

Le numérique en santé, une chance?

On entend partout que le numérique est une aubaine pour les enjeux de santé du grand âge. Dans le même temps on sait que les personnes âgées, peu familières de ces nouvelles technologies, subissent la fracture numérique. Dès lors le numérique n'est-il pas une fausse promesse ?

Camille BOURDAIRE-MIGNOT et Tatiana GRÜNDLER, maîtresses de conférences en droit, université Paris-Nanterre

« *L e numérique n'est pas une fin en soi. C'est un moyen pour mieux coordonner les professionnels de santé, pour développer des innovations thérapeutiques et organisationnelles, pour lutter contre la fracture sanitaire, pour repositionner le citoyen au cœur du système de santé, bref pour soigner mieux.* »⁽¹⁾ Au-delà de cet éloge du ministère des Solidarités et de la Santé, concrètement, le numérique en santé couvre un ensemble très hétérogène : les services de santé en ligne (prise d'un rendez-vous), les outils numériques de partage de données, la médecine à distance, les dispositifs médicaux permettant le suivi en temps réel du patient, les algorithmes d'aide à la décision médicale ou encore l'utilisation de robots pour la réalisation de certains actes, par exemple, chirurgicaux.

Plusieurs de ces outils permettent d'agir à distance et sont donc de nature à prolonger les compétences des professionnels de santé au-delà de leur lieu d'exercice. D'autres offrent de nouvelles capacités de traitement de l'information médicale, qui peuvent s'avérer particulièrement utiles en matière de coordination. Au titre des premiers, on trouve toutes les pratiques de soin à distance⁽²⁾ : télémédecine (consultation par téléphone ou écran interposé), téléexpertise (échange entre deux confrères géographiquement éloignés pour discuter d'un dossier), télésurveillance (suivi d'un patient au moyen d'objets connectés), télé-assistance (assistance par un confrère d'un médecin lors d'une opération) et enfin régulation (première évaluation de l'état du

patient dans des situations d'urgence comme le Samu). Au titre du traitement des données, un certain nombre d'outils sont utilisés entre professionnels pour améliorer leur analyse nécessaire au diagnostic et au choix du protocole de soins. D'autres, partagés avec le patient, permettent une meilleure coordination de sa prise en charge. Le dossier médical partagé (DMP)⁽³⁾ est de ceux-là. Ces innovations transforment l'exercice des métiers de santé. Mais quelle est leur incidence pour le patient âgé ? Si le numérique améliore indéniablement la qualité de sa prise en charge, il présente aussi des risques exacerbés le concernant.

Des avantages du numérique pour le patient âgé...

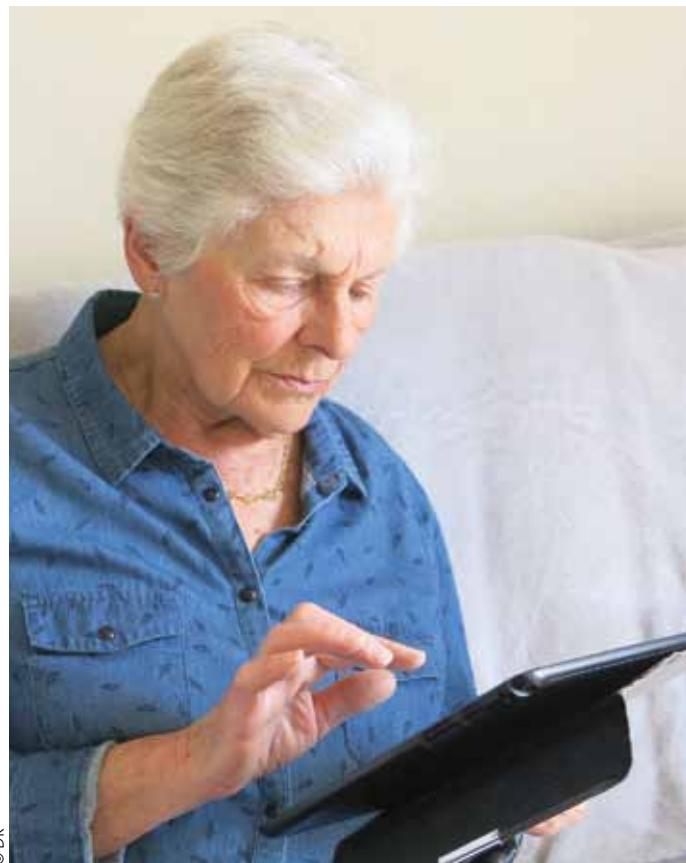
Quand on évoque le déploiement du numérique en santé, c'est toujours la figure du patient âgé que l'on brandit comme premier bénéficiaire. Et c'est, dans une large mesure, justifié puisque l'outil numérique permet en premier lieu d'intervenir à distance, ce qui est utile pour le sujet âgé, plus déstabilisé qu'un autre par tout changement d'environnement et moins apte qu'un autre à se déplacer. La télémédecine est en effet de nature à éviter des hospitalisations qui constituent un facteur de risque de perte d'autonomie, pour le sujet âgé. Le suivi médical que ces techniques permettent à domicile est opportun, comme le reconnaît le récent rapport Libault qui préconise que les aidants intervenant au domicile des personnes âgées puissent déclencher une téléconsultation⁽⁴⁾. La téléassistance est aussi une piste à explorer pour ce patient exposé aux risques de maladies chroniques (diabète, maladies cardiaques, maladies respiratoires), exigeant une surveillance régulière, laquelle peut intervenir à distance grâce à l'usage d'objets connectés (glucomètre, tensiomètre...). En outre, comme cela est régulièrement rappelé, sans remédier aux déserts médicaux, la télémédecine permettrait d'atténuer leurs effets négatifs sur le plan de la santé publique. L'observation est particulièrement vraie pour les personnes âgées, généralement peu mobiles, qui vivent pour l'heure - davantage que le reste de la population - dans les zones rurales.

