

Géraldine GOULINET,

Doctorante en sciences de l'information et de la communication – Université Bordeaux3 – Laboratoire Aquil@bs.

Geraldinegoulinet.com@gmail.com - 06 63 31 90 25 - <http://geraldine-goulinet.communication.overblog.com/>

Rencontres E santé

16 novembre 2013 – Cité Mondiale Bordeaux

- Synthèse de la journée
- Compte rendu de la table ronde
« E santé, quel modèle économique ? »



Pour le compte de l'URPS ML Aquitaine

27 novembre 2013

Rencontres e-santé

Synthèse de la journée

« Partage d'expériences sur les outils communicants déjà opérationnels favorisant la coordination des acteurs de santé, dans le soin et l'éducation thérapeutique »

Introduction

La deuxième édition des Rencontres e-santé organisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Aquitaine et soutenue par le Conseil Régional d'Aquitaine, s'est volontairement axée cette année sur la présentation d'outils régionaux déjà opérationnels. C'est dans un souci « **de démonstration pragmatique de solutions pensées et conçues avec l'aide des professionnels de terrain** » comme l'annonce le Dr Dany GUERIN dans son discours de bienvenue, que les thématiques ont été retenues par le comité scientifique pour valoriser les expériences des autres URPS autour d'outils communicants et collaboratifs dans la coordination des soins, entre les acteurs et pour les pratiques d'éducation thérapeutique.

En cela, le partage d'expériences proposé à cette journée a été l'occasion d'affirmer le devoir de l'URPS d'être force de proposition envers les pouvoirs publics autant dans la conception d'outils numériques que dans l'approche médico-économique. La table ronde portant sur le mode de rémunération possible du médecin généraliste lié à des actes de e-médecine illustre la nécessaire obligation d'un débat public sur ces questions, tant au niveau national qu'au regard des modèles européens.

Si l'URPS se doit de conduire voire d'impulser le changement, le Conseil Régional se donne pour mission d'accompagner les professionnels de santé dans cette mutation qui, pour Solange Menivale, Vice-Présidente en charge de la santé, s'illustre par « **des ruptures** » complexes auxquelles il faut faire face : désertification médicale, vieillissement des populations, augmentation des maladies chroniques et déficit de la sécurité sociale en étant les principaux déterminants.

L'usage des TIC est un levier pour répondre à ces problématiques complexes de santé publique pour concevoir de nouveau modèle économique, de nouvelle mobilité, de nouvelle coordination, de nouvelle temporalité (partage de l'information en temps réel). En formalisant au sein des territoires un travail de décloisonnement, en favorisant les partenariats avec les acteurs régionaux et le monde la recherche « **les TIC seront au service de nouvelles pratiques et les professionnels de santé en seront les pilotes** » conclue-t-elle.

A propos d'outils collaboratifs dans le soin du patient

La mise en perspective des présentations de l'outil **GLOBULE** en Aquitaine et **MEDIMAIL** en Midi Pyrénées illustre deux approches différentes dans la conception des dispositifs.

Le premier, conçu comme un réseau social, est produit par la société Ki Labs. Il séduit les professionnels de santé par son aptitude à centraliser dans sa version web et smartphone, tous les ingrédients d'une gestion efficace du suivi à domicile d'un patient et nécessitant une coordination des soins par une équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, kiné etc.). Il répond au déficit de communication observé dans les logiciels de type « dossier partagé » qui exclue souvent l'approche « conversationnelle » dans le renseignement du dossier. En conséquence, les échanges de notes (texte, vocale, photos) s'effectuent la plupart du temps à partir d'outils grand public. L'offre proposée par Globule permet de réaliser des échanges et de recevoir les notifications (push, mail et sms) dans un cadre totalement sécurisé, personnalisé pour chaque patient et en toute mobilité. Relais la permanence des soins, hors cadre d'urgence, il assure avec efficacité un suivi à domicile coordonné par tous les acteurs impliqués dans la prise en charge. Le témoignage d'utilisateurs à la maison de santé de St Caprais vient compléter la présentation du dispositif, en affichant que l'outil « **s'il ne remplace ni la rencontre humaine, ni le dossier médical, il est néanmoins un appui incontestable à la relation et à la coordination de la prise en charge des patients le nécessitant** ».

