inclut pas les échanges entre professionnels de santé (équivalent de la télé-expertise). Pour améliorer la coordination entre médecins ophtalmologistes et opticiens, et entre opticiens eux-mêmes (ex. : solliciter l'avis d'un confrère spécialisé en contactologie en cas de demande d'adaptation). Le télésoin peut être également intéressant dans les zones où les médecins ophtalmologistes sont rares (déserts médicaux) et où un patient pourrait consulter un médecin ophtalmologiste à distance en présence de l'opticien.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

La réglementation actuelle n'autorise pas l'acte de réfraction en dehors du magasin d'optique.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Les opticiens disposent d'une carte de professionnel de santé.

Les échanges avec les médecins se font par courrier ou par mail. L'usage des messageries sécurisées de santé est très limité (pas d'action pour promouvoir son déploiement).

La loi exige que l'opticien transmette le compte-rendu d'adaptation de correction au prescripteur, mais ce compte-rendu ne peut pas être archivé dans le dossier médical partagé du patient. Un groupe de travail est en cours pour donner aux opticiens des droits d'accès en écriture au dossier médical partagé (pour notamment y enregistrer le compte-rendu d'examen de réfraction).

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

17. Prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées

Les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées regroupent cinq professions définies par l'[article L. 4364-1 du CSP](#).

Article L. 4364-1 du CSP

Les prothésistes et orthésistes réalisent, sur prescription médicale, l'appareillage nécessaire aux personnes handicapées. Ils comprennent les professions suivantes :

- 1° Les orthoprothésistes ;
- 2° Les podo-orthésistes ;
- 3° Les ocularistes ;
- 4° Les épithésistes ;
- 5° Les orthopédistes-orthésistes.

Peuvent exercer l'une de ces professions, les personnes qui, dans des conditions déterminées par décret, justifient d'une formation attestée par un diplôme d'État, un titre ou un certificat ou disposent d'une expérience professionnelle et respectent des règles de délivrance de l'appareillage.

Les conditions d'application du présent article sont définies par décret.

Le champ de compétences de chacune des professions est défini dans la partie réglementaire du CSP (articles D. 4364-2 à D. 4364-7).

Dans ce rapport, un paragraphe spécifique est dédié à chacune des cinq professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées.

L'arrêté du 1^{er} février 2011 relatif aux professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées définit, notamment, les appareillages et les règles de bonne pratique. Certains articles de l'arrêté sont listés dans le tableau suivant.

Tableau 21 : extraits de l'arrêté du 1^{er} février 2011 relatif aux professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées

Référence article	Texte
Chapitre Ier : définition des appareillages	
Article 1 de l'arrêté	<p>Les orthoprothésistes sont seuls autorisés à concevoir, fabriquer, adapter, délivrer et réparer :</p> <p>1° Les dispositifs médicaux sur mesure destinés au maintien, à la correction ou au remplacement de tout ou partie des membres supérieurs ou inférieurs, ou du tronc suivant :</p> <p>a) les prothèses du membre supérieur ou inférieur ;</p> <p>b) les orthèses du membre supérieur ou inférieur, du tronc, de la tête et du cou, réalisées sur mesure et moulage positif sur nature ou empreinte de la partie du corps ou par conception et fabrication assistées par ordinateur ;</p> <p>2° Les orthèses du tronc adaptées sur mesure et personnalisées destinées à prévenir ou à corriger des déformations du rachis ;</p> <p>3° Les orthèses de positionnement du corps en position assise, debout ou couchée, adaptées sur mesure et personnalisées.</p>
Article 2 de l'arrêté	<p>Les orthopédistes-orthésistes sont seuls autorisés à concevoir, fabriquer, adapter, délivrer et réparer les dispositifs médicaux suivants :</p> <p>1° Les ceintures médico-chirurgicales de soutien ou de maintien réalisées sur mesure ;</p> <p>2° Les corsets orthopédiques d'immobilisation du rachis réalisés sur mesure en tissu armé ou par morpho-adaptation immédiate de produits de série en matériaux thermoformables basse température ;</p> <p>3° Les bandages herniaires ;</p> <p>4° Les orthèses élastiques de contention des membres réalisées sur mesure ;</p> <p>5° Les vêtements compressifs pour grands brûlés sur mesure. Cependant, pour les personnes en établissements de santé, la prise de mesure et la fourniture des vêtements compressifs peuvent également être assurées par l'équipe soignante de l'établissement dans lequel elles sont traitées.</p> <p>La réalisation sur mesure et moulage positif sur nature ou empreinte de la partie du corps ou par conception et fabrication assistées par ordinateur des dispositifs médicaux précités est réservée aux appareils en tissu armé.</p>
Chapitre III : règles de bonne pratique	
Article 14 de l'arrêté	<p>L'orthoprothésiste, le podo-orthésiste, l'oculariste, l'épithésiste et l'orthopédiste-orthésiste doivent respecter le libre choix par la personne du professionnel concerné, mentionné à l'article D. 4364-1 du Code de la santé publique.</p>
Article 15 de l'arrêté	<p>L'orthoprothésiste, le podo-orthésiste, l'oculariste, l'épithésiste et l'orthopédiste-orthésiste sont tenus au secret professionnel.</p>
Article 16 de l'arrêté	<p>Le professionnel mentionné à l'article D. 4364-1 du Code de la santé publique reçoit la personne dans des locaux conformes aux dispositions de l'article D. 4364-14 du même code, accessibles aux personnes handicapées conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en la matière, conçus de façon à permettre à la personne une prise en charge dans de bonnes conditions d'isolement phonique et visuel.</p> <p>Les locaux sont équipés, de manière que l'intimité de la personne soit préservée, le cas échéant lors des essayages, y compris vis-à-vis du professionnel.</p>

Les locaux sont équipés d'un éclairage convenable et d'un point d'eau. Ils comportent un espace minimum de déambulation de 3,50 m de long et de 1,20 m de large avec une tolérance possible de 50 cm pour la longueur et la largeur.

Ils comportent, selon le cas, une table ou un fauteuil d'examen.

Les locaux de l'orthoprothésiste et du podo-orthésiste doivent également comporter un négatoscope ; ceux du podo-orthésiste et de l'orthopédiste-orthésiste doivent comporter un podoscope ou un matériel de prise d'empreinte.

Les locaux sont équipés du matériel nécessaire, conforme aux règles d'hygiène et de sécurité du travail, à l'adaptation et au suivi des appareils relevant de la compétence du professionnel et permettant de réaliser les retouches et adaptations possibles sur place.

Article 17 de l'arrêté	<p>Le professionnel mentionné à l'article D. 4364-1 du Code de la santé publique exécute la prescription médicale.</p> <p>Il n'effectue de modification qui s'avérerait médicalement ou techniquement nécessaire au cours de sa fabrication, sur la conception de l'appareil par rapport à la prescription initiale, qu'après avoir obtenu l'accord du médecin prescripteur.</p> <p>Il n'exerce aucune pression sur l'intéressé en vue de lui faire adopter un appareil plus onéreux et, le cas échéant, des accessoires ou des options superflus.</p> <p>Il prend le temps nécessaire pour comprendre les besoins de la personne en fonction de son ou ses handicaps et pour lui fournir, de façon adaptée à ses capacités, toutes les informations nécessaires pour son choix et l'utilisation de son appareillage.</p> <p>Il tient compte des souhaits de la personne, dans le respect de la règle de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.</p> <p>Il limite les déplacements de la personne à ceux strictement nécessaires pour la bonne exécution de l'appareillage.</p> <p>Dans le cas où le professionnel ne serait pas en mesure de réaliser ou proposer l'appareil prescrit ou, le cas échéant, d'exécuter la réparation dans les délais prévus à l'article 24, il en avertit immédiatement la personne et l'informe qu'elle est libre d'avoir recours à un autre professionnel.</p>
Article 18 de l'arrêté	<p>Les appareils délivrés par un professionnel mentionné à l'article D. 4364-1 du Code de la santé publique sont conformes aux normes en vigueur relatives aux matériaux et au produit final.</p>
Article 19 de l'arrêté	<p>I. – La prise en charge de la personne en vue de l'élaboration de son bilan fonctionnel et d'une proposition d'appareil nécessite que le professionnel établisse :</p> <p>1° L'anamnèse de la personne comportant l'écoute de ses demandes, l'évaluation de ses besoins spécifiques (la plastique et l'esthétique aidant l'acceptation psychologique du handicap), de sa motivation, de son contexte médico-social, de son projet de vie ;</p> <p>2° L'examen de la personne en vue de l'appareillage ;</p> <p>3° S'agissant de l'orthoprothésiste, du podo-orthésiste et de l'orthopédiste-orthésiste, le bilan d'orientation comportant, en fonction des capacités restantes de la personne, les tests nécessaires à une proposition d'appareil.</p> <p>II. – L'oculariste et l'épithésiste assurent également la réalisation et la fourniture des prothèses adaptées au cas de la personne selon la prescription du médecin prescripteur.</p> <p>III. – L'oculariste assure également :</p> <p>1° En l'absence de chirurgie mutilante, la réalisation d'une prothèse test transparente puis, après la consultation de contrôle de la tolérance par le médecin prescripteur, une ou des prothèses provisoires de recouvrement, puis dans un délai de six mois, une ou des prothèses définitives ;</p> <p>2° En cas de chirurgie mutilante, la réalisation d'une ou de prothèses provisoires sur mesure après empreinte primaire du contenu orbitaire, puis dans un délai de six mois, une ou des prothèses définitives.</p>
Article 20 de l'arrêté	<p>Le professionnel mentionné à l'article D. 4364-1 du Code de la santé publique est tenu d'informer la personne sur :</p>

