

Télémédecine 2020

Modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques

Livre Blanc 2013



Syntec
NUMÉRIQUE | DES ENTREPRISES
QUI CHANGENT
LE MONDE

The logo for Syntec features the word 'Syntec' in a large, bold, sans-serif font. Below it, the word 'NUMÉRIQUE' is written in a smaller, all-caps, sans-serif font. To the right of 'NUMÉRIQUE', there is a vertical line followed by the tagline 'DES ENTREPRISES QUI CHANGENT LE MONDE' in a smaller, all-caps, sans-serif font.

La télémédecine à la recherche de son modèle économique

Suite à la publication du premier Livre Blanc Télémédecine 2020, des échanges très féconds ont eu lieu entre industriels du numérique et pouvoirs publics. Ces échanges ont permis d'identifier l'existence de fortes interrogations sur les modalités organisationnelles et financières des nouvelles activités de télémédecine. Ces questions structurantes restent à traiter - alors que les technologies sont mûres et le cadre réglementaire bien établi - et ne pourront être tranchées qu'à la faveur d'une large concertation entre les acteurs.

Ce constat a amené les industriels à mener une réflexion approfondie à propos des modèles économiques de télé-suivi des maladies chroniques avec pour objectif d'apporter des éléments de réponse sur les scénarios envisageables pour la France. Nous avons pris le parti de nous focaliser sur ce segment spécifique de la télémédecine dans la mesure où le traitement des ALD représente à la fois un enjeu sociétal très important compte tenu du nombre de personnes concernées et un secteur à fort potentiel de croissance où les modèles économiques restent à construire. Pour les autres domaines de la télémédecine (par exemple la télé-expertise entre professionnels de santé), les modèles organisationnels et économiques sont déjà largement balisés et les déploiements bien initiés (par exemple en télé-imagerie).

Le présent Livre Blanc a pour objet d'exposer les résultats de cette analyse et de proposer des recommandations en vue de faciliter la mise en œuvre opérationnelle de déploiements d'envergure des solutions et services de télémédecine sur le territoire, selon des modèles économiques viables pour tous.

Il est remarquable que les industriels du numérique et du dispositif médical (dont les technologies sont en synergie croissante) aient choisi de s'associer pour mener à bien ce travail. L'idée de cette initiative conjointe est née d'une prise de conscience des fortes concordances de vues entre nos organismes au sujet du développement de la filière télémédecine. Cette démarche partagée assure en outre une large représentativité à nos analyses et recommandations, dans la mesure où plus de 80% des emplois de la filière télémédecine sont dans les branches du numérique et du dispositif médical, comme l'a montré le précédent Livre Blanc.

Actuellement, en France, les premières prises en charge de solutions et services de télé-suivi en cardiologie et dans le respiratoire sont encore peu développées, perfectibles dans leur structuration et leur pérennité. Elles sont très polarisées sur du « *device management* » (remontée d'alertes sur des matériels communicants ou monitoring de l'observance aux dispositifs) et n'intègrent pas de véritable démarche de « *patient management* ».

Nous avons la conviction que pour que la France puisse s'imposer d'ici 2020 comme un des pays leaders sur la scène internationale dans le domaine de la télémédecine (où elle dispose d'atouts sérieux pour développer une filière créatrice de richesse et d'emplois), elle doit à court terme définir et déployer de nouveaux cadres organisationnels associés à des modèles économiques viables pour les différents acteurs de la chaîne de valeur.

Il y a urgence car dans d'autres pays, comme nous avons pu l'analyser, des modèles commencent à être mis en œuvre avec succès, et permettent l'essor de nouveaux marchés ainsi que des créations d'emplois à un rythme soutenu (tous les rapports sectoriels font état de taux de croissance annuels à deux chiffres pour les activités de télésuivi médical dans les pays développés dans les prochaines années).

Certains Etats ont déjà pris une position politique volontariste, et affichent clairement leur ambition de jouer un rôle de premier plan en matière d'offres de technologies et de services de télémédecine.

Puisse ce Livre Blanc contribuer à alimenter les réflexions et actions des différentes parties prenantes - pouvoirs publics, professions de santé, industriels, prestataires et représentants de patients - pour que ceux-ci, à la faveur des concertations à venir, apportent des réponses opérationnelles pérennes au sujet des modèles organisationnels et de financement.

Ce faisant, la France pourra pleinement capitaliser sur cette formidable opportunité que représente la télémédecine, vecteur emblématique de la « feuille de route numérique » dont son gouvernement s'est doté. Grâce à la mise en œuvre d'une politique industrielle volontariste en matière de télémédecine, il sera possible tout à la fois d'améliorer la qualité de vie de nos concitoyens, de mieux soigner dans un cadre de dépenses contraint et de développer une nouvelle filière industrielle de croissance.



Pierre Leurent
Président du Groupe de travail Télémédecine
Syntec Numérique



Jean-Bernard Schroeder
Directeur TICS & Equipements
SNITEM

Introduction

- | | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | Contexte | 6 |
| 2 | Orientation du Livre Blanc | 9 |

Étude de cas

- | | | |
|---|--|----|
| 1 | La télémédecine dans le cadre de contrats de soins intégrés : programme CorBene (Allemagne) | 10 |
| 2 | La télémédecine dans un dispositif d'économies partagées : programme Mein Herz (Allemagne) | 14 |
| 3 | La télémédecine dans le cadre d'une programme régional : programmes Télémaco et PTP (Italie) | 20 |
| 4 | La télémédecine dans le cadre d'un tarif négocié entre l'assureur et l'offreur de soins : programme E-Cardiocare (Pays-Bas) | 25 |
| 5 | La télémédecine dans le cadre d'une politique axée sur l'ambulatoire : programme Patient Briefcase (Danemark) | 29 |
| 6 | La télémédecine en levier de revitalisation d'un système de santé : programme CCHT / Veterans Health Administration (Etats-Unis) | 34 |
| 7 | Enseignements tirés des études de cas | 38 |

Scénarisation d'options pour la prise en charge de la télémédecine

- | | | |
|---|--------------------------------|----|
| 1 | Intention de la scénarisation | 45 |
| 2 | Les options de modèle retenues | 45 |

Conclusion et recommandations

Membres du comité de pilotage et remerciements

1 Contexte

1.1 Une démarche qui s'inscrit dans la continuité du premier Livre Blanc Télémédecine 2020 : rappel des principaux enseignements

1.1.1 La caractérisation de bénéfices constatés dans les programmes de télémédecine

Le précédent Livre Blanc Télémédecine 2020 s'est attaché à étudier quatre projets de télémédecine ⁽¹⁾ portant sur quatre maladies chroniques :

- Diabeo (diabète)
- Calydial (insuffisance rénale chronique)
- SCAD (insuffisance cardiaque chronique)
- OncoPL (cancérologie)

L'étude de ces projets a permis de caractériser des bénéfices d'ordre médical et économique.