La messagerie sécurisée Médimail est initiée par l'URPS ML de Midi Pyrénées. Elle repose quant à elle sur le concept de « coffre fort numérique » qui, sécurise les transactions sans bloquer les capacités d'échanges entre professionnels. Structurée en mode webmail, l'accès à la plateforme ouverte à tous les acteurs de la région (CH public/privé, réseaux, médecins libéraux) s'effectue au choix de l'utilisateur par carte CPS ou identifiant/mot de passe, sans changement systématique d'adresse mail et sans restriction dans la reconnaissance du destinataire. En facilitant les conditions d'utilisation, le dispositif a permis non seulement de rationaliser les échanges « sauvages » entre professionnels mais aussi de générer une base de données de coordonnées électroniques de plus de 5000 professionnels de santé libéraux de la région (dont près de 3500 Médecins Libéraux) qui s'enrichit au fil de l'eau. La prochaine étape pour 2014 est d'homologuer le système dans une version mobile afin de renforcer son potentiel d'utilisation.

Les deux présentations suivantes **OSICAT** en Midi Pyrénées et **PIC** en Poitou Charentes s'articulent autour de la télésurveillance à domicile de patients insuffisants cardiaques. Organisée à partir de dispositifs médicaux connectés tel que le pèse personne, reliés à un boîtier ou tablette numérique, les paramètres de santé collectés par le patient sont transmis à une cellule de télésurveillance qui gère les alertes adressées au médecin et/ou cardiologue.

Avec une méthodologie différente, (l'un est adossé à un projet de recherche clinique multi centrique sur 3 ans, l'autre est engagé dans une étude de faisabilité auprès des instances de tutelle en soutien à 2 réseaux de soins préexistants), les deux expériences s'intéressent à évaluer d'acceptabilité technologique et les effets médico-économiques potentiels de cette télémédecine, notamment en terme de ré-hospitalisations sur un territoire et auprès d'une cohorte de patients. La place des TIC proposée dans le schéma de ces deux expériences valorise l'activité ambulatoire pour répondre aux problématiques actuelles de santé publique relevées par les deux intervenants : selon les statistiques nationales, les insuffisants cardiaques représentent 25% de ré hospitalisation à 3 mois et 50% à 1 an (source CNAM, Point de repère 2012, n°38, présentée par OSICAT).

En conclusion de cette session, les présentations ont démontré l'existence d'outils simples, pratiques et mobiles pouvant optimiser la prise en charge en ambulatoire, améliorer l'observance thérapeutique du patient et conforter la coordination des soins. La question de la sécurisation des échanges entre professionnels ne doit pas être un frein au développement de ces dispositifs. L'effort doit porter sur la liaison continue, pérenne et interopérable entre les différents systèmes d'information public/privé/ libéral pour améliorer la communication entre les différents acteurs.

Géraldine GOULINET,

Doctorante en sciences de l'information et de la communication – Université Bordeaux3 – Laboratoire Aquil@bs.
Geraldinegoulinet.com@gmail.com - 06 63 31 90 25 - <http://geraldine-goulinet.communication.overblog.com/>

A propos d'outils communicants sur les comportements de santé et l'éducation thérapeutique

La forte prévalence des maladies chroniques impose aux professionnels de s'interroger sur les comportements de santé et l'éducation thérapeutique nécessaire aux patients pour les aider à mieux gérer leur maladie au quotidien.

En Aquitaine, le champ de l'évaluation prend forme sous deux projets ayant des applications différentes : **IDIAS** et **DESTINATION CHALAXIE**. Ils s'interrogent tous les deux sur les moyens d'accompagner le patient dans la compréhension de sa santé, à partir d'un cadre numérique volontairement réflexif. IDIAS (Information Dialogue Santé) est une application développée sur tablette numérique en phase d'exploitation à Maison de Santé de St Pardoux la Rivière. Concrétisée par PACE (Plateforme Aquitaine des Compétences en Education Thérapeutique), ce projet conçu par l'URPS ML Aquitaine répond à deux problématiques : le temps du médecin généraliste dédié à la consultation ne permet pas ou plus d'espaces pour échanger avec le patient sur ses comportements de santé et le patient n'a pas ou plus forcément l'opportunité de s'exprimer sur ses habitudes, ses perceptions et ses besoins. Le dispositif numérique est donc proposé hors cadre de la consultation, dans un espace dédié et présenté au patient sous forme d'un questionnaire agrémenté d'informations santé. Pour le Dr Faroudjia, médecin responsable de la structure, l'intérêt de la démarche est double : **« Dans le cadre de notre relation avec le patient, IDIAS offre le moyen de le responsabiliser. Il devient le producteur actif de son auto-évaluation et des décisions de santé le concernant. Pour les professionnels, la collecte des données nous permet de dépister plus précocement les comportements à risques pour mieux orienter l'éducation en santé ».**