(1) Feuille de route « Accélérer le virage du numérique », site du ministère, 25 avril 2019.

(2) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST », décret 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine et décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine.

(3) Le « dossier médical personnel », créé par la loi du 13 août 2004 (loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie) et mis en place à partir de 2011 de manière assez confidentielle (seuls 580 000 DMP avaient été ouverts fin 2015), a été reformé et renommé « dossier médical partagé » en 2016 (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

(4) Rapport « Concertation grand âge et autonomie », Dominique Libault, mars 2019, p. 5 (voir https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf).



©DR

«Le numérique, par le biais du dossier médical partagé, permet une meilleure coordination des soins, cruciale pour un patient qui souffre fréquemment de plusieurs pathologies et pour qui les risques d'interactions médicamenteuses sont importants dès lors que les prescripteurs sont multiples.»

En second lieu, le numérique, par le biais du DMP, permet une meilleure coordination des soins, laquelle est cruciale pour un patient qui souffre fréquemment de plusieurs pathologies (41 % des personnes de plus de 85 ans sont concernées) et pour qui les risques d'interactions médicamenteuses sont importants dès lors que les prescripteurs sont multiples. Les outils numériques permettant une meilleure coordination des soignants doivent pouvoir limiter les risques inhérents à cette réalité sanitaire. La création d'un dossier unique informatisé pour chaque patient au sein des établissements de santé et chez la grande majorité des médecins de ville a constitué un premier pas dans cette voie. Néanmoins, la portée d'un tel outil est limitée puisqu'il n'est pas partagé. A cet égard, le DMP paraît plus prometteur. Par ailleurs, ce carnet de santé numérique constituera l'historique d'une vie médicale longue, donc sans doute plus riche, alors que la mémoire du patient sera peut-être plus vacillante ou sélective, en particulier s'il souffre d'altérations cognitives. Il est même

Les difficultés de manipulation constituent une limite réelle au développement du numérique en santé, particulièrement pour les séniors actuels qui n'ont pas utilisé ces techniques au cours de leur vie professionnelle.

envisagé, à l'horizon du Plan santé 2022, d'exploiter davantage ces potentialités du numérique avec la création d'un espace numérique de santé (ENS), auquel devrait être incorporé le DMP.

... qui ne doivent pas masquer des difficultés techniques et humaines

L'ensemble de ces potentialités est toutefois conditionné par le bon fonctionnement de la technique et les aptitudes des utilisateurs. Or on souligne souvent l'existence d'une fracture numérique qui désigne à la fois l'inégalité territoriale en matière de couverture et de débit du réseau Internet et l'inégalité des usagers devant les outils numériques. Les difficultés de manipulation constituent une limite réelle au développement du numérique en santé, particulièrement pour les séniors actuels qui n'ont pas utilisé ces techniques au cours de leur vie professionnelle. Et si cette difficulté devrait se résorber progressivement, un décalage persistera sans doute entre les nouvelles technologies, toujours en évolution, et la décroissance des facultés d'adaptation de la personne âgée.

Surtout, le numérique risque d'altérer la relation de soin nouée avec le patient âgé en limitant les échanges, pourtant essentiels pour ce type de patient. D'ailleurs le rapport Libault propose de faire de l'écoute du patient âgé un acte de soin reconnu, et ce pour être au plus près du respect de ses volontés⁽⁵⁾. Même le Comité consultatif national d'éthique, qui s'était montré très favorable au développement des nouvelles technologies en santé, dans son avis sur la révision des lois bioéthiques, avait proposé que soit inscrite dans la loi une «garantie humaine en santé» qui est l'assurance, pour le patient qui en ferait la demande, d'être mis en contact avec un humain⁽⁶⁾. Ce garde-fou nous semble annoncer la fin du colloque singulier, ce qui serait catastrophique pour le patient âgé⁽⁷⁾.

Tout est donc question de mesure. Le tout numérique est à proscrire. Mais un usage raisonné et tourné vers le patient peut s'avérer utile pour faire face aux enjeux de la perte d'autonomie. En d'autres termes, le numérique doit rester au service du patient et en aucun cas servir exclusivement des objectifs de réduction des coûts et notamment des effectifs. Cela serait dramatique, surtout pour le sujet âgé, pour qui la relation et l'échange sont déterminants pour la préservation de son autonomie. ●

(5) Rapport Libault, préc., p.167.

(6) Avis n° 129 «Contribution du Comité consultatif national d'éthique à la révision de la loi bioéthique 2018-2019», 25 septembre 2018, p.105 (voir www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/avis_129_yf.pdf).

(7) C. Bourdaire-Mignot et T. Gründler, «La bioéthique de demain: un CCNE plus fort et des lois moins bloquantes», in *La Revue des droits de l'Homme, Actualité Droits-Libertés*, décembre 2018, paragraphe 47 (voir <https://journals.openedition.org/revdh/5436>).