Au plan médical, des avancées qualitatives

- Amélioration de l'état de santé des patients : limitation de l'aggravation des pathologies et baisse de la mortalité, notamment dans le cadre de l'insuffisance cardiaque.
- Amélioration de la qualité de vie des patients chroniques : diminution des transports et des temps de déplacements, diminution des hospitalisations, sécurisation du patient, gain de temps de travail.
- Amélioration de la coordination et de la qualité des soins.

Au plan économique, des sources d'économie ont été évaluées

- Réduction du nombre de journées d'hospitalisation, réduction des durées moyennes d'hospitalisation.
- Réduction des coûts de transports et déplacements.
- Réduction des coûts des visites à domicile.
- Gains d'efficacité d'organisation pour les professionnels de santé (temps médical et paramédical économisé ou réalloué).

1.1.2 Une chance de croissance économique dans le secteur du numérique et de la santé

Le précédent Livre Blanc a également permis d'établir des données chiffrées sur le secteur économique lié à la télémédecine en 2010 et de dresser des perspectives d'évolution à 5 ans. Les scénarios dessinés décrivent des trajectoires de croissance de la filière en France, allant d'hypothèses de croissance de l'emploi de 13% à 28% dans les 3 à 5 prochaines années.

■ Scénarios de développement de la e-santé en France

Montants des investissements liés à la télémédecine en 2010 en France	110,8 M€
Taille du marché de la télésanté	200 à 300 M€
Taille du marché de la télémédecine	80 à 140 M€
Nombre d'acteurs sur le marché	200 entreprises appartenant à 11 catégories.
Nombre d'emplois (ETP) de la filière télémédecine	1 500 à 2 000 ETP

(1) Source : Télémédecine 2020 : Faire de la France un leader du secteur en plus forte croissance de la e-santé.

1.2 Où en est la télémédecine en France en 2013 ?

Dès les années 1990, plusieurs commissions se sont penchées sur les conditions de mise en place de la télémédecine en France. C'est toutefois l'impulsion donnée par la loi HPST en 2009 qui fonde un véritable vecteur d'évolution possible pour la télémédecine en France.

Le cadre juridique de la télémédecine rénové

Un premier cadre juridique de la télémédecine a été défini en 2004 par un décret relatif à l'exercice médical à distance. Il a été complété en 2009 : l'acte de télémédecine est reconnu comme un acte médical à part entière et doit s'exercer dans les mêmes conditions de qualité, de déontologie et de confidentialité que tout autre acte médical.

Décret d'application du 19 octobre 2010 : structurant mais pas suffisant

Le décret d'application de l'article 78 de la loi HPST relatif à la télémédecine (décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010) précise les actes médicaux qui relèvent de la télémédecine, les conditions de leur exercice et l'organisation de l'activité de la télémédecine dans le cadre de programmes nationaux ou par contractualisation avec les Agences régionales de santé.

Le décret assimile le financement des projets de télémédecine à celui des structures et programmes des professionnels de santé. Ainsi, les projets de télémédecine sont éligibles aux enveloppes MIGAC (Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation) et aux FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins). Ce cadre financier reste toutefois imprécis sur le financement du fonctionnement des services de télémédecine dans le cadre d'une activité pérenne.

La télémédecine existe en France, 256 projets recensés dont 44 % déjà opérationnels

En 2011, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du Ministère de la Santé a établi un état des lieux des projets de télémédecine en France à travers un recensement des projets connus par les 26 ARS. Parmi ces projets, 114 sont effectifs et opérationnels. Ces programmes s'inscrivent dans les priorités nationales de santé publique, et parmi elles plus spécifiquement, le champ des maladies chroniques et la permanence des soins en imagerie.

En 2012, cette étude a été prolongée par un dispositif d'accompagnement de projets pilotes mis en place par le comité de pilotage télémédecine, présidé par la DGOS.

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a par ailleurs réalisé une revue de 25 projets de télémédecine en France. L'analyse met en évidence des situations très diverses, liées à la maturité des organisations. Toutefois, ce document identifie 5 facteurs clés de succès :

- Un projet médical répondant à un besoin.
- Un portage médical fort soutenu par un coordonnateur.
- Une organisation adaptée et protocolisée.
- Des nouvelles compétences à évaluer.
- Un modèle économique construit.

L'ANAP relève également des axes d'amélioration au plan économique, notamment la reconnaissance des actes de télémédecine et de leur rémunération, les règles de partage des rémunérations entre les différents intervenants des projets de télémédecine et les méthodologies d'évaluation médico-économique de ces projets.

1.3 La question du financement de la télémédecine ne peut être déconnectée de celle de la maîtrise des dépenses de santé

La France se classe au 3^e rang des pays de l'OCDE en matière de dépenses de santé, consacrant 11,8% du PIB soit 220 Milliards d'€ à son système de santé. 77% des dépenses de santé sont financées par l'Assurance Maladie. Ces dépenses progressent chaque année plus rapidement que le PIB et l'Assurance maladie accuse un déficit de 8,3 milliards d'euros en 2011.

La question de la réduction des dépenses de santé est devenue centrale depuis les années 2000 et pose la question de la réorganisation des soins, de la pratique des soins médicaux et implique la recherche de gains d'efficience.

Le manque de visibilité sur les possibilités de prise en charge de la télémédecine laisse craindre une envolée des coûts pour l'Assurance Maladie qui serait occasionnée par de nouveaux actes médicaux coûteux embarquant de la technologie. Plus profondément, la question du financement de la télémédecine impose de revisiter les bases du fonctionnement de notre modèle de prise en charge des patients chroniques et d'engager l'adaptation du système à la mise en place de réels parcours de santé coordonnés.

(2) Dans le cadre du présent Livre Blanc, nous utiliserons le terme « télésuivi » pour désigner des activités de télésurveillance et de téléconsultation, au sens de la terminologie réglementaire des activités de télémédecine.

2 Orientation du Livre Blanc

L'objectif de l'étude vise à apporter des éclairages sur les modalités de financement des solutions de télémédecine en regard de programmes observés à l'étranger et d'en déduire des options de modèles pour la France.

Pour réaliser ces travaux, nous avons souhaité sélectionner des cas qui interviennent dans le cadre d'objectifs de santé publique et d'amélioration de l'efficacité de l'organisation des soins. Nous avons également recherché des cas incluant des prestations de disease management, où la dimension technologique s'articule dans une véritable filière de produits et services sanitaires et médico-sociaux. De fait, les cas sélectionnés sont tous centrés sur le télésuivi⁽²⁾ des maladies chroniques.