Destination Chalaxie est un serious game pensé pour les enfants de 9-11 ans en surpoids. L'outil initié par l'APOP (Association pour la prise en charge et la Prévention de l'Obésité en Pédiatrie) est à la disposition du CECCQA (Comité d'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine) qui le propose comme support éducatif aux pédiatres, médecins généralistes, infirmiers, psychologues, diététiciens adhérents à l'association. Sous une forme ludique, l'enfant évalue ses compétences tout au long du programme éducatif, accompagné et guidé dans son parcours de jeu par les professionnels associés.

Véritable enjeu de santé publique, la prise en charge des maladies chroniques nécessite de structurer sur le territoire l'éducation thérapeutique. Les plateformes web **CEPPIA** en Aquitaine et **IDENOVIAS** en Alsace se sont orientées vers la conception d'un dossier patient (partagé ou non), sécurisé par logging, afin de suivre le parcours éducatif du patient, en interaction avec lui. Initié par l'UTEP 2A, la promesse de l'outil CEPPIA vient de sa capacité à coordonner les acteurs engagés en ETP (coordinateurs, éducateurs, professionnels de santé) afin d'assurer une continuité dans le parcours éducatif. Avec une saisie de 4200 dossiers patients à ce jour, CEPPIA se positionne comme un observatoire territorial dans la prise en charge des différentes pathologies et réalise des études, en aide à la stratégie de prise en charge.

IDENOVIAS cherche à travers l'interface web simple, ergonomique et très imagée à amener l'ETP (Education Thérapeutique du Patient) au cabinet médical pour favoriser la démarche éducative du médecin généraliste ou spécialiste, souvent trop éloigné de cette problématique.

En conclusion de cette session, les initiatives présentées mettent en lumière la nécessité d'engager une réflexion sur le déploiement à l'échelle territoriale de ces dispositifs. L'intérêt de structurer une démarche de « e-éducation thérapeutique » est d'assurer une plus grande proximité à l'ETP pour tous, dans un cadre de collaboration ville-hôpital. Les expériences menées interrogent sur le rôle du médecin généraliste ou spécialiste dans le parcours éducatif et la manière dont il peut intégrer les outils dans sa pratique quotidienne, au sein de son cabinet. Le facteur de succès semble provenir d'une mutualisation des compétences dans des structures telles les cabinets de groupe ou les maisons de santé.

Compte rendu de la table ronde

« E santé, quel modèle économique ? »

En introduction des débats, le comité scientifique propose aux industriels et représentants des médecins libéraux de présenter leurs expériences en France et en Europe de modèle économique.

Monsieur Roger KOUAKOU de la société VITAPHONE, Monsieur Julien MARTEL de la société ALERE, Monsieur Marc GUILLEMOT de la société MEDECINSDIRECT, Dr Jean-Jacques GALOUYE de l'association ARMEL, Dr Corinne DUPIN-CAPEYRON de l'URPS ML Aquitaine sont invités à expliquer succinctement l'organisation financière retenue pour assurer les actes de télémédecine et le mode de rémunération retenue pour les médecins affectés à ces missions de télé-conseil, télé-suivi ou de téléconsultation.

VITAPHONE, Un développement économique fondé sur la justification des économies de santé

Créée en 1999, la société allemande Vitaphone est implantée en France depuis 2010. Dès l'origine, l'entreprise a souhaité démontrer le bien-fondé des économies de santé dégagées auprès de l'assurance maladie allemande avec la mise en place d'un centre de télémédecine. Ainsi, les différentes études conduites par l'industriel confirment une réduction de 30% du taux de ré-hospitalisation des patients chroniques (dont 50% à 90 jours) et un gain économique estimé à 6853€ par patients et par an.

Le centre est coordonné par une équipe d'infirmières spécialisée et par 6 cardiologues attachés 24h/24. La liaison avec les structures hospitalières et les sociétés d'ambulances assure au patient une surveillance continue et une intervention rapide en cas d'urgence grâce à un système de géolocalisation intégré au dispositif. Les médecins libéraux, associés à Vitaphone interviennent de 18h à 8h et sont rémunérés pour l'exercice d'un acte de télésurveillance et télé monitoring au montant de 13,52€ (sur le même modèle que l'acte DEQP 001 autorisé en France depuis janvier 2011). Le soutien de l'assurance maladie allemande permet à l'entreprise de couvrir les dépenses liées à son exercice.