- 1° Les différents appareils possibles en fonction du handicap ou de la maladie ;
- 2° Les types de matériaux, leur utilisation et leur entretien ;
- 3° Le coût et les conditions de remboursement, le cas échéant, par les organismes de prise en charge ; à cette fin, le professionnel fournit un devis à la personne ;
- 4° Les délais de délivrance de l'appareil ;
- 5° Les responsabilités respectives du professionnel et de la personne ;
- 6° Les conditions de garantie permettant des modifications de bonne adaptation, si cela est nécessaire.

Article 21 de l'arrêté	<p>I. – L'orthoprothésiste, le podo-orthésiste et l'orthopédiste-orthésiste sont tenus de constituer et de mettre à jour un dossier pour chaque personne, comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° Le dossier administratif ; 2° Le compte-rendu de l'anamnèse ; 3° Le dossier technique comprenant l'ensemble des moyens que ceux-ci jugent nécessaires à la réalisation de l'appareillage : prise d'empreinte, mesure, moulage ; 4° Le descriptif exhaustif de l'appareil comprenant les composants utilisés comportant éventuellement les numéros de série des pièces détachées, les étapes de fabrication de l'appareil ou des chaussures orthopédiques ou de l'appareil podo-jambier spécial et, le cas échéant, la date, le motif et la nature des interventions réalisées ainsi que le nom de l'intervenant ; 5° Le compte-rendu d'appareillage à la disposition du prescripteur. <p>II. – L'oculariste et l'épithésiste sont tenus de constituer et de mettre à jour un dossier pour chaque personne, comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° Le dossier administratif comprenant, le cas échéant, la ou les dates des interventions chirurgicales, des moulages et de la livraison des prothèses, les photos ; 2° Le compte-rendu de l'anamnèse ; 3° Le descriptif exhaustif de l'appareil comprenant les composants utilisés et les étapes de la fabrication de l'appareil, la qualité des résines et des silicones ; 4° S'agissant de prothèses oculaires, la polymérisation et le polissage ; 5° S'agissant d'épithèses, les pigments utilisés et les modes de fixation ; 6° Le cas échéant, la date, le motif et la nature des interventions réalisées, y compris, s'agissant des prothèses oculaires, les repolissages, ainsi que le nom de l'intervenant ; 7° Le compte-rendu d'appareillage à la disposition du prescripteur.
Article 22 de l'arrêté	<p>Pour les produits de série qu'il fournit, l'orthopédiste-orthésiste dispose d'une gamme minimale de produits de même finalité, permettant un choix par la personne et la meilleure adaptation possible.</p>
Article 23 de l'arrêté	<p>I. – La réalisation de l'appareil ou la délivrance de l'appareil par l'orthoprothésiste, le podo-orthésiste et l'orthopédiste-orthésiste comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° Les prises de mesure de la personne ; 2° S'agissant des orthoprothésistes et des orthopédistes-orthésistes, les essais éventuels avec contrôle immédiat de l'efficacité ; 3° Les essayages avec contrôles d'efficacité et les modifications nécessaires ; 4° La mise à disposition de l'appareil dans les délais définis à l'article 24. <p>II. – La réalisation de l'appareil par l'oculariste et l'épithésiste comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° S'agissant de prothèses oculaires, les prises de mesures biométriques de la cavité, du relevé des diamètres et des composants chromatiques de l'appareil à réaliser ; 2° S'agissant d'épithèses, les essais éventuels d'un ou plusieurs appareils avec contrôle immédiat de l'adaptation à la personne ;

	<p>3° Les essayages avec contrôle d'efficacité et les modifications nécessaires ;</p> <p>4° La mise à disposition de l'appareil dans les délais définis à l'article 24.</p>
Article 24 de l'arrêté	<p>I. – Dans le cas d'une première mise ou lors de l'appareillage d'un enfant, le professionnel mentionné à l'article D. 4364-1 du Code de la santé publique doit réaliser l'appareil prescrit dans un délai maximal de deux mois à compter de la prise en charge initiale de la personne.</p> <p>Ce délai est porté à trois mois lorsque l'appareil prescrit correspond à une seconde mise ou à un renouvellement, sauf pour l'appareillage d'un enfant auquel cas le délai à respecter est de deux mois.</p> <p>II. – Pour les réparations effectuées par les orthoprothésistes et les orthopédistes-orthésistes, les délais maximaux pour leur réalisation sont :</p> <p>1° Dans le cas où la personne handicapée est dépourvue d'appareil en bon état : la réparation doit être en principe immédiate ou dans un délai maximum de cinq jours ouvrés ;</p> <p>2° Dans le cas où la personne handicapée possède un appareil en bon état (appareil de secours ou seconde mise) : le délai maximum est de trois semaines en cas de réparations purement mécaniques (usure) et de quarante-cinq jours en cas de réparations comportant une adaptation ou une réadaptation.</p> <p>III. – La réparation effectuée par le podo-orthésiste, lorsqu'il la juge possible, doit être effectuée dans un délai maximum de huit jours ouvrés.</p> <p>Ce délai peut être cependant rallongé à trois semaines maximales si la personne handicapée dispose d'une ou de chaussures orthopédiques ou d'un appareil de rechange.</p> <p>IV. – Ces délais sont suspendus lorsque l'appareillage réalisé par un podo-orthésiste nécessite l'intervention d'un orthoprothésiste ou lorsque l'appareillage réalisé par un orthoprothésiste nécessite l'intervention d'un podo-orthésiste.</p> <p>V. – Ces délais sont suspendus lorsque la personne ne se manifeste pas pour faire réaliser son appareillage.</p>
Article 25 de l'arrêté	<p>I. – Lors de la mise à disposition de l'appareil, le professionnel mentionné à l'article D. 4364-1 du Code de la santé publique est tenu de fournir à la personne un support écrit comportant les conseils d'adaptation, de manipulation, de mise en place, ainsi qu'une information sur les conditions d'utilisation de l'appareil et sur son entretien. Il l'invite à le contacter pour toute difficulté relative à son appareillage. Il est tenu de procéder à toutes les modifications de bonne adaptation qui lui sont demandées par la personne à l'occasion de cette mise à disposition.</p> <p>II. – L'oculariste est également tenu de fournir à la personne un support écrit comportant des conseils sur l'hygiène indispensable de la cavité oculaire et sur les possibilités de repolissage ainsi qu'une ventouse pour faciliter la manipulation de la prothèse oculaire.</p> <p>III. – L'épithésiste est également tenu de fournir à la personne un support écrit comportant des conseils sur l'hygiène indispensable de la partie du visage sous-prothétique.</p>
Article 26 de l'arrêté	<p>Le professionnel mentionné à l'article D. 4364-1 du Code de la santé publique est tenu de s'assurer de la satisfaction de la personne dans le cadre d'une démarche qualité.</p>

18. Orthoprothésistes

Définition de la profession

La profession d'orthoprothésiste fait partie des cinq professions de prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées ([article L. 4364-1 du CSP](#)).