Nom du programme	Allemagne		Italie	Pays-Bas	Danemark	Etats-Unis
	CorBene	Mein Herz	PTP	E-Cardiocare	Patient Briefcase	Veterans CCHT
Pathologie chronique	Insuffisance cardiaque	Insuffisance cardiaque	BPCO	Insuffisance cardiaque	BPCO	Pluripathologies
Périmètre télémédecine	Télésurveillance	Télésurveillance	Télésurveillance Téléconsultation	Télésurveillance Téléconsultation	Télésurveillance Téléconsultation	Télésurveillance Téléconsultation
Année de début	2006	2011	2006	2010	2006	2003
Patients suivis depuis le début du programme	5 000	70	500	400	1 200	65 000

L'étude de cas a été conduite d'après un cadre d'analyse homogène comportant notamment :

- Le contexte du système de santé du pays.
- Les étapes de construction du programme.
- La structure du modèle opérationnel.
- Le fonctionnement du modèle économique.
- Les incitations mises en œuvre le cas échéant.
- Les résultats obtenus au plan médico-économique et en termes de satisfaction patient.

La construction des études de cas a été réalisée à partir de revues documentaires et d'entretiens avec les parties prenantes des différents programmes étudiés. Le présent document restitue une synthèse des six études de cas, dont le détail est accessible sur les sites Internet de Syntec Numérique et du Snitem⁽³⁾.

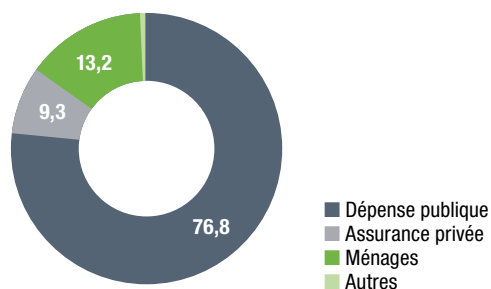
(3) syntec-numerique.fr, snitem.fr

1 La télémédecine dans le cadre de contrats de soins intégrés : programme CorBene (Allemagne)

1.1 Repères sur le système de santé allemand

Repères économiques sur le système de santé

Structure de la dépense de santé (%)



Source : OCDE, données 2010

Dépense de santé	Allemagne	OCDE
Dépense totale de santé en % PIB	11,60	9,5
Dépense par habitant (\$)	4 338	3 268
Croissance annuelle moyenne (%)	2,0	4,70

Financement du système de santé public

Financement principal	Cotisations sociales
-----------------------	----------------------

Rémunération de l'offre de soins

Secteur primaire	Honoraires à l'acte
Secteur hospitalier	Dotation globale et GHS

Densité médicale et démographie

Densité médicale	Allemagne	OCDE
Médecins*	3,73	3,10
Personnel infirmier*	11,27	8,70
Diplômés médecins**	12,30	10,30
Diplômés en études d'infirmiers**	28,20	39,80
Lits d'hôpitaux*	8,25	4,90

Démographie	Allemagne	OCDE
Population (millions)	81,7	-
Population > 65 ans (%)	20,6	15,0
Espérance de vie femmes > 65 ans	20,9	20,7
Espérance de vie hommes > 65 ans	17,8	17,4

* Pour 1 000 habitants. ** Pour 100 000 habitants.

Source : OCDE, données 2010.

1.2 Le programme CorBene

CorBene, du latin « Cor » (Cœur) et « Bene » (Bien) est un contrat de soins intégrés pour le suivi médical de patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique (ICC).

Un contrat de soins intégrés est un type de contrat sélectif proposé par une Caisse d'assurance maladie à ses assurés, visant à faire évoluer le patient dans un parcours de santé coordonné. Le contrat est assimilable à un groupement de prestations de santé incluant des protocoles de soins, des produits et services médicaux (dont télémédecine) et un réseau de professionnels de santé.

En 2011, 14 Caisses d'assurance maladie avaient souscrit un contrat CorBene, pour 5 000 patients inclus dont 600 patients bénéficiant de télé-suivi. En 2012, le contrat CorBene fait l'objet d'aménagements : les Caisses d'assurance maladie ont dorénavant le choix entre plusieurs centres de télémédecine accrédités et le programme est accessible à toutes les Caisses d'assurance maladie allemandes. Le nouveau contrat CorBene intéresse à ce jour 22 Caisses.

Le programme CorBene en bref

Période du programme	2006 - en cours.
Pathologie	Insuffisance cardiaque chronique.
Télémédecine	Télesurveillance médicale.
Patients inclus	5 000 en 2011 depuis le début du programme (600 patients télésuivis).
Principaux objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer le coût global du traitement par une réduction des séjours hospitaliers⁽⁴⁾. • Améliorer l'état de santé, la qualité de vie et la connaissance de la maladie des patients. • Améliorer les pratiques (coopération des acteurs, conformité aux bonnes pratiques de traitement, délai de prise de rendez-vous...), sur la base de protocoles de référence.

(4) Le coût de la prise en charge hospitalière des patients ICC a été estimé à 1,7 milliard d'euros en 2006 en Allemagne, soit 60% du total des coûts de prise en charge pour ICC. En France, « Les hospitalisations représentent, tous types de séjours confondus et hors honoraires du secteur privé, plus d'un milliard d'euros versé par le Régime général en 2007, soit 63% des dépenses de santé remboursées pour les patients en ALD pour insuffisance cardiaque. » Points de repère Assurance maladie, août 2012.