ALERE, du modèle en Allemagne au programme CORDIVA en France

La présentation de Monsieur Julien MARTEL, directeur général France et européen d'ALERE vise à décrire l'adaptation française du programme CORDIVA à partir du modèle allemand, pour s'intéresser plus spécifiquement à la place du médecin traitant dans ce dispositif.

Programme d'accompagnement à domicile du patient insuffisant cardiaque, CORDIVA propose un relevé des paramètres - via un questionnaire électronique et balance communicante - et encadre une liaison infirmière chargée de coordonner le système d'alerte adressé au médecin traitant et d'appuyer les messages d'éducation aux patients. En adoptant des dispositifs numériques simples pour des patients majoritairement âgés (76 ans en moyenne), ALERE focalise son axe technologique sur le relevé de symptômes reconnus pour leur qualité d'observance et de compliance capables d'anticiper les épisodes de décompensation de l'insuffisant cardiaque.

Pour comprendre le modèle allemand, il est à rappeler que depuis 2006, la régionalisation en Landers du système de santé a permis l'introduction d'assurances privées à but non lucratif qui deviennent les principaux financeurs des dépenses de santé, sans surcoût pour le médecin et le malade. ALERE contractualise avec ces mutuelles qui rétribuent à l'industriel un forfait de 100€ mensuel et proposent depuis peu, un forfait à la performance au médecin généraliste s'il oriente son patient dans un parcours de télésurveillance à domicile.

Géraldine GOULINET,

Doctorante en sciences de l'information et de la communication – Université Bordeaux3 – Laboratoire Aquil@bs.
Geraldinegoulinet.com@gmail.com - 06 63 31 90 25 - <http://geraldine-goulinet.communication.overblog.com/>

Avec 25 000 patients pris en charge depuis 2006, la réduction des coûts d'hospitalisations en Allemagne représente une baisse de 44% soit une économie de 1243€ avec l'adhésion du programme CORDIVA. S'il est remarqué une légère augmentation des coûts de consultation et de consommation médicamenteuse, ils restent néanmoins inférieurs aux dépenses globales générées par un suivi classique.

En France, ce même programme bénéficie du soutien de deux consortium d'étude clinique auprès de 1300 patients : OSICAT en Midi Pyrénées et PIMS en Ile de France, avec pour l'expérience francilienne, une dotation de 500 000€ de l'ARS. Pour ce faire, les deux programmes ont obtenus des trois régimes d'assurance maladie, l'autorisation d'accéder aux données de santé afin de mener au terme de 2015, une évaluation médico-économique, médicale et sociale capable de démontrer l'intérêt d'une généralisation.

Les négociations menées actuellement avec la DHOS et la CNAM viennent conforter cette idée et s'inscrivent dans les recommandations de l'HAS qui, depuis Février 2012, définit un parcours de soin coordonné et place le médecin généraliste au cœur de la prise en charge. Ainsi, depuis le 1^{er} septembre 2013, ce dernier bénéficie d'une cotation de 65€ pour coordonner le retour à domicile du patient en post hospitalisation.

MEDECINDIRECT, le conseil médical en ligne financé par les mutuelles

Service de conseil médical accessible par téléphone ou à partir de la plateforme web auprès de 500 000 bénéficiaires, cette prestation est proposée par une équipe de 18 médecins dont 6 généralistes pour une vingtaine de spécialités représentées. Tous les médecins ont une activité libérale en cabinet par ailleurs.

L'intérêt d'une telle plateforme est de garantir une information fiable donnée par des professionnels de santé, dans le strict cadre du conseil. En cela, le dispositif se distingue des forums de discussions tels Doctissimo et intervient en soutien à la consultation médicale. En ce sens, la plateforme non reconnue pour des actes de téléconsultation, n'est pas autorisée à coordonner le suivi du patient appelant ni à échanger avec son médecin généraliste.

Le financement du dispositif est garanti par les assurances, les mutuelles et même les entreprises dans le cadre de conciergerie médicale. Ces financeurs privés refacturent la prestation de télé conseil à leurs bénéficiaires soit au temps passé, soit au forfait selon leur mode de fonctionnement. Quant aux médecins intervenants sur la plateforme, ils sont rémunérés non à l'acte mais au temps passé sur la base d'une note d'honoraires mensuelle adressée à Médecinsdirect.