Article D. 4364-2 du CSP

Est considérée comme exerçant la **profession d'orthoprothésiste** toute personne qui procède à l'appareillage orthopédique externe sur mesure avec prise d'empreinte ou moulage d'une personne malade ou handicapée présentant soit une amputation de tout ou partie d'un membre, soit une déficience ostéo-articulaire, musculaire ou neurologique.

L'appareillage recouvre la conception, la prise de mesure avec prise d'empreinte ou moulage, la fabrication, l'essayage, l'adaptation, la délivrance de l'appareil, le contrôle de sa tolérance et de son efficacité fonctionnelle immédiate, le suivi de l'appareillage, de son adaptation, sa maintenance et ses réparations.

La définition des appareillages réservés aux orthoprothésistes est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé²⁷.

La liste des orthèses de série pouvant être délivrées par les orthoprothésistes est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé²⁸.

Appareillages réservés aux orthoprothésistes :

1° Les dispositifs médicaux sur mesure destinés au maintien, à la correction ou au remplacement de tout ou partie des membres supérieurs ou inférieurs, ou du tronc, suivants :

- a) les prothèses du membre supérieur ou inférieur ;
- b) les orthèses du membre supérieur ou inférieur, du tronc, de la tête et du cou, réalisées sur mesure et moulage positif sur nature ou empreinte de la partie du corps ou par conception et fabrication assistées par ordinateur ;

2° Les orthèses du tronc adaptées sur mesure et personnalisées destinées à prévenir ou à corriger des déformations du rachis ;

3° Les orthèses de positionnement du corps en position assise, debout ou couchée, adaptées sur mesure et personnalisées.

²⁷ Arrêté du 1^{er} février 2011 relatif aux professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées : [article 1.](#)

²⁸ Arrêté du 3 décembre 2015 relatif à la délivrance des orthèses de série par les orthoprothésistes, les podoprothésistes et les orthopédistes-orthésistes : [article 2.](#)

Orthèses de série pouvant être délivrées par les orthoprothésistes :

1. Colliers cervicaux ;
2. Appareils de correction orthopédique de l'épaule ;
3. Appareils de correction orthopédique du coude ;
4. Orthèses de main ou de poignet ;
5. Ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques ;
6. Orthèses élastiques de contention des membres ;
7. Orthèses d'abductions du bras et son coussin ;
8. Attelles de correction orthopédique de hanche ;
9. Attelles et orthèse de série pour appareillage du genou ou du couple pied-genou ;
10. Appareils de correction orthopédique de la cheville ;
11. Attelles : montées sur chaussures, sans chaussures, releveurs de pied, et le dispositif de montage associé ;
12. Attelles et chaussons articulés ;
13. Chaussures thérapeutiques ;
14. Chaussures à bout ouvert ;
15. Orthèses de pieds ;
16. Orthèses d'orteils ;
17. Talonnettes ;
18. Semelles amortissantes ;
19. Semelles viscoélastiques.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des orthoprothésistes ne sont pas décrits dans le Code de la santé publique.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ l'Union française des orthoprothésistes (UFOP), le 30 septembre 2019.

L'Union française des orthoprothésistes est une organisation professionnelle représentative du grand appareillage orthopédique externe sur mesure. Elle regroupe 90 % des professionnels exerçant dans plus de 200 sites en France métropolitaine et dans les DOM TOM.

Au nom de l'ensemble de la profession, l'UFOP négocie et traite les questions d'ordre politique, économique, technique, juridique et réglementaire (négociation des statuts de la profession, évolution de la LPPr, négociation des prix et tarifs de remboursement avec le CEPS, évolution de la formation initiale et du développement professionnel continu).

L'UFOP a transmis les projets de référentiel d'activités et de référentiel de compétences, un diaporama et une synthèse de nos échanges.

Présentation de la profession

Les cinq professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées comptent environ 3 000 collaborateurs, parmi lesquels on compte 1 000 orthoprothésistes.

Les orthoprothésistes sont les spécialistes du « grand » appareillage externe conçu sur mesure, après prise d'empreinte ou moulage. Ils conçoivent et réalisent annuellement environ 180 000 appareillages neufs :

- prothèses externes pour membre manquant (ex. : amputation du membre inférieur ou supérieur) ;
- orthèses pour suppléance musculaire, neurologique, osseuse (ex. : scolioses, lombalgies, besoin en pré et post-opératoire) ;
- corsets sièges sur mesure pour patients avec paralysie cérébrale.

L'orthoprothésiste assiste aux consultations pluridisciplinaires (kinésithérapeute, ergothérapeute, médecin, infirmier) en centre de rééducation conduisant à une prescription médicale, une prise d'empreintes, un appareillage et un suivi. Procéder à un examen clinique, poser un diagnostic en orthoprotèse fait partie intégrante des missions assurées par l'orthoprothésiste ainsi que l'éducation thérapeutique du patient et le suivi patient/appareillage délivré (maintenance préventive, utilisation adaptée et efficace de l'appareillage).

Seuls les orthoprothésistes, titulaires d'un BTS délivré au bout de trois années d'études, peuvent exercer la profession au contact direct des patients. Les référentiels d'activité et de compétences de la profession ont été élaborés mais jamais publiés. Comme pour tout professionnel de santé, le droit d'exercer implique la possession du diplôme et l'inscription au fichier ADELI.

Le maillage de la profession sur le territoire national répond aux besoins de la population. Néanmoins, les orthoprothésistes exerçant sur prescription médicale obligatoire, l'accès aux orthoprothésistes est difficile pour les patients vivant dans un désert médical.

Les appareillages sont des dispositifs médicaux sur mesure, remboursés via l'inscription à la LPPr (titre II – chapitre 7) : 97 % des appareillages sont remboursés à 100 %. La rémunération des professionnels se fait via le remboursement du matériel défini dans la LPPr. Les professionnels ont une

activité salariée dans les centres. La LPPr ne permet pas de tracer et de facturer les actes des professionnels : soin, déplacement, suivi. La LPPr date de 1947 et n'est plus adaptée.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Les consultations pluridisciplinaires pourraient être réalisées en télésoin.

Les activités de suivi et d'éducation thérapeutique pourraient être réalisées à distance.

Le suivi de l'appareillage est conséquent durant la période de garantie : bon état, bon usage, bonne adaptation de l'appareillage ; il inclut une part d'éducation thérapeutique.

Exemple de bon usage : le professionnel peut rappeler à un patient de mettre à l'endroit le bouchon de prothèse tibiale pour qu'il ne s'altère pas prématurément.

Exemple de bonne adaptation : le professionnel adapte un corset de scoliose à la suite d'une consultation du patient avec un chirurgien ou un rhumatologue.

Les patients sont suivis très longtemps par les orthoprothésistes (ex. : un adolescent traité pour une scoliose sera suivi de 10 à 16 ans) et certains sont même suivis à vie (ex. : patient amputé).

Les consultations de suivi regroupent médecin, orthoprothésiste et patient. Dans cette configuration de consultation de suivi, l'orthoprothésiste pourrait être à distance. Les médecins pourraient confier ces consultations de suivi aux orthoprothésistes et ainsi libérer du temps médical.

Concernant l'éducation thérapeutique, pour les patients amputés, l'éducation thérapeutique est mise en œuvre par l'équipe médicale puis réalisée par l'orthoprothésiste.

Le télésoin a également une place pour faciliter les échanges entre professionnels de santé pour une meilleure prise en charge du patient. Par exemple, une infirmière spécialisée dans les plaies est consultée à distance par un orthoprothésiste en présence du patient concerné. Il s'agit là d'une prestation de télésoin.

L'Union française des orthoprothésistes rappelle que la LPPr ne permet pas d'identifier les activités de suivi qui pourraient être réalisées en télésoin (notamment pour ce qui concerne l'éducation de l'appareillé), et devrait donc être modifiée.