1.3 Modèle opérationnel

1.3.1 Principales parties prenantes de la chaîne de valeur

Organisme payeur	<p>Caisse d'assurance maladie souscriptrice du contrat CorBene</p> <p>Le régime général d'assurance maladie allemand couvre 90% de la population. Il est organisé en Caisses d'assurance maladie indépendantes, de droit public et concurrentes (concurrence incitée par le gouvernement, notamment afin de réduire les coûts de gestion). Les fonds de l'Assurance maladie sont mutualisés dans une Caisse nationale de péréquation et réalloués à chaque Caisse. En souscrivant au contrat CorBene, la Caisse d'assurance maladie peut proposer le parcours de soins CorBene à ses assurés insuffisants cardiaques chroniques.</p>
Protocole	<p>BNK Service</p> <p>BNK Service est une société de services, filiale de BNK, la principale association des cardiologues allemands (1 200 membres, environ 90% des chirurgiens cardiaques d'Allemagne). Ce prestataire de services définit les guidelines et protocoles de suivi à distance qui sont mis en œuvre dans le cadre du contrat CorBene. BNK Service est actuellement partie prenante de six contrats sélectifs.</p>
Offre de soins	<p>Médecins de famille et cardiologues</p> <p>L'inclusion dans le programme peut être réalisée par un médecin de famille ou un cardiologue.</p>
Fournisseur technologique	<p>Vitaphone</p> <p>Vitaphone est une société allemande créée en 1999, spécialisée dans le traitement de données de santé et le diagnostic médical. Vitaphone fournit l'électrocardiographe⁽⁵⁾ et les logiciels de suivi à distance⁽⁶⁾.</p>
Opérateur de services	<p>Opérateurs cliniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vitaphone (centre de télémédecine) Vitaphone possède un centre de télémédecine qui emploie des médecins et du personnel infirmier spécialisé 24/7 (40 000 patients suivis en télémonitoring). • IFAT (centre de télémédecine) L'IFAT est un centre de télémédecine créé en 2003 au sein du centre de cardiologie et de diabétologie de l'hôpital universitaire de Bochum, référencé dans le cadre du nouveau contrat CorBene. Les patients ont dorénavant le choix entre l'IFAT et le centre Vitaphone. <p>Opérateur administratif</p> <ul style="list-style-type: none"> • SpectrumK (gestionnaire du contrat CorBene) SpectrumK est une société spécialisée dans la gestion de programmes de disease management, créée en 2007 à l'initiative de Caisses d'assurance maladie allemandes⁽⁷⁾. Opérateur de services pour plus de 70 Caisses d'assurance maladie, SpectrumK assure la gestion administrative et opérationnelle du contrat pour le compte des Caisses qui proposent le programme CorBene à leurs assurés.
Patient	<p>Patients insuffisants cardiaques chroniques</p> <p>Patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique de stades de sévérité NYHA II, III ou IV⁽⁸⁾.</p>

(5) Dans le cadre du contrat CorBene, la balance et tensiomètre sont fournis par d'autres industriels.

(6) La plateforme Vitaphone ISP (Integrierte Service Plattform) gère l'ensemble des modules logiciels de suivi des malades. Ces logiciels incluent un dossier patient (avec précisions sur les contre-indications médicamenteuses, l'administration des médicaments). ISP propose aussi des fonctions de reporting (aux médecins, aux caisses) et d'alertes.

(7) <http://www.spectrumk.de/Unternehmen>

(8) L'association NYHA établit une classification des niveaux de gravité d'insuffisance cardiaque chronique : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/points_critiques_ic_web.pdf

1.3.2 Principales activités

Inclusion

Le contrat s'adresse aux patients souffrant d'ICC aux stades de sévérité NYHA II, III ou IV. La durée du programme est décidée par le médecin et dépend de la gravité de l'ICC : la durée d'inclusion peut varier de 3 mois à 1 an, voire être illimitée.

Le cardiologue ou le médecin de famille qui diagnostique l'ICC peut proposer une prise en charge télémotivée du patient, sous réserve que la Caisse d'assurance maladie de ce dernier soit souscriptrice du contrat CorBene. Si le patient accepte, le cardiologue fait la demande d'inclusion à BNK Service. BNK Service relaie la demande à la Caisse d'assurance maladie du patient. Si la Caisse donne son accord, BNK Service demande alors à Vitaphone d'inclure le patient.

Processus

Au moment de l'inclusion, le patient reçoit les équipements et un appel d'initialisation du programme de la part du centre de télémédecine. Le fonctionnement des appareils est alors présenté au patient par téléphone, un test de fonctionnement de l'appareil est réalisé par une première transmission de données. Le critère de suivi le plus fréquent est celui du poids, auquel s'ajoute l'ECG en cas d'épisodes de décompensation. Les données sont collectées par le centre de télémédecine et retranscrites sur un portail web dédié (fourni par BNK Service). Ce portail est accessible par le médecin de famille ou le cardiologue du patient, qui reçoit par e-mail des rapports l'informant de l'état de santé de son patient une fois par semaine ou une fois par mois, selon la gravité de l'ICC. Le centre de télémédecine organise la mise à disposition des dispositifs médicaux connectés (balance, électrocardiographe, tensiomètre), la collecte des données et leur transmission aux médecins concernés ainsi que la mise en place des protocoles d'intervention. Le centre est également amené à contacter le médecin référent en cas de signe d'aggravation de l'état de santé du patient (ex : prise de poids rapide). Le médecin décidera alors de l'évolution du traitement. Le gestionnaire du contrat (SpectrumK) contrôle la performance et la qualité du traitement en regard des protocoles prédéfinis.

1.3.3 Modèle économique

Les dispositifs médicaux et le service du centre de télémédecine sont rémunérés par les Caisses d'assurance maladie sur la base d'un forfait mensuel par patient, défini par le contrat CorBene et dont le montant est confidentiel.

Les médecins participant au programme sont quant à eux incités par des rémunérations additionnelles de la Caisse d'assurance maladie. Le cardiologue reçoit par exemple 60 euros à l'inclusion d'un patient dans le programme CorBene et 5 euros à la cotation du code CIM-10 ad hoc. Le médecin de famille reçoit 30 euros par an pour suivre le patient et l'orienter vers le cardiologue.

La mise en œuvre de ces rémunérations additionnelles est de nature à bénéficier aux Caisses d'assurance maladie en ce qu'elle permet d'améliorer la qualité de codification des actes. De nouvelles incitations spécifiques au télésuivi sont attendues de l'accord national concernant le remboursement de l'acte en ville (négociation en cours à date de rédaction du présent Livre Blanc).

1.3.4 Synthèse du modèle opérationnel

Acteurs clés	Activités clés	Proposition de valeur	Relation patient	Segments de clients
<p>Organisme payeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caisse d'assurance maladie souscriptrice du contrat CorBene. <p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiologues et médecins de famille. <p>Fournisseur technologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plateforme télémédecine Vitaphone et dispositifs médicaux. • Plateforme télémédecine IFAT. <p>Autres parties prenantes du contrat CorBene</p> <ul style="list-style-type: none"> • Société savante / référent protocoles : BNK Service. • Gestionnaire du contrat CorBene : SpectrumK. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion de patients souffrant d'ICC par le médecin de famille ou le cardiologue. • Installation de l'appareil par le fournisseur technologique. • Protocole de télésuivi : télétransmission des données médicales par le patient, suivi téléphonique et traitement ambulatoire. <p>Ressources clés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centres de télémédecine référencés par le contrat CorBene. • Dispositifs médicaux connectés des fournisseurs technologiques. • Portail web BNK. 	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre de télémédecine accessible 24 / 7. • Qualité de vie du patient. • Education thérapeutique. <p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction des séjours hospitaliers. • Amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie du patient. • Amélioration des pratiques médicales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Télétransmission de données vitales. • Contact téléphonique. <p>Canaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internet • Téléphonie • Visites physiques à domicile si besoin 	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient souffrant d'ICC (stades NYHA II à IV). <p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiologues et médecins de famille.
Financement initial du programme		Modèle économique du programme		
<ul style="list-style-type: none"> • Le programme CorBene repose sur un contrat de soins intégrés qui articule des opérateurs de biens et services de télémédecine disposant de financements propres. 		<p>Organisme payeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des frais de soins de santé et des rémunérations additionnelles des professionnels de santé par la Caisse d'assurance maladie selon les dispositions du contrat CorBene. 	<p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rémunérations additionnelles conditionnées par un ensemble d'objectifs qualitatifs /quantitatifs (paiement à la performance). 	<p>Fournisseur technologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rémunération du service et des dispositifs médicaux par la Caisse d'assurance maladie sous la forme d'un forfait mensuel.