Il est à noter la démarche de l'ARS d'Alsace qui a récemment contractualisé une convention avec l'entreprise pour intervenir comme acte de télé-médecine auprès frontaliers premiers ruraux.

ARMEL, vers un auto-financement des médecins libéraux pour assurer la permanence des soins ambulatoires

Président de l'association, le Dr Jean-Jacques GALOUYE explique l'origine de la création de ARMEL en Midi Pyrénées avant d'en détailler le mode de financement et les problématiques actuelles. Créée en 2003 avec le soutien de l'Union Régionale des Médecins Libéraux, elle gère depuis le 1^{er} Février 2004 les appels de PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoires) en réponse à la demande majoritaire des médecins généralistes d'organiser, en région, une régulation libérale autonome sans coordination par les MMG (maison médicale de garde).

Basée sur le transfert d'appel des cabinets médicaux (soir, week end et jours fériés) tout en respectant l'accès au 15 pour les appels d'AMU (Appel médical d'urgence), la régulation assure une prise en charge organisée et graduée avec l'envoi d'ordonnances faxées aux pharmacies de garde et d'un e-mail aux médecins traitants en justification du suivi des patients appelants.

Géraldine GOULINET,

Doctorante en sciences de l'information et de la communication – Université Bordeaux3 – Laboratoire Aquil@bs.
Geraldinegoulinet.com@gmail.com - 06 63 31 90 25 - <http://geraldine-goulinet.communication.overblog.com/>

A sa création, l'association a bénéficié d'un financement mixte avec une participation du fond d'aide pour la qualité des soins de ville (FAQSV) et une participation des médecins adhérents. Si la part dédiée aux cotisations pour les médecins adhérents était limitée à 1C/mois (20€), et ½ C pour les médecins régulateurs cotisant (10€), la cotisation est portée uniformément à 40€ pour chacun d'entre eux aujourd'hui en raison d'une augmentation des financements propres des libéraux.

La question de la pérennisation d'un tel dispositif, face au désengagement progressif des tutelles reste entière. Pour continuer à assurer cette mission de délégation de service public, fondamentale à la permanence des soins, l'inter-départementalité entre le public et le privé semble indispensable et une revalorisation d'une rémunération (fixée actuellement à 70€/heure de jour comme de nuit) des médecins adhérents nécessaire pour mobiliser la participation de tous.

Télé-expertise et téléconsultation : des pratiques quotidiennes d'un médecin dermatologue à Bordeaux non rémunérées

En ouverture de la table ronde, le Dr Corinne DUPIN-CAPEYRON de l'URPS ML Aquitaine fait part de deux exemples de prise en charge de patients suivis par communication électronique ou smartphone. A travers ces derniers, elle soulève la réalité des usages quotidiens d'outils communicants dans sa pratique professionnelle et les interrogations qu'ils soulèvent en terme de confidentialité, de responsabilité, de disponibilité et de mode de rémunération.

A l'inventaire des gains pour le médecin et pour le patient, Corinne DUPIN-CAPEYRON interpelle effectivement sur les sources d'économies directes ou indirectes induites avec l'usage de ces dispositifs : selon l'organisation PwC 11 500 000€ de dépenses de santé seraient économisés d'ici à 2017 (étude du 15 Octobre 2013).

Face aux 7 000 000 de Mobinautes santé reconnus en France, la rémunération des actes de téléconsultation et de télé expertise n'est toujours pas autorisée par l'Assurance Maladie. Aussi, la dermatologue questionne les intervenants de la table ronde : si la E-Santé est un facteur d'attractivité et un enjeu de société où sont les freins à son déploiement en France ?

Géraldine GOULINET,

Doctorante en sciences de l'information et de la communication – Université Bordeaux3 – Laboratoire Aquil@bs.
Geraldinegoulinet.com@gmail.com - 06 63 31 90 25 - <http://geraldine-goulinet.communication.overblog.com/>

« Quels freins et quelles perspectives d'évolution au déploiement d'un modèle économique e-santé en France ? »

TABLE RONDE animée par le Dr Jean-Bernard PERREIN, URPS ML Aquitaine

Julien MARTEL, société ALERE – Marc GUILLEMOT, société MEDECINDIRECT – Jean-Jacques GALOUYE, Association ARMEL, Corinne DUPIN-CAPEYRON, médecin dermatologue URPS ML Aquitaine – Solange MENIVALE, Région Aquitaine – Corinne DOS SANTOS, Caisse Primaire Assurance Maladie Gironde – Anne BOUYGARD, Agence Régionale de Santé, Patrick LUILLIER, Mutualité Française, Michel BERDRUISER Collectif Inter-associatif de santé (CISS) Aquitaine.