Au final, l'Union française des orthoprothésistes considère que sont potentiellement réalisables en télésoin :

- la consultation pluridisciplinaire, notamment avec le chirurgien ;
- en amont de la prescription, avec le médecin et le patient pour avis pour une aide à la prescription (choix du type d'appareillage), visualisation précise pathologie/membre/moignon ;
- avec le patient pour éducation thérapeutique du patient, conseil de mise en place, suivi de l'appareillage, contrôle de sa bonne adaptation ;
- en cas de nécessité de réparation ou d'adaptation de l'appareillage : évaluation préalable de celle-ci afin d'éviter un éventuel déplacement du patient.

Autres situations éventuelles :

- gestion des problèmes cutané-trophiques (plaies, érythèmes, etc.) liés au port de dispositifs orthopédiques sur mesure (corsets, emboîtures de prothèses, etc.) ;
- troubles de la statique et du positionnement de la personne âgée.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

L'appareillage doit être réalisé en présence du patient.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

La profession dispose de droits d'accès au dossier médical partagé. Il est intéressant pour l'orthoprothésiste d'accéder aux comptes-rendus médicaux avec l'anamnèse du patient. Il est important d'avoir accès à la radio du patient.

La profession peut également utiliser une messagerie sécurité de santé.

La profession dispose d'une carte de professionnel de santé.

Les conditions matérielles doivent respecter l'intimité du patient lors du télésoin.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

19. Podo-orthésistes

Définition de la profession

La profession de podo-orthésiste fait partie des cinq professions de prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées ([article L. 4364-1 du CSP](#)).

Article D. 4364-3 du CSP

Est considérée comme exerçant la **profession de podo-orthésiste** toute personne qui procède à l'appareillage orthopédique sur mesure du pied, par chaussure orthopédique sur mesure et sur moulage, par appareil podo-jambier sur moulage pour chaussures de série ou orthopédiques, d'une personne malade ou handicapée présentant soit une amputation partielle du pied, soit une déficience ostéo-articulaire, musculaire ou neurologique du pied ou de l'extrémité distale de la jambe, voire de ces deux régions anatomiques associées.

L'appareillage recouvre la conception, la prise de mesure avec moulage éventuel, la fabrication, l'essayage, la délivrance de l'appareil, le contrôle de sa tolérance et de son efficacité fonctionnelle immédiate, le suivi de l'appareillage, de son adaptation et ses réparations.

La liste des orthèses de série pouvant être délivrées par les podo-orthésistes est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé²⁹.

Orthèses de série pouvant être délivrées par les podo-orthésistes :

1. Appareils de correction orthopédique de la cheville ;
2. Attelles montées sur chaussures, sans chaussures, releveurs de pied, et le dispositif de montage associé ;
3. Attelles et chaussons articulés ;
4. Chaussures thérapeutiques ;
5. Chaussures à bout ouvert ;
6. Orthèses de pied ;
7. Orthèses d'orteil ;
8. Talonnettes ;
9. Semelles amortissantes ;
10. Semelles viscoélastiques.

²⁹ Arrêté du 3 décembre 2015 relatif à la délivrance des orthèses de série par les orthoprothésistes, les podo-orthésistes et les orthopédistes-orthésistes : [article 3](#).

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des podos-orthésistes ne sont pas décrits dans le Code de la santé publique.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ la Fédération française des podos-orthésistes (FFPO), le 9 octobre 2019.

La Fédération française des podos-orthésistes est la seule chambre syndicale représentant les podos-orthésistes. Il s'agit d'un syndicat professionnel patronal.

La FFPO a transmis les projets de référentiel d'activités et de référentiel de compétences, deux diaporamas et une synthèse de nos échanges.

Présentation de la profession

La profession fonctionne en entreprise. Il n'y a pas de statut de libéral. La profession compte 240 entreprises et 700 professionnels qui prennent en charge environ 150 000 patients.

Les référentiels d'activité et de compétences de la profession ont été élaborés, mais jamais publiés.

La profession ne dispose pas d'acte professionnel.

Le podos-orthésiste intervient uniquement sur prescription médicale. Il y a environ 500 cabinets (points de consultations) en France (le lieu de consultation est différent du lieu de fabrication). Il n'y a pas de délai d'attente particulier pour le patient, mais le point de consultation peut être distant du domicile du patient.

Les podos-orthésistes sont les spécialistes de l'appareillage du pied avec une fabrication exclusivement sur mesure (avec moulage) essentiellement pour la délivrance de :

- chaussures orthopédiques (entre 120 000 et 130 000 par an) ;
- appareils podos-jambiers ;
- orthèses plantaires (semelles orthopédiques) et coques talonnières.

La profession délivre uniquement des dispositifs médicaux dont les références figurent à la LPPr aux titre II (orthèses et prothèses externes), chapitre 1 (orthèses [ex-petit appareillage]) pour les orthèses plantaires (activité commune avec pédicures-podologues) et titre II, chapitre 6 (podos-orthèses) pour les chaussures orthopédiques.

La réalisation de l'appareillage est systématiquement sur mesure dans un délai de deux mois à compter du premier rendez-vous (prise de mesures). Il comprend :

- la conception :
 - examen clinique et diagnostic en podos-orthèse ;
 - la prise de mesures/d'empreintes (3D par scan possible) ;
 - le moulage/fraisage ;
 - l'essayage plastique ;
- la fabrication :
 - patronage, découpe, piquage, montage, etc.

- la livraison et le chaussage ;
- le suivi durant la période de garantie de six mois et au-delà, à la demande du patient.

Toutes les chaussures orthopédiques ont une orthèse à l'intérieur. Il faut adapter la chaussure au pied du patient. Pour les patients amputés total du pied, il y a une prothèse, réalisée par un orthoprothésiste, dans la chaussure réalisée sur mesure.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Le télésoin est adapté :

- pour un avis, pour poser un diagnostic en podo-orthèse et aider à la prescription pour le médecin prescripteur (ex. : le prescripteur hésite entre une chaussure orthopédique, thérapeutique de série ou orthèse plantaire) ; les délais d'attente peuvent être longs (jusque six mois) pour le patient avant d'obtenir une prescription médicale, car les temps d'attente pour obtenir un rendez-vous auprès des spécialistes (ex. : rhumatologue, neurologue) sont longs ; problème accentué par la disparition des centres d'appareillage ;
- pour visualiser une plaie au début de la conception et lors du suivi, particulièrement en cas de plaies évolutives (voir exemple ci-dessous) ; exemple : les podo-orthésistes n'ont pas le droit de défaire un pansement et ne peuvent parfois pas examiner le pied du patient. Ils ont donc un intérêt à participer à distance (vidéotransmission) à la consultation médicale pour une plaie complexe du pied diabétique et/ou aux soins infirmiers lorsqu'une infirmière refait un pansement afin de visualiser/situer la plaie et faciliter ainsi la conception de l'orthèse. Cette participation pourrait être réalisée en télésoin. Le même besoin existe lors du suivi pour visualiser l'évolution de la plaie et identifier un éventuel besoin d'adaptation de l'appareillage. Les patients diabétiques sont suivis régulièrement (sept à huit fois par an) ;
- pour des conseils auprès du patient pour une bonne mise en place de l'appareillage, pour certaines adaptations ou réparations (velcros, etc.) ; après l'échange par vidéo avec le professionnel, le patient peut envoyer son appareillage pour le faire réparer et éviter un déplacement ;
- pour l'éducation thérapeutique du patient, le suivi de l'appareillage, le contrôle de la bonne adaptation (voir le patient marcher) et les adaptations elles-mêmes.

Dans tous ces cas, une vidéotransmission peut permettre d'éviter un déplacement non indispensable au patient. Si le problème ne peut être réglé à distance, un rendez-vous en présentiel est organisé.

L'intérêt du télésoin est marqué en raison de la population concernée qui est âgée et qui a des difficultés à se déplacer (patients âgés, diabète, hémiplégié post-AVC, etc.).

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

La prise de mesures, la conception et l'essayage ne peuvent être réalisés à distance.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

L'accès au dossier médical partagé est important pour accéder au compte-rendu radiologique, au compte-rendu kinésithérapeutique et aux données de remboursement (pour s'assurer de la prise en charge en ALD, ou vérifier que le patient n'a pas déjà consulté un podo-orthésiste, etc.).