1.4 Résultats obtenus

La Rheinische Fachhochschule de Köln a évalué l'efficacité médico-économique du programme CorBene1 en 2007, auprès de 306 patients assurés à l'époque chez Ford BKK⁽⁹⁾ (moyenne d'âge 68,7 ans chez les hommes et 69,2 chez les femmes).

Les données relevées montrent que 81,2% des patients suivent la pharmacopée recommandée dans les protocoles. Ces résultats ont été appréciés en regard de l'étude européenne SHAPE, menée auprès de 9 pays européens, qui a montré que seuls 27% des patients ICC recevaient un traitement médicamenteux conforme aux protocoles prescrits⁽¹⁰⁾. Une autre étude conduite en Allemagne auprès de 900 patients ambulatoires souffrant d'ICC a observé que 32% d'entre eux suivaient un traitement médicamenteux conforme aux protocoles, soit des résultats significativement moindres que ceux atteints par CorBene⁽¹¹⁾.

L'étude sur CorBene1 montre également que 10,8% des patients améliorent leur état de santé (amélioration du stade NYHA). Pour autant, il est observé également que 9,2% voient leur état de santé se dégrader.

L'impact du programme CorBene sur les coûts a été également mesuré par la Caisse Ford BKK en 2007. Le coût du traitement par patient pour la Caisse d'assurance maladie est de 480 € / an alors que le coût moyen d'un patient du groupe contrôle est de 646 € / an. Le programme constate que cette baisse de coûts n'est pas optimale, compte tenu de dépenses hors budget réalisées sur la période. Sans cet excédent de dépenses, le coût par patient Corbene aurait atteint 352 € / an pour l'assureur.

2 La télémédecine dans un dispositif d'économies partagées : programme Mein Herz (Allemagne)

2.1 Le programme Mein Herz

Mein Herz (« Mon cœur ») est un programme de télésuivi de patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique (ICC) initié dans le Land du Schleswig-Holstein. Le programme est né en juin 2011 d'une initiative commune entre la Caisse d'assurance maladie DAK Gesundheit (DAK-G) et le groupe de cliniques privées Segeberger (SKG). Le programme a été complété en octobre 2011 par un partenariat avec l'hôpital universitaire du Schleswig-Holstein (UKSH).

En octobre 2012, 40 patients étaient télésuivis par le groupe hospitalier et 30 patients étaient suivis par le centre de télémédecine Segeberger. En mai 2012, Mein Herz a été annoncé en Rhénanie du Nord-Westphalie, pour un pilote de 18 mois, suite à un accord entre la Caisse DAK-G et l'hôpital universitaire de Bochum.

L'intérêt du programme réside moins dans le nombre de patients suivis que dans son modèle économique. Ce dernier repose en effet sur un partage d'économies ex-post entre l'établissement de santé et l'organisme payeur.

(9) Etude Ford BKK (aujourd'hui Pronova BKK) : CorBene Qualitätsicherung durch Telemedizin, 2007.

(10) Study on Heart Failure Awareness and Perception in Europe (SHAPE), 2002.

(11) Würburger Herz Studie, 2004.

Le programme Mein Herz en bref

Période du programme	2011 - en cours.
Pathologie	Insuffisance cardiaque chronique.
Télémédecine	Télesurveillance médicale.
Patients inclus	70 depuis le début du programme.
Principaux objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter les hospitalisations des patients télésuivis grâce à la détection anticipée des facteurs de risque. • Réduire le coût de prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique ⁽¹²⁾. • Améliorer l'information des patients sur leur santé et leur qualité de vie. • Comblent les difficultés d'accès aux soins du Land (région rurale et composée d'îles).

(12) DAK-G Schleswig-Holstein consacre chaque année 3 millions d'euros à la prise en charge de l'ICC. Le taux de mortalité due à l'ICC dans le Schleswig-Holstein est supérieur de 36% à la moyenne nationale.

2.2 Modèle opérationnel

2.2.1 Principales parties prenantes de la chaîne de valeur

Organisme payeur	<p>Caisse d'assurance maladie DAK Gesundheit (DAK-G) <i>DAK Gesundheit est la Caisse d'assurance maladie partie prenante du projet Mein Herz dans le Land du Schleswig-Holstein. Avec près de 6,6 millions d'assurés et un budget d'environ 20 Md€, DAK-G est l'une des Caisses d'assurance maladie les plus importantes d'Allemagne. Dans le Schleswig-Holstein, DAK-G compte environ 270 000 assurés, parmi lesquels 6 500 assurés souffrent d'ICC, dont 10% d'une forme grave.</i></p>
Protocole	<p>Références NYHA <i>Les protocoles appliqués sont basés sur les critères internationaux NYHA ⁽¹³⁾.</i></p>
Offre de soins	<p>Groupe de cliniques privées Segeberger (SKG) <i>Groupe privé du Schleswig-Holstein, les cliniques Segeberger comptent plus de 1 000 lits pour 1 700 employés. C'est le plus grand centre de cardiologie de l'Allemagne du nord.</i></p> <p>L'Hôpital universitaire du Schleswig-Holstein (UKSH) <i>L'hôpital universitaire du Schleswig-Holstein (UKSH) a été fondé en 2003 lors de la fusion des hôpitaux universitaires des deux principales villes du Land (Kiel et Lübeck). UKSH est le premier employeur public du Land avec un effectif de 11 000 salariés (dont 2 000 médecins et 3 600 membres de personnel de santé). L'hôpital totalise une capacité de 2 500 lits et accueille environ 360 000 patients chaque année.</i></p>
Fournisseur technologique	<p>Vitaphone <i>Vitaphone est une société allemande créée en 1999, spécialisée dans le traitement de données de santé et le diagnostic médical. Vitaphone fournit l'électrocardiographe et les logiciels de suivi à distance. Vitaphone possède un centre de télémédecine qui emploie des médecins et du personnel infirmier spécialisé 24 / 7 (40 000 patients suivis en télémonitoring).</i></p>
Opérateur de services	<p>Centre de télémédecine du groupe de cliniques privées Segeberger (SKG) <i>En 2000, le groupe a participé à l'ouverture d'un premier centre de télémédecine en coopération avec la Caisse AOK Schleswig-Holstein, dans le cadre du projet européen « eHealth for Regions ». Aujourd'hui l'ensemble des activités du centre ont été regroupées au sein d'un département de télémédecine dédié, qui emploie 10 cardiologues, 15 infirmières et fonctionne 24 / 7. Via ce département, les cliniques Segeberger proposent des services de télésurveillance cardiaque à d'autres établissements dépourvus de service de cardiologie.</i></p> <p>Département télémédecine de l'hôpital universitaire du Schleswig-Holstein (UKSH) <i>UKSH participe à des programmes de disease management, en réseau avec des médecins de famille et a récemment ouvert un département consacré à la télémédecine.</i></p>
Patient	<p>Patients en insuffisance cardiaque chronique <i>Patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique inclus selon leur stade de gravité NYHA et /ou le niveau de fraction d'éjection.</i></p>