La multiplicité de l'offre technologique ne doit pas enfreindre aux priorités de service rendu au patient

Le Dr Jean-Bernard PERREIN propose d'ouvrir les discussions de cette table avec la parole de Michel BERDRUISER, Président du CISS Aquitaine. Représentant la voix des patients, il ne peut que se satisfaire du déploiement de tels outils pour lesquels les usagers de santé expriment une forte demande. Néanmoins, face l'économie florissante du marché de la e-santé, la multiplicité de l'offre peut être un frein dans le choix des priorités pour le professionnel de santé.

Il ne faut donc pas omettre que ces derniers doivent améliorer le service rendu aux patients. En ce sens, il rappelle l'exemple du DMP (dossier médical personnel) qui, s'il est bien déployé sur notre territoire, est encore en phase d'expérimentation dans d'autres régions.

Un cadre réglementaire contradictoire avec la réalité des pratiques professionnelles d'aujourd'hui

Cette intervention permet au Dr Jean-Luc DELABANT, président du comité scientifique des Rencontres e-santé de rebondir sur la question du temps dédié à ces actes numériques et de son mode de rémunération, comme parfaitement souligné dans l'intervention du Dr Corinne DUPIN-CAPEYRON.

Qu'il s'agisse du télé-suivi d'un dossier médical, des demandes accrues télé conseil de patients à partir d'un smartphone, ces nouveaux usages viennent se confronter à une réalité qui interdit non seulement la facturation de tels actes mais aussi le développement de telles pratiques. Une interpellation est lancée aux membres institutionnels de la table ronde pour éclairer sur les préconisations et les réflexions menées autour de ces problématiques.

La télémédecine en France, de l'expérimental sur des fonds non pérennes

Anne BOUYARD de l'Agence Régionale de Santé se propose de faire un point sur l'organisation de la télémédecine en France. Bien que cette activité soit reconnue, elle n'a pas encore à ce jour construit son modèle économique. De fait, les démarches engagées restent au stade expérimental sans mode de financement dédié. Néanmoins, ces actions, mêmes timides, permettent de tester au niveau « macro » le fonctionnement médical inhérent à une généralisation potentielle.

L'exemple en Aquitaine d'une initiative menée en EHPAD autour d'une téléconsultation gériatrique avec le CHU sur des plaies complexes illustre toute la difficulté de la ventilation budgétaire pour les tutelles. Si le CHU arrive à financer une partie du dispositif sur son enveloppe MIGAC (Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation) la comptabilité des établissements hébergeant des personnes âgées ne prévoit pas d'investissements pour ce type de pratiques numériques. Aussi, pour accompagner ces démarches innovantes, l'ARS engage bien souvent des crédits non reconductibles avec la bienveillance de l'Assurance maladie. L'utilisation du FIR (Fond d'Intervention Régional) en est un exemple. Ces enveloppes fermées permettent d'impulser les projets mais elles n'ont pas pour vocation de financer l'activité médicale à terme du temps dédié aux actes de télémédecine.

Le modèle de rémunération est un sujet national

Par ailleurs, Anne BOUYARD rappelle que les pays ayant intégré la télémédecine à leur organisation de santé (Danemark, Angleterre etc.) ont aujourd'hui un mode de rémunération très différent de notre modèle français, voire comme en Allemagne, un système fondé sur le principe de la régionalisation. De fait, ce n'est pas tant la question du financement des actes de télémédecine qui est aujourd'hui à réfléchir mais le mode de gestion global du fonctionnement public/privé/médico-social autour du parcours patient. Elle doit être le levier aux discussions de la loi de Finances de 2014 qui prévoit un article à cet effet.

Peut-être sera-t-elle l'occasion de répondre à l'absence d'une rémunération actuelle en secteur libéral et définir les principes d'un conventionnement pour un paiement à l'acte, au forfait ou intégré dans un processus de refonte économique de toute l'organisation sanitaire et sociale. En conséquence, la conception du modèle économique en téléconsultation trouvera un écho à la table des négociations nationales, et non en région.