Le professionnel doit pouvoir enregistrer un compte-rendu du télésoin dans le dossier du patient et qu'il soit accessible au médecin prescripteur.

La profession dispose de carte de professionnel de santé ; la convention SESAM-Vitale est entrée en vigueur le 10 octobre 2020.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

20. Ocularistes

Définition de la profession

La profession d'oculariste fait partie des cinq professions de prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées ([article L. 4364-1 du CSP](#)).

Article D. 4364-4 du CSP

Est considérée comme exerçant la **profession d'oculariste** toute personne qui procède à l'appareillage du globe oculaire non fonctionnel ou d'une cavité orbitaire consécutive à une énucléation ou une éviscération, par prothèse oculaire externe sur mesure, d'une personne malade ou handicapée.

L'appareillage recouvre la conception, la prise de mesure avec moulage éventuel, la fabrication, l'essayage, la délivrance de l'appareil, le contrôle de sa tolérance et de son efficacité fonctionnelle immédiate, le suivi de l'appareillage, dont le repolissage et le suivi de son adaptation.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des ocularistes ne sont pas décrits dans le Code de la santé publique.

Position des parties prenantes

La HAS a sollicité l'Union des ocularistes français (UDOF) qui n'a pas souhaité participer aux travaux.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

21. Épithésistes

Définition de la profession

La profession d'épithésiste fait partie des cinq professions de prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées définies au Code de la santé publique ([article L. 4364-1 du CSP](#)).

[Article D. 4364-5 du CSP](#)

Est considérée comme exerçant la **profession d'épithésiste** toute personne qui procède à l'appareillage, par prothèse faciale externe sur mesure, d'une personne malade ou handicapée présentant une perte de substance de la face ou des oreilles, voire de ces deux régions anatomiques associées.

L'appareillage recouvre la conception, la prise de mesure avec moulage éventuel, la fabrication, l'essayage, la délivrance de l'appareil, le contrôle de sa tolérance et de son efficacité immédiate, le suivi de l'appareillage et de son adaptation.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des épithésistes ne sont pas décrits dans le Code de la santé publique.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ le Syndicat des épithésistes français (SEF), le 4 février 2020.

Le Syndicat des épithésistes français représente la profession auprès des autorités de santé.

Le Syndicat des épithésistes français a transmis une synthèse sur la place du télésoin dans la profession.

Présentation de la profession

Les épithésistes conçoivent et fabriquent des épithèses en silicone sur mesure. Une épithèse est une prothèse qui recrée la partie manquante ou altérée du visage ou des oreilles, à la suite d'une malformation congénitale, un traumatisme ou une chirurgie (ex. : résection d'une tumeur).

Le métier d'épithésiste nécessite des compétences artistiques (ex. : illustration médicale), scientifiques (ex. : anatomie) et techniques (anaplastologie). Lors de la conception de l'épithèse, il est nécessaire de prendre en compte les mouvements et expressions du visage.

Le nombre d'épithésistes est passé de 12 en 2007 à 92 en 2020 avec de nombreux diplômes délivrés par les agences régionales de santé, lors de la fermeture des centres d'appareillage. En France, ce nombre permet de répondre aux besoins de la population, estimés à 1 professionnel pour 5 millions d'habitants.

Un épithésiste doit valider le DU de prothèse faciale appliquée et de trois années de pratiques chez un épithésiste. La profession souhaite évoluer vers une licence et organiser une formation continue.

Les épithésistes exercent principalement en libéral (certains exercent à l'hôpital ou dans l'armée),

Les épithésistes travaillent sur prescription médicale et en collaboration avec les autres professionnels, notamment les équipes chirurgicales.

La profession est conventionnée, avec une prise en charge à 100 % après entente préalable. La dernière convention date de 2019 (signée par le Syndicat des épithésistes français).

La profession est en constante évolution liée aux matériaux, aux implants de maintien des prothèses et aux technologies :

- une première révolution a eu lieu dans les années 80 avec l'utilisation de silicone souple et d'implants de fixation ;
- une seconde révolution est en cours avec l'arrivée de la 3D (scanner, logiciels de conception et imprimantes) qui a remplacé les prises d'empreinte (« plâtres ») et fait évoluer les méthodes de design et de fabrication. La transmission de scanners 3D par le chirurgien permet à l'épithésiste d'imprimer le visage en 3D, de faire une maquette, etc. Les premiers scanners 3D de couleur commencent à être commercialisés.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Le patient est suivi tout au long de sa vie par l'épithésiste, avec un renouvellement périodique de l'épithèse (tous les un à deux ans) en raison du vieillissement des matériaux et de l'évolution de la situation du patient (ex. : évolution d'une cavité). L'épithésiste conserve tous les moules des épithèses pour ses patients.

Certains patients sont très éloignés (ex. : Guadeloupe, etc.). Certains échanges avec le patient sont déjà réalisés à distance (ex. : échanges téléphoniques, transmission de photos à la suite de la perte d'un implant). En amont de l'appareillage, certaines étapes d'explications des différents moyens de fixation (colle, implants et aimants, sur montures ou mixtes), de collaboration avec les équipes médicales et de prise de décision pourraient être faites en télésoin, ainsi que l'entretien de l'épithèse après sa remise au patient, et les soins d'hygiène. Le télésoin pourrait permettre d'améliorer les échanges à distance et éviter des déplacements aux patients.

Le télésoin pourrait être utile dans les échanges et la collaboration avec les autres professionnels pour, par exemple, assister le chirurgien à distance lors de la pose d'implants. Les équipes de professionnels sont amenées à collaborer en amont, dans la prise en charge du patient (avant l'intervention chirurgicale, le chirurgien va demander un avis à l'épithésiste).

Le télésoin serait adapté aux situations suivantes :

- besoin de collaboration avec les autres professionnels ;
- suivi à distance pour des avis ponctuels (question du patient, problème avec l'épithèse) ;
- éducation du patient et conseils pour maintenance de l'épithèse.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

L'appareillage se fait obligatoirement en présence du patient, il y a des étapes comme la prise d'empreinte numérique et analogique (pour les systèmes de fixations par implants), le modelage et les essayages de la maquette, la sélection de silicones en fonction de nombreux facteurs comme la mobilité, la souplesse, la résistance, avec le mélange des teintes des différentes régions anatomiques, et enfin la remise d'épithèse et l'insertion de cils/sourcils, le cas échéant.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Les épithésistes disposent d'une carte de professionnel de santé.

Ils sont référencés dans la matrice d'habilitation du dossier médical partagé parmi les métiers de l'appareillage.

Selon le Syndicat des épithésistes français, l'accès au dossier médical partagé est limité en lecture, les épithésistes n'auraient donc pas la possibilité d'enregistrer un compte-rendu dans le dossier médical partagé du patient.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

22. Orthopédistes-orthésistes

Définition de la profession

La profession d'orthopédiste-orthésiste fait partie des cinq professions de prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées définies au Code de la santé publique ([article L. 4364-1 du CSP](#)).

Article D. 4364-6 du CSP

Est considérée comme exerçant la **profession d'orthopédiste-orthésiste** toute personne qui procède à l'appareillage des personnes malades ou atteintes d'un handicap par appareillage orthétique ou orthopédique réalisé sur mesure ou par appareillage orthétique ou orthopédique de série.

L'appareillage recouvre pour les produits sur mesure la prise de mesure, la conception et éventuellement la fabrication ainsi que, pour tous les produits, le choix de l'appareillage, l'essayage, l'adaptation, la délivrance, le contrôle de sa tolérance et de son efficacité fonctionnelle immédiate, le suivi de l'appareillage, de son adaptation, ses réparations.

La définition des appareillages réservés aux orthopédistes-orthésistes est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé³⁰.

La liste des orthèses de série pouvant être délivrées par les orthopédistes-orthésistes est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé³¹.

Appareillages réservés aux orthopédistes-orthésistes :

- 1° Les ceintures médico-chirurgicales de soutien ou de maintien réalisées sur mesure ;
- 2° Les corsets orthopédiques d'immobilisation du rachis réalisés sur mesure en tissu armé ou par morpho-adaptation immédiate de produits de série en matériaux thermoformables basse température ;
- 3° Les bandages herniaires ;
- 4° Les orthèses élastiques de contention des membres réalisées sur mesure ;
- 5° Les vêtements compressifs pour grands brûlés sur mesure.