(13) L'association NYHA établit une classification des niveaux de gravité d'insuffisance cardiaque chronique : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/points_critiques_ic_web.pdf

2.2.2 Principales activités (contexte SKG)

Inclusion

Les patients sont inclus sur décision du médecin de famille ou du cardiologue, le plus souvent à l'issue d'une hospitalisation. Les critères d'inclusion du programme reposent sur un diagnostic d'ICC avec fraction d'éjection inférieure à 45 % et une insuffisance cardiaque chronique de stade fonctionnel NYHA II ou III.

Processus

La Caisse d'assurance maladie DAK-G est informée de l'intention de la clinique d'inclure le patient. Les patients reçoivent gratuitement un moniteur de pression artérielle électronique, une balance électronique ainsi qu'un électrocardiographe 12 canaux. Le centre de télémédecine équipe les domiciles.

Les données sont transmises via la ligne téléphonique du patient vers le département de télémédecine. Le poids et la tension artérielle du patient sont transmis quotidiennement, l'ECG toutes les semaines. Le serveur génère une alerte au cas où des seuils fixés préalablement sont dépassés.

Le patient est formé à l'utilisation du dispositif, il reçoit une fois par semaine un appel du centre de télécardiologie ou une visite. La clinique informe le médecin de famille par e-mail en cas d'alerte. Elle lui transmet également un compte rendu de situation une fois par mois.

2.2.3 Principales activités (contexte UKSH)

Inclusion

Les patients sont inclus à l'issue d'une hospitalisation. Les critères cliniques retenus sont un diagnostic d'ICC avec fraction d'éjection inférieure à 45 %. Le personnel infirmier prend aussi en compte des critères psychologiques et sociaux.

Processus

Les dispositifs connectés sont fournis par Vitaphone (balance, tensiomètre, électrocardiographe 12 canaux). Les données de poids et de tension artérielle sont recueillies quotidiennement, l'électrocardiogramme est transmis une fois par semaine.

Les données sont transmises au centre de télémédecine Vitaphone qui les envoie sur le dossier médical hospitalier.

Le parcours du patient est coordonné par le département de télémédecine de l'hôpital, dont les infirmières suivent les données, accompagnent et rendent visite aux patients (éducation thérapeutique).

2.2.4 Modèle économique (contexte SKG)

Accord DAK - Clinique Segeberger

	Périmètre télésurveillance	Périmètre hospitalisation et traitement
Etablissement d'un coût de référence du service de télémédecine par patient	Coût de référence du service de télésuivi (1 500 € en moyenne).	
Comparaison des frais engagés par rapport au coût de référence	Frais réellement engagés.	
Prise en charge par la Caisse d'assurance maladie : économies partagées et DRG	Prise en charge par DAK.	Economie partagée DAK-SKG. Application des règles de prise en charge liées à l'hospitalisation (DRG).

SKG finance le programme selon un modèle de partage de risques. Le coût annuel du service de monitoring dépend du niveau de services délivrés. Il représente une moyenne de 1 500 euros par an par patient.

Le coût de chaque patient télésuivi y est comparé. DAK-G et la clinique partagent les économies réalisées, sous réserve de frais réels inférieurs au coût moyen de référence.

Les coûts d'hospitalisation, rééducation et traitement médicamenteux sont couverts par les règles de prise en charge habituelles (DRG et case mix).

2.2.5 Modèle économique (contexte UKSH)

■ Accord DAK - UKSH

	Périmètre télésurveillance, hospitalisation et traitement	
Etablissement d'un coût de référence de prise en charge globale du patient	Coût de référence d'une prise en charge globale du patient dans le cadre du programme Mein Herz (coût confidentiel).	
Comparaison des frais engagés par rapport au coût de référence	Frais réellement engagés.	
Partage d'économies entre DAK et UKSH sous réserve de frais réels inférieurs au coût de référence	Prise en charge par DAK.	Economie partagée DAK-UKSH.

DAK-G et l'hôpital sont également engagés sur un contrat de partage des risques. Le premier de ce type pour un centre hospitalier universitaire allemand, selon son directeur.

Sur la base d'un montant défini pour la prise en charge annuelle du patient (montant confidentiel), l'hôpital se voit rembourser les coûts réellement engagés et une proportion de l'économie réalisée. C'est à l'hôpital qu'il revient de prendre en charge tous les frais, y compris de payer le fournisseur technologique (redevance mensuelle) et la mise en œuvre de son service de télémédecine.

Selon le directeur de l'hôpital, il n'est pas exclu que Vitaphone intègre le mécanisme de partage de risques. L'hôpital a néanmoins besoin d'un volume minimum de patients inclus pour rentabiliser l'emploi du personnel infirmier de télémédecine.

2.2.6 Synthèse du modèle opérationnel

Acteurs clés	Activités clés	Proposition de valeur	Relation patient	Segments de clients
<p>Organisme payeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caisse d'assurance maladie DAK-Gesundheit. <p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpital universitaire du Schleswig Holstein (UKSH). • Cliniques privées Segeberger (SKG). <p>Fournisseur technologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plateforme informatique Vitaphone et dispositifs médicaux. <p>Opérateurs de services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre télémédecine des cliniques SKG. • Département télémédecine de l'hôpital UKSH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion le plus souvent après hospitalisation. • Équipement du patient. • Protocole de télésuivi : télétransmission de données quotidienne ou hebdomadaire selon le type de données, suivi téléphonique, visite physique le cas échéant. 	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de soins équivalente au traitement conventionnel. • Liaison possible avec l'hôpital 7 / 7 j. • Qualité de vie du patient. • Education thérapeutique. • Limitation des hospitalisations. <p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Détection anticipée des facteurs de risque. • Limitation des hospitalisations. • Réduction du coût de prise en charge. • Réponse aux difficultés d'accès aux soins de la région. 	<ul style="list-style-type: none"> • Télétransmission de données vitales. • Suivi téléphonique (questionnaire médicaux, assistance, conseil, écoute). 	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient souffrant d'ICC. <p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux UKSH. • Cliniques Segeberger.
	Ressources clés		Canaux d'interaction	
	<ul style="list-style-type: none"> • Centres de télémédecine SKG et UKSH. • Plateforme informatique Vitaphone et dispositifs médicaux. 		<ul style="list-style-type: none"> • Internet. • Téléphonie. • Visites physiques à domicile si besoin. 	
Financement initial du programme		Modèle économique du programme		
<ul style="list-style-type: none"> • Le programme Mein Herz repose sur un contrat de soins intégrés qui articule des opérateurs de biens et services de télémédecine disposant de financements propres. 		<p>Organisme payeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge des frais de soins de santé par la Caisse d'assurance maladie selon les dispositions du contrat de soins intégré. 	<p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remboursement des frais du protocole par l'organisme payeur. • Economies partagées avec l'organisme payeur. 	<p>Fournisseur technologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redevance mensuelle payée par l'établissement de santé.