Les précisions apportées par Anne BOUYARD interpellent le Dr Jean-Bernard PERREIN sur les raisons d'une telle accumulation d'expérimentations en France sans aboutir à la formalisation d'une modélisation. La multiplication au niveau européen d'évaluations médico-économiques prouvant le bien fondé des économies de santé dégagées et la pression de l'opinion publique (selon une étude récente, 75% des patients souhaitent utiliser les outils numériques dans leur relation avec le médecin) devraient motiver les pouvoirs publics français à agir en ce sens. La discussion nationale autour de la rémunération de ces actes ne semble pas être le seul point de blocage. Quelles sont les autres résistances au changement ?

La légitimité des études industrielles en question

Julien MARTEL estime qu'elles sont majoritairement organisationnelles. En Allemagne, les études sont commandées par un assureur privé et non des cliniciens. En France, l'HAS reste sceptique sur la légitimité de telles démarches organisées à partir de l'étude d'un groupe témoin versus un groupe équipés, sans randomisation et l'Assurance Maladie n'a affirmé aucune position lors de la présentation du projet il y a deux ans. En conséquence, ALERE a été contrainte de conduire des études cliniques robustes avec un financement propre pour justifier son projet médical mené avec les professionnels de santé et les patients et dont les preuves doivent être incontestables pour être reconnues.

L'idée d'une rémunération par capitation

La position de la Caisse d'Assurance Maladie, à travers le témoignage de Corinne DOS SANTOS, rejoint les propos de Anne BOUYARD de l'ARS sur la difficulté de concilier l'action en région avec les décisions nationales. Pour autant, chacun a conscience des enjeux actuels de santé publique en faveur du maintien à domicile, pour éviter la désertification médicale et à l'usage des nouvelles technologies dans les pratiques des professionnels. La proposition d'une rémunération sur des objectifs de santé publique par capitation (c'est-à-dire une tarification à l'individu et non à l'acte comme cela est proposé pour le parcours du médecin traitant) serait une piste de valorisation des actes de prévention et d'ambulatoire. Aujourd'hui, la modélisation économique ne sera possible qu'en démontrant l'efficacité des solutions proposées et sa réponse aux enjeux de santé publique.

En complément de ce point de vue, quelle est la position des complémentaires santé en France ? Ont-elles les mêmes marges de manœuvre que les Assureurs Allemands pour initier des expériences et modéliser des projets ? Le Dr Jean-Bernard PERREIN interroge Patrick LHUILLER représentant la Mutualité Française sur cette question.

Des organismes mutualistes attentifs et prêts au financement

En tant que financeur complémentaire à l'Assurance Maladie, la Mutualité Française, très attentive à l'utilisation des TIC en santé, est tout à fait partisane pour intégrer une codification selon la nomenclature de la CCAM (Classification commune des actes médicaux) afin de valoriser le temps passé et les compétences nécessaires aux actes de télémédecine. L'évaluation sur l'efficacité médico-économique réalisée par la Haute Autorité de Santé (HAS)¹ pourrait être un levier à la dynamisation des échanges entre les différents partenaires (organismes financeurs, représentants des établissements de santé, les professionnels de santé) en vue de stabiliser un modèle économique finançable et sur lequel bien entendu, la Mutualité Française prendra part, si elle est conviée à cette réflexion.

La réalisation de la Plateforme Santé Mutualiste affirme la volonté d'accompagner des projets numériques et de soutenir financièrement des expérimentations en région. A terme, elle ne serait pas hostile à initier des démarches comme en Allemagne pour promouvoir des études d'envergure auprès de cohorte de patients.

Pour clore le tour de table entre positions régionales et européennes, le Dr Jean-Bernard PERREIN propose à Solange MENIVALE, Vice-Présidente en charge de la santé à la Région Aquitaine et Présidente du réseau ENRICH² d'apporter son double témoignage et de formuler quelques pistes d'actions potentielles.

La région doit être un laboratoire d'innovation pour refondre un système en transition

Alors que les partenaires européens avancent très vite dans le déploiement d'un modèle économique déjà en place, la France cherche toujours le sien. A la différence de l'Andalousie par exemple (8 millions de dossiers numériques à ce jour), la France se différencie par un corporatisme parisien bloquant, tant au niveau décisionnaire que financier, ce qui ne permet pas d'assurer la transition d'un système à l'autre.

Or, la chronicité des maladies et la complexité des situations sanitaires et sociales engagent un changement de paradigme dans le mode de gestion. L'adoption d'une organisation de santé régionalisée par beaucoup de collègues européens impulse le dialogue et la rencontre entre professionnels de santé, le patient et le système de santé. Aucun pays à 65 millions d'habitants ne peut concevoir une prise de décision centralisée sans résistances. Si la France n'engage pas cette transition, elle est menacée d'anthropisme.