³⁰ Arrêté du 1^{er} février 2011 relatif aux professions de prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées : [article 2](#).

³¹ Arrêté du 3 décembre 2015 relatif à la délivrance des orthèses de série par les orthoprothésistes, les podo-orthésistes et les orthopédistes-orthésistes : [article 4](#).

Orthèses de série pouvant être délivrées par les orthopédistes-orthésistes :

1. Colliers cervicaux ;
2. Appareils de correction orthopédique de l'épaule ;
3. Appareils de correction orthopédique du coude ;
4. Orthèses de main ou de poignet ;
5. Ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques ;
6. Orthèses élastiques de contention des membres ;
7. Orthèses d'abductions du bras et son coussin ;
8. Attelles de correction orthopédique de hanche ;
9. Attelles et orthèse de série pour appareillage du genou ou du couple pied-genou ;
10. Appareils de correction orthopédique de la cheville ;
11. Attelles : montées sur chaussures, sans chaussures, releveurs de pied, et le dispositif de montage associé ;
12. Attelles et chaussons articulés ;
13. Chaussures thérapeutiques ;
14. Chaussures à bout ouvert ;
15. Orthèses de pieds ;
16. Orthèses d'orteils ;
17. Talonnettes ;
18. Semelles amortissantes ;
19. Semelles visco-élastiques.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des orthopédistes-orthésistes ne sont pas décrits dans le Code de la santé publique.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ le Syndicat national de l'orthopédie française (SNOF), le 27 novembre 2019.

Le Syndicat national de l'orthopédie française est le seul syndicat représentatif. Il représente la profession auprès des Autorités de santé.

Il vise à assurer la défense des professionnels de l'orthopédie-orthèse en intervenant dans toutes les instances ministérielles. Il a également pour objectif l'accompagnement de ses adhérents.

Le Syndicat national de l'orthopédie française a transmis un document sur la place du télésoin dans la profession, qui répond aux questions de la HAS (cf. méthode).

Présentation de la profession

La profession compte environ 2 400 professionnels inscrits sur ADELI.

L'orthopédiste-orthésiste est le spécialiste des appareillages orthétiques.

Il conçoit, fabrique, adapte, délivre et vérifie les orthèses sur mesure ou de série.

Pour délivrer ces orthèses, il faut être diplômé orthopédiste-orthésiste.

L'orthopédiste-orthésiste prend en charge une personne présentant une lésion ou une modification corporelle entraînant une limitation fonctionnelle ou une altération de la représentation de soi, quelle que soit leur origine : malformation congénitale, maladie, accident, vieillissement.

L'orthopédiste-orthésiste exerce :

- en cabinet d'orthopédie indépendant ;
- en clinique, Société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), maison de santé, etc.
- en magasin d'orthopédie/ou pharmacie ;
- dans de petites, moyennes ou grandes entreprises, et aussi dans différents secteurs (hospitalier, industrie, etc.).

Quel que soit son degré d'autonomie et de responsabilité, il travaille en collaboration avec d'autres professionnels de santé pour conduire à une pratique efficace et satisfaisante, pour répondre aux demandes thérapeutiques de plus en plus complexes des patients.

La profession regroupe de nombreuses compétences : il peut s'agir d'orthèses sur mesures, telles que les orthèses de main, orthèses plantaires, ceintures et corsets, vêtements compressifs sur mesure pour grands brûlés, etc., mais aussi de compression veineuse, de compression articulaire, de colliers cervicaux, d'orthèses de correction (genou, cheville, épaule, etc.), de chaussures thérapeutiques de série, de bandages herniaires, ou encore de prothèses externes pour les femmes opérées du sein.

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

Le Syndicat national de l'orthopédie française considère que le télésoin est possible, et qu'il est déjà réalisé par téléphone, puisque les professionnels sont amenés à répondre aux questions ponctuelles des patients qui rencontrent un souci avec leur appareillage.

Le télésoin est tout à fait possible en première intention pour :

- poser un diagnostic en orthopédie-orthèse, conseiller sur l'appareillage le mieux adapté, et *in fine*, optimiser la prise en charge du patient ;
- le télésoin s'appliquera aussi pour les actes de conception et de suivi des appareillages sur mesure et de série tels que par exemple les corsets, ceintures, vêtements compressifs, orthèses plantaires, etc.

Dans ces situations, le télésoin s'avère particulièrement intéressant pour :

- un premier rendez-vous ;
- des patients qui ont des difficultés de déplacement ;
- optimiser les déplacements du professionnel au domicile des patients ;
- permettre une prise en charge plus rapide ;
- expliquer les finalités, les bénéfices attendus et les enjeux de l'appareillage au patient ;
- expliquer la démarche d'apprentissage à l'utilisation de son appareillage, sa mise en place et son retrait, le bon usage et l'entretien ;
- coopérer avec les professionnels de santé, en consultation pluridisciplinaire, afin d'apporter conseils et expertise sur l'appareillage et les traitements associés au patient.

Le télésoin en seconde intention peut aussi permettre :

- une meilleure éducation thérapeutique du patient ou de son aidant ;
- d'améliorer l'observance ;
- d'éviter les renoncements ;
- de réduire les déplacements non utiles.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

Doit être exclu du télésoin toute action ou tout acte nécessitant une prise de mesure, une prise d'empreinte, un moulage, etc. de l'appareillage.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

- définir pour quels types d'appareillages, le télésoin est possible, mais prioriser le présentiel pour certains appareillages, qui ne peuvent pas en bénéficier par exemple, orthèse de main dynamique, etc. ;
- garantir la protection, la sécurité et la confidentialité des données du patient ;
- garantir la confidentialité des échanges et du partage entre professionnels de santé, par l'intermédiaire des messageries sécurisées de santé et du dossier médical partagé ;

- assurer l'authentification du professionnel et intégrer dans la formation initiale, le télésoin.

Données de la littérature

Aucune référence pertinente n'a été identifiée.

23. Diététiciens

Définition de la profession

La profession de diététicien est définie dans le Code de la santé publique (partie législative – quatrième partie : professions de santé – livre III : auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires – titre VII : profession de diététicien).

Art. L. 4371-1 du CSP

Est considérée comme exerçant la **profession de diététicien** toute personne qui, habituellement, dispense des conseils nutritionnels et, sur prescription médicale, participe à l'éducation et à la rééducation nutritionnelle des patients atteints de troubles du métabolisme ou de l'alimentation, par l'établissement d'un bilan diététique personnalisé et une éducation diététique adaptée.

Les diététiciens contribuent à la définition, à l'évaluation et au contrôle de la qualité de l'alimentation servie en collectivité, ainsi qu'aux activités de prévention en santé publique relevant du champ de la nutrition.

Description des actes professionnels

Les actes professionnels des diététiciens ne sont pas décrits dans le Code de la santé publique.

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- ➔ l'Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN), le 29 novembre 2019.

L'Association française des diététiciens nutritionnistes est le seul représentant des diététiciens (2 100 adhérents en 2018 soit environ 16 % des professionnels). Elle représente tous les diététiciens, quel que soit leur secteur d'activité. Elle assure les rôles d'un Conseil national professionnel (CNP) en qualité de représentant de la profession au Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP).

Présentation de la profession

La profession compte 12 442 diététiciens en 2018, avec des modes d'exercice répartis de la façon suivante :

- libéraux (ou mixtes) : 37 % ;
- hospitaliers : 42 % ;
- autres (collectivités, libéraux purs, associations, écoles, sociétés privées, etc.) : 21 %.

Environ 35 % des diététiciens ont entre 25 et 35 ans.

La densité de la profession sur le territoire est de 12 à 20 diététiciens pour 100 000 habitants (certaines régions sont « désertées » comme la Normandie).

La profession de diététicien fait partie des professions de santé depuis 2007 (profession réglementée avec la loi du 31 janvier 2007). Le diplôme des professionnels doit être enregistré auprès des agences régionales de santé (fichier ADELI) depuis cette date. À l'exception des diététiciens salariés en hôpital qui en font la demande, les professionnels ne disposent pas de carte de professionnel de santé.