2.3 Résultats obtenus

2.3.1 Evaluation du programme Mein Herz

UKSH conduit actuellement une évaluation du programme et prévoit une publication sur les résultats obtenus en termes d'admissions. L'hôpital observe déjà une baisse du taux de consultation à l'hôpital et du nombre d'hospitalisations.

2.3.2. Evaluation SKG dans le cadre du projet européen « E-Health for Regions »

Les cliniques SKG ont réalisé en 2011⁽¹⁴⁾ une étude portant sur le contrat de soins intégrés initialement conclu avec AOK Bayern, modèle fondateur du programme Mein Herz.

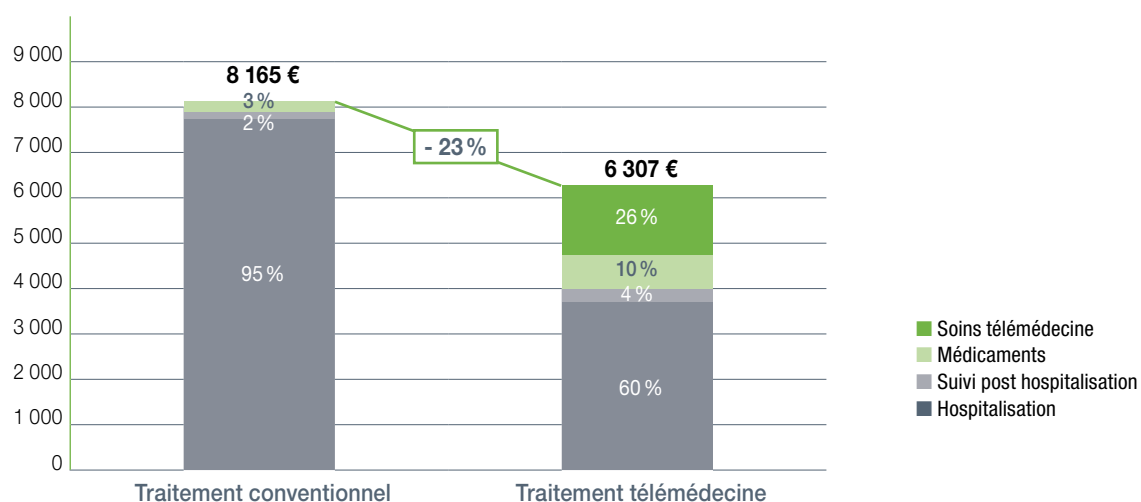
Cette étude a permis de démontrer que le nombre moyen d'admissions à l'hôpital pour le groupe télémedecine est réduit de 30% et que le nombre moyen de journées d'hospitalisation diminue de 44%. Par conséquent, le coût moyen d'hospitalisation passe de 7 800€ à 3 778€, soit une diminution de 52%.

En additionnant l'ensemble des soins, le coût de prise en charge passe de 8 165€ à 6 307€, soit une baisse de 23% du coût total par patient.

L'étude montre en effet que la réduction de coûts d'hospitalisation est compensée par l'intégration du coût du télésuivi et une hausse du coût de traitement médicamenteux.

■ Comparaison des coûts entre traitement conventionnel et traitement télésuivi

En €	Traitement conventionnel	Traitement télémedecine	Ecart
Hospitalisation	7 800	3 778	- 51,5%
Réadaptation	133	253	+ 9%
Médicaments	232	656	+ 182%
Soins télémedecine	0	1 620	N / A
Coûts totaux	8 165	6 307	- 23%



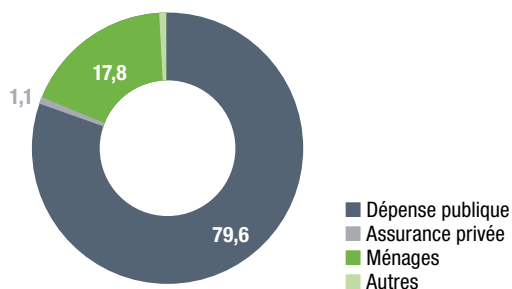
(14) SKG a commandé à la société d'évaluation K&N une étude rétrospective des bénéfices du contrat de soins intégrés. Le rapport d'évaluation porte sur la comparaison d'un groupe de 200 patients télésuivis sur une période de 12 mois entre janvier 2005 et décembre 2007, avec un groupe de contrôle de 400 patients.

3 La télémédecine dans le cadre d'un programme régional : programme TELEMACO et PTP (Italie)

3.1 Repères sur le système de santé italien

Repères économiques sur le système de santé

Structure de la dépense de santé (%)



Source : OCDE, données 2010

Dépense de santé

	Italie	OCDE
Dépense totale de santé en % PIB	9,3	9,5
Dépense par habitant (\$)	2 964	3 268
Croissance annuelle moyenne (%)	1,9	4,70

Financement du système de santé public

Financement principal	Impôts et taxes
-----------------------	-----------------

Rémunération de l'offre de soins

Secteur primaire	Mix acte / capitation
Secteur hospitalier	Dotation globale et GHS

Densité médicale et démographie

Dépense de santé	Italie	OCDE
Médecins*	3,68	3,10
Personnel infirmier*	6,30	8,70
Diplômés en médecine**	11,10	10,30
Diplômés en études d'infirmiers**	16,20	39,80
Lits d'hôpitaux*	3,52	4,90

* Pour 1 000 habitants. ** Pour 100 000 habitants.

Source : OCDE, données 2010.