La solution viendra de la dynamique régionale et de sa capacité à réunir tous les acteurs de terrain concernés pour mener des expérimentations à l'échelle du territoire, pratiques, vivantes et opérationnelles. La feuille de route de la Stratégie Nationale de Santé³ peut y contribuer.

¹ RAPPORT D'EVALUATION MEDICO-ÉCONOMIQUE : Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation – Haute Autorité de Santé (HAS) Juillet 2013.

² EUROPEAN NETWORK OF REGIONS IMPROVING CITIZENS HEALTH : Projet européen qui vise à partager les meilleures pratiques et les interventions politiques, à rechercher des moyens d'optimiser l'efficacité des dépenses de soins de santé et améliorer la gestion dans la promotion de la santé, l'éducation, le développement des méthodes de prévention par les professionnels.

³ Lancée par le Premier ministre à Grenoble le 8 février dernier, la stratégie nationale de santé (SNS) a pour ambition de définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent, pour combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès au système de soins et adapter le système de santé français aux besoins des patients, ainsi qu'aux lentes mais profondes mutations qui sont à l'œuvre (vieillesse de la population, développement des maladies chroniques, diversification des risques sanitaires...). Elle a été présentée par Marisol Touraine le 23 septembre 2013.

Géraldine GOULINET,

Doctorante en sciences de l'information et de la communication – Université Bordeaux3 – Laboratoire Aquil@bs.
Geraldinegoulinet.com@gmail.com - 06 63 31 90 25 - <http://geraldine-goulinet.communication.overblog.com/>

Aux acteurs régionaux d'être maintenant force de propositions pour participer à la refondation d'un service public de qualité et à la Région d'assurer une veille active des modèles européens et des solutions TIC appliqués au secteur santé.

En effet, l'arrivée sur le marché de solutions indépendantes et « marchandisables » risque de dépasser rapidement le cadre réglementaire en raison d'une demande accrue des e-patients experts, favorables et usagers de service e-santé. Parmi les préconisations, la Région mise sur la rencontre entre le monde de la santé et celui de la recherche afin d'observer les usages autour de la e-santé, d'engager des suivis de cohorte significatifs à l'échelle du territoire, d'exploiter les données de santé au regard du paysage sanitaire et social régional et d'évaluer tous ces dispositifs pour en mesurer l'impact médical, social et médico-économique.

L'ouverture prochaine de la plateforme d'analyse des données CASIOPEE en partenariat avec l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement, (ISPED) est le fruit de cette démarche innovante.

Que retenir ?

Les discussions relèvent sans conteste les écarts entre une réalité sociétale, technologique et économique et les conditions nationales exigées permettant d'engager une modélisation de la télémédecine en France. Les seules justifications clinique et médico-économique ne doivent pas entraver le processus de mutation déjà en marche poussé par des expérimentations de plus en plus probantes et en adéquation avec le paysage régional. Par ailleurs, une réflexion sur la législation devrait être envisagée pour pallier à la rupture entre les usages réels et autorisés.

La région et l'ensemble des acteurs qui la composent ont aujourd'hui impulsé une dynamique d'une seule voix pour promouvoir les démarches innovantes, favoriser les études et les recherches de type « livingLab »⁴ et les soumettre au niveau national. Parallèlement, il faut que les tutelles continuent à se positionner sur les projets soumis à la décision publique en tant que contributeur actif pour alimenter les demandes d'évaluation.

La mutualisation, la coopération public/privé/libérale, la conception en réseau du système de santé sont aujourd'hui les leviers indispensables aux blocages organisationnels du fonctionnement actuel.

⁴ Regroupe des acteurs publics, privés, des entreprises, des associations, des acteurs individuels, dans l'objectif de tester « grandeur nature » des services, des outils ou des usages nouveaux. Il s'agit de sortir la recherche des laboratoires pour la faire descendre dans la vie de tous les jours, en ayant souvent une vue stratégique sur les usages potentiels de ces technologies. Tout cela se passe en coopération entre des collectivités locales, des entreprises, des laboratoires de recherche, ainsi que des utilisateurs potentiels. Il s'agit de favoriser l'innovation ouverte, partager les réseaux et impliquer les utilisateurs dès le début de la conception.