La formation initiale consiste en un diplôme bac +2 (BTS ou DUT). La profession exprime la volonté de réformer les études selon un schéma licence-master-doctorat conformément aux accords de Bologne. Comme pour les autres professions de santé, le développement professionnel continu (DPC) est mis en place.

Les diététiciens exercent selon deux modes : sur prescription médicale ou hors prescription médicale.

- Sur prescription médicale obligatoire, la pratique thérapeutique (structures de santé, exercice libéral) du diététicien s'appuie sur une démarche de soin fondée sur un raisonnement clinique, les diverses recommandations de bonnes pratiques dont les recommandations de bonne pratique pour « la consultation diététique réalisée par un diététicien » (HAS 2006), les données scientifiques en vigueur, en tenant compte de la confidentialité et toujours de façon adaptée à la personne ou à la population soignée ;
- Sans prescription médicale, il dispense des conseils diététiques de façon adaptée à l'individu ou au groupe d'individus, selon les dernières données scientifiques acquises, et dans une perspective de promotion de la santé.

Son expertise, comprise dans un large spectre de compétences, est également mise à disposition des entreprises (dont la restauration collective où il occupe une place majeure), des collectivités, de l'industrie agro-alimentaire et pharmaceutique.

De façon générale, en qualité de professionnel de santé, le diététicien intervient dans tous les champs de la prévention dans les domaines de la diététique et de la nutrition ; primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire.

Les actes des diététiciens ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie, en l'absence de conventionnement. À l'hôpital, certains actes de diététique sont cotés au programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Le télésoin peut-il être intégré dans votre pratique professionnelle, en prenant en compte les différents modes d'exercice possibles (ville, établissement de santé, établissement médico-social, etc.) ?

L'association française des diététiciens nutritionnistes a adressé un sondage à ses adhérents pour recueillir leurs avis sur le télésoin ; elle a obtenu 1 500 réponses sur 2 000 adhérents.

Les avantages du télésoin permettent, dans certaines situations :

- d'améliorer l'accès aux soins ;
- d'améliorer le suivi et l'accompagnement du patient.

L'intérêt de la vidéotransmission a été souligné pour visualiser l'environnement et les modes de vie du patient.

L'envoi de SMS au patient a également été souligné pour améliorer l'accompagnement, l'observance et la motivation du patient entre deux consultations.

Pensez-vous que certaines situations devraient être exclues du télésoin, car ne permettant pas d'assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge ?

Les activités nécessitant un geste direct sur le patient ne sont pas réalisables en télésoin :

- la première consultation diététique doit être réalisée, dans la mesure du possible, en présentiel afin d'établir la relation de soin, prendre des mesures anthropométriques si besoin, organiser le suivi à distance ;
- les diététiciens exerçant chez les prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) doivent se déplacer à domicile pour installer le dispositif de nutrition artificielle et initier la prise en charge.

Le télésoin doit se faire dans le respect des lois et règlements. Pour l'éducation thérapeutique, les textes réglementaires exigent que le bilan éducatif partagé soit réalisé en présentiel.

Quelles seraient, selon vous, les recommandations de bon usage à respecter pour assurer la qualité et la sécurité du télésoin ?

Pour des activités de soins réalisées sur prescription médicale, un compte-rendu est transmis au médecin prescripteur.

La profession souhaite disposer d'une carte de professionnel de santé pour accéder aux messageries sécurisées de santé et au dossier médical partagé. La carte de professionnel de santé est un outil indispensable au respect de la sécurité des données de santé et à la coordination des soins (travail en réseau au sein des différentes structures : ville, hôpital, maison de santé et échange avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge des patients).

La prise en charge des patients ne doit pas se faire exclusivement à distance. La première consultation doit être réalisée, si possible, en présentiel ; de même, pour le suivi, il convient d'alterner les consultations en présentiel et à distance.

Données de la littérature

Une publication d'intérêt a été identifiée. Son contenu est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 22 : référence bibliographique sélectionnée pour la profession de diététicien

Auteur, Pays, année « Intitulé »	Contenu des recommandations
<p><i>Dietitians association of Australia</i> Australie – 2015 « <i>Telehealth / Technology-based clinical consultations</i> » (10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Intérêt du télésoin : faciliter l'accès aux soins pour les patients (ex. : zone rurale, désert médical, proposer un soin en dehors des heures de travail). – Patients pour lesquels le télésoin est adapté : <ul style="list-style-type: none"> • patients ayant l'impossibilité d'accéder à des soins en présentiel (ex. : patients âgés, fragiles, en situation de handicap, patients qui travaillent ou qui doivent s'occuper d'enfants) ; • patients ayant un besoin urgent de consulter un diététicien ; • patients devant voyager plusieurs heures pour se rendre au rendez-vous ; • patients ayant besoin de consulter un diététicien ayant un domaine particulier de compétences ; • patient adressé à un diététicien pour une consultation à distance après avoir vu un autre professionnel de santé en présentiel. – Patients pour lesquels le télésoin peut poser des difficultés : <ul style="list-style-type: none"> • patients ayant des troubles de l'audition (l'équipement audio utilisé doit être de qualité) ; le patient peut être accompagné pour bénéficier d'une assistance ; • patients ne parlant pas bien anglais ; le patient peut être accompagné d'un interprète. <p>Il est de la responsabilité du professionnel de déterminer si le télésoin est approprié pour son patient. Le patient doit être informé des bénéfices et inconvénients de la prise en charge à distance afin de prendre sa décision et de donner son consentement éclairé.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Risques et difficultés associés à une consultation à distance : <ul style="list-style-type: none"> • prendre les mesures anthropométriques du patient ; • établir une relation soignant-patient de qualité ; • évaluer des signes physiques liés à une dénutrition ; • identifier les émotions pendant l'entretien ; • aspects liés à la protection des données. – Gestion des risques : <ul style="list-style-type: none"> • sécurité des données : messagerie sécurisée, transfert de données cryptées, qualité des données transférées (ex. : images) ; • enregistrement des comptes-rendus : ils sont mis à jour, clairs, précis, sécurisés ; • respect de la réglementation sur le territoire : le professionnel doit respecter la réglementation du lieu de résidence de son patient ; • assurance : s'assurer qu'elle couvre la pratique à distance ; • identification du patient : en cas de première consultation à distance (patient non connu, adressé par un autre professionnel de santé), confirmer l'identité du patient (nom, date de naissance, genre, adresse, numéro identifiant de santé, s'il existe). Les patients mineurs doivent être accompagnés. L'identité de l'accompagnant doit être vérifiée. <p>Un exemple de formulaire de consentement patient est fourni en annexe.</p>

24. Représentants des usagers

Position des parties prenantes

La HAS a rencontré :

- l'Association des familles catholiques, désignée par France assos santé pour représenter les usagers, le 24 juin 2020 (vidéoconférence).

En préambule, le représentant de l'Association des familles catholiques cite de nombreuses expériences positives de la télésanté auxquelles il a participé, par exemple la télésurveillance du diabète et en cardiologie (Suisse dès 2007/2008), la téléconsultation en psychiatrie (îles Ouessant et Molène 2011/2012).

Le télésoin est adapté au suivi.

Le télésoin en première consultation n'est pas exclu, mais il est préférable d'avoir d'abord établi une relation de confiance avec le patient. Cela nécessite également d'être en capacité de gérer la situation du patient découverte au décours du télésoin.

Il est souhaitable d'avoir une personne accompagnante, qui peut être un professionnel de santé, à proximité du patient pour l'aider à lever les freins à la communication (oser dire, lever les quiproquos, lever la barrière de langue, etc.).

Le télésoin est également lié à l'observance du patient (capacité à suivre/intégrer des mouvements de rééducation par exemple).

Le recours au télésoin est le résultat d'une décision partagée avec le patient qui consiste notamment à expliquer et à rassurer le patient sur cette modalité de prise en charge. La fracture numérique (capacité du patient à utiliser les technologies de l'information et de la communication) est également à prendre en considération.