Démographie

	Italie	OCDE
Population (millions)	60,7	-
Population > 65 ans (%)	20,3	15,0
Espérance de vie femmes > 65 ans	22,1	20,7
Espérance de vie hommes > 65 ans	18,3	17,4

3.2 Le programme PTP

Aux origines : le programme TELEMACO

TELEMACO a été mis en place par la région Lombardie en 2006 suite à l'adoption d'une Loi Régionale pour le soutien aux petites communes situées dans des territoires ruraux ou montagneux⁽¹⁵⁾. L'intention de la loi consiste à garantir une continuité de soins dans ces territoires, caractérisés par une désertification grandissante et des carences d'offres de soins et d'infrastructures.

TELEMACO entend développer l'usage de la télémédecine et la coopération entre professionnels de santé dans les domaines suivants : télésurveillance de patients insuffisants cardiaques chroniques (ICC) et/ou souffrant de BPCO⁽¹⁶⁾, téléconsultation entre médecins généralistes et spécialistes, téléconsultation par imagerie entre hôpitaux ruraux et hôpitaux spécialisés (neurologie, ...).

La mise en œuvre du programme est confiée à un consortium d'industriels mené par la société HTN et composé de sociétés spécialisées en services de télémédecine (Cefriel, Telbios, TBS) et de l'opérateur Telecom Italia. Cinq hôpitaux et une Agence Locale de Santé⁽¹⁷⁾ prennent part au programme.

TELEMACO bénéficie d'un financement public régional et national d'un montant d'environ 3,5 millions d'euros⁽¹⁸⁾.

2010 : lancement du programme NRS

En 2010, la région Lombardie valide par décret la poursuite du déploiement de services TELEMACO dans le cadre d'un programme régional plus vaste : *Nuove Reti Sanitarie* (Nouveaux Réseaux de Santé – NRS)⁽¹⁹⁾.

NRS a pour objet de déployer des services de télémédecine dans une logique de continuité de soins entre territoires et hôpitaux, dans le champ des maladies chroniques. Le programme entend également tester des remboursements régionaux expérimentaux. NRS se distingue de TELEMACO par un plus grand nombre d'hôpitaux et d'Agences Locales de Santé impliqués ainsi que de fournisseurs référencés.

Deux services issus du programme TELEMACO ont été inclus dans NRS, dont le projet PTP⁽²⁰⁾, dédié à la télésurveillance de patients atteints de BPCO.

Le programme PTP en bref

Période du programme	2007 - en cours.
Pathologie	BPCO.
Télémédecine	Télésurveillance médicale et téléconsultation.
Patients inclus	500 en 2011 (depuis le début du programme).
Principaux objectifs	<ul style="list-style-type: none">• Améliorer l'efficacité clinique du traitement.• Améliorer la qualité de vie du patient.• Réduire les hospitalisations inutiles ou inappropriées et le recours aux urgences.

(15) <http://consiglionline.lombardia.it/normelombardia/accessibile/main.aspx?view=showdoc&iddoc=lr002004050500011>

(16) Broncho-pneumopathie chronique obstructive

(17) L'Agence locale de santé est un organisme public local chargé de l'organisation financière et de la gestion des services sanitaires relevant de sa compétence territoriale.

(18) Ministère de la santé (1,6 M€), Région Lombardie (1,4 M€), Ministère de la technologie (0,45 M€)

(19) http://www.telemaco.regione.lombardia.it/download/news/dgr409_05-08-2010.pdf

(20) PTP : Percorso di Telesorveglianza domiciliare sanitaria per pazienti con BPCO grave e molto grave (parcours de télésurveillance à domicile pour les patients atteints de BPCO sévère ou très sévère)

3.3 Modèle opérationnel

3.3.1 Principales parties prenantes de la chaîne de valeur

Organisme payeur	Région Lombardie <i>La Région Lombardie pilote le programme et finance les dépenses de santé associées dans le cadre de sa politique budgétaire. Le système de santé national italien est régionalisé et financé par l'impôt et les taxes. Les régions ont une compétence législative et budgétaire en matière sanitaire.</i>
Protocole	Classification Gold ⁽²¹⁾ <i>Les protocoles appliqués sont basés sur les critères internationaux Gold.</i>
Offre de soins	Hôpitaux / médecins de la région Lombardie <i>Hôpitaux parties prenantes du programme NRS. L'inclusion dans le programme peut être effectuée à l'initiative d'un médecin généraliste, spécialiste ou par l'hôpital.</i>
Fournisseur technologique	Fournisseurs et opérateurs référencés par le programme NRS <i>Les fournisseurs doivent répondre à un cahier des charges technique et organisationnel établi par le programme NRS. On trouve parmi ces fournisseurs des gestionnaires de soins, des opérateurs télécom, des sociétés spécialisées dans le traitement de données médicales et des fabricants de dispositifs médicaux connectés.</i>
Opérateur de services	
Patient	Patients atteints de BPCO <i>Patients souffrant de BPCO en stade 3 ou 4 (Gold standard).</i>

3.3.2 Principales activités

Inclusion

Les patients éligibles au programme sont des personnes souffrant de BPCO en stade 3 ou 4 (Gold Standard) ayant été hospitalisés ou eu recours à une oxygénothérapie au cours des 12 mois précédant l'inclusion. Le type de traitement médicamenteux du patient est également pris en compte.

Le processus d'inclusion peut être à l'initiative du médecin généraliste (cas 1) ou d'un médecin spécialiste / hospitalier (cas 2) :

- **Cas 1** : le médecin généraliste, après avoir informé le patient, demande à l'unité télémédecine de l'hôpital d'étudier l'éligibilité du patient au programme. Si le patient satisfait aux exigences d'inclusion, le centre de services initialise le lancement du protocole.
- **Cas 2** : A l'issue d'une hospitalisation ou à l'occasion d'une visite chez un spécialiste, ce dernier ou l'hôpital demande à l'unité télémédecine de l'hôpital de vérifier l'éligibilité du patient au programme. Si le patient satisfait aux exigences d'inclusion, l'hôpital sollicitera l'accord du médecin généraliste avant l'initialisation du protocole.

Processus

Le protocole de santé du programme PTP a été développé conformément aux protocoles nationaux en vigueur pour la prise en charge de la BPCO. Il constitue de ce fait un cadre de référence qui s'applique à l'ensemble des prestataires susceptibles d'intégrer le programme.

Le protocole prévoit 6 mois ⁽²²⁾ de suivi par un infirmier tuteur qui réalise des entretiens en vidéoconférence (questions cliniques, sociales) et recueille les données télétransmises. Durant l'appel, l'infirmier tuteur questionne le patient sur son état général, son suivi du protocole et fait le

(21) http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf

(22) La période de 6 mois est jugée nécessaire pour stabiliser l'état clinique du patient et procéder à un travail d'éducation thérapeutique probant auprès du patient et de ses proches. Le programme peut toutefois si besoin être prolongé de 6 mois, dans une configuration de suivi plus légère.

point sur les mesures préventives à mener. Les données de santé relevées sont communiquées soit par le patient par