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 Téléconsultation et télésoin. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168867/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-du-covid-19-teleconsultation-et-telesoin
2. Haute Autorité de Santé. Pendant l'épidémie de COVID-19. Téléconsultation et télésoin. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183032/fr/teleconsultation-et-telesoin-pendant-l-epidemie-de-covid-19
3. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/rapport_delaboration_de_la_fiche_memo_t_eleconsultation_teleexpertise_avril_2018_2018-04-20_11-04-50_363.pdf
4. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2019. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/rapport_delaboration_teleconsultation_et_t_eleexpertise.pdf
5. Alberta College of Speech-Language Pathologists and Audiologists. Telepractice. Guideline. ACSLPA; 201. <https://www.acslpa.ca/wp-content/uploads/2019/05/Telepractice.pdf>
6. Australian Nursing Federation. Telehealth standards : registered nurses. Canberra : ANF ; 2013. https://crana.org.au/uploads/pdfs/Telehealth_Standards_Registered_Nurses.pdf
7. Australian Nursing Federation. Guidelines for telehealth on-line video. Consultation funded through medicare for registered nurses, enrolled nurses, nurse practitioners, registered midwives and eligible midwives. Canberra : ANF; 2013. http://anmf.org.au/documents/reports/Telehealth_Guidelines.pdf
8. Badowski ME, Walker S, Bacchus S, Bartlett S, Chan J, Cochran KA, *et al.* Providing comprehensive medication management in telehealth. *Pharmacotherapy* 2018;38(2):e7-e16. <http://dx.doi.org/10.1002/phar.2071>
9. Canadian Society of Hospital Pharmacists. Telepharmacy guidelines. Ottawa : CSHP; 2018. <https://www.telemedecine-360.com/wp-content/uploads/2019/03/2018-CSHP-Telepharmacy-Guidelines.pdf>
10. Dietitians Association of Australia. Telehealth / Technology-based clinical consultations. Deakin: DAA ; 2015. <https://daa.asn.au/wp-content/uploads/2015/04/Telehealth-Technology-based-Clinical-Consultations.pdf>
11. Federation of State Boards of Physical Therapy. Telehealth in physical therapy. Policy recommendations for appropriate regulation. Alexandria: FSBPT; 2015. <https://www.fsbpt.org/Portals/0/documents/free-resources/TelehealthInPhysicalTherapy2015.pdf>
12. General Pharmaceutical Council. Guidance for registered pharmacies providing pharmacy services at a distance, including on the internet. London : GPC ; 2019. https://www.pharmacyregulation.org/sites/default/files/document/guidance_for_registered_pharmacies_providing_pharmacy_services_at_a_distance_including_on_the_internet_april_2019.pdf
13. Nova Scotia College of Nursing. Practice guidelines for nurses. Telenursing. Bedford : NSCN; 2019. <https://cdn1.nscn.ca/sites/default/files/documents/resources/Telenursing.pdf>
14. Ordre des Ergothérapeutes du Québec. L'intervention ergothérapeutique à distance. Ergothérapie Express 2013. <https://www.oeq.org/publications/occupation-ergotherapeute/articles-sur-la-pratique->

[professionnelle/9-lintervention-ergotherapie-a-distance.html](#)

15. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. Les télésoins. Directive professionnelle. Toronto : OIIO ; 2017.
https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51041_telephone.pdf

16. Orthophonie et Audiologie Canada. L'utilisation de la télépratique par les orthophonistes et les audiologistes membres d'OAC. Ottawa : OAC ; 2006.
https://www.sac-oac.ca/sites/default/files/resources/sac_telepractice_position_paper_french.pdf

17. Physiotherapy Alberta College, College of Physiotherapists of Manitoba. Telerehabilitation resource guide for Alberta physiotherapists. Alberta ; Manitoba : PAC; CPM; 2018.
https://www.physiotherapyalberta.ca/files/guide_telerehabilitation.pdf

18. Richmond T, Peterson C, Cason J, Billings M, Terrell EA, Lee ACW, *et al.* American Telemedicine Association's Principles for Delivering Telerehabilitation Services. *Int J Telerehabil* 2017;9(2):63-8.
<http://dx.doi.org/10.5195/ijt.2017.6232>

19. World Confederation for Physiotherapy, International Network of Physiotherapy Regulatory Authorities. Report of the WCPT/INPTRA digital physical therapy practice task force. London ; Alexandria: WCPT; INPTRA ; 2019.
http://www.inptra.org/portals/0/pdfs/ReportOfTheWCPTINPTRA_DigitalPhysicalTherapyPractice_TaskForce.pdf

20. World Federation of Occupational Therapists (WFOT). World Federation of occupational therapists' position statement on telehealth. *Int J Telerehabil* 2014;6(1):37-9.
<http://dx.doi.org/10.5195/ijt.2014.6153>

Participants

Équipe HAS

Ce travail a été réalisé par Vanessa Hernando (cheffe de projet scientifique au SA3P puis à la Mission numérique en santé) sous la responsabilité de Marc Fumey (adjoint au chef de service au SA3P puis chef de service par intérim à la Mission numérique en santé).

L'organisation des réunions avec les parties prenantes a été réalisée par Chantal Hottin (assistante de manager).

La recherche documentaire a été réalisée par Emmanuelle Blondet (documentaliste) et Maud Lefèvre (assistante-documentaliste).

L'analyse juridique a été réalisée par Ariane Sachs (juriste).

La relecture typographique et orthographique a été réalisée par Sophie Duthu (assistante opérationnelle).

Parties prenantes

Représentants des professions de santé concernées par le télésoin (audition et/ou relecture)

Pharmaciens

- Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière (CPOPH)
- Ordre national des pharmaciens

Infirmiers

- Collège infirmier français
- Ordre national des infirmiers

Masseurs-kinésithérapeutes

- Collège de la masso-kinésithérapie
- Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Pédicures-podologues

- Collège national de pédicurie-podologie (CNPP)
- Ordre national des pédicures-podologues (ONPP)

Ergothérapeutes

- Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)
- Collège national professionnel de l'ergothérapie (CNPE)

Psychomotriciens

- Conseil national professionnel des psychomotriciens
- Fédération française des psychomotriciens (FFP)
- Syndicat national d'union des psychomotriciens (SNUP)

Orthophonistes

- Association ORTHOS, RÉFLEXIONS... ACTION (ORA)
- CNP des orthophonistes

- Fédération nationale des orthophonistes (FNO)

Orthoptistes

- Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO)

Manipulateurs d'électroradiologie médicale

- Conseil national professionnel des manipulateurs d'électroradiologie médicale (CNPMEM)

Audioprothésistes

- Collège national d'audioprothèse
- Syndicat des audioprothésistes (SDA ex-UNSAF)
- Syndicat national des entreprises de l'audition (SYNEA)
- VISAUDIO opticiens mutualistes et audition mutualiste : ancien Syndicat national des centres audition mutualiste (SYNAM)

Opticiens-lunetiers

- Fédération nationale des opticiens de France (FNOF)
- Rassemblement des opticiens de France (ROF)
- VISAUDIO (opticiens mutualistes et audition mutualiste : ancien Syndicat national de l'optique mutualiste [SYNOM])

Orthoprothésistes

- Union française des orthoprothésistes (UFOP)

Podo-orthésistes

- Fédération française des podo-orthésistes (FFPO)

Épithésistes

- Syndicat des épithésistes français (SEF)

Orthopédistes-orthésistes

- Syndicat national de l'orthopédie française (SNOF)

Diététiciens

- Association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN)

Patients/Usagers

- France assos santé a désigné l'Association des familles catholiques pour l'audition

Représentants des professions médicales (relecture)

- Ordres des chirurgiens-dentistes
- Ordre des médecins
- Ordre des sages-femmes

Institutionnels (relecture)

- Agence du numérique en santé (ANS)
- Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM)

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Abréviations et acronymes

AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ARS	Agence régionale de santé
HAS	Haute Autorité de santé
CIF	Classification internationale du fonctionnement
CNP	Conseil national professionnel
CPS	Carte de professionnel de santé
DPC	Développement professionnel continu
DMP	Dossier médical partagé
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
LPPr	Liste des produits et prestations remboursables
MDPH	Maisons départementales des personnes handicapées
MSS	Messagerie sécurisée de santé
OTTS	Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
PCO	Plateformes de coordination et d'orientation
PMI	Protection maternelle infantile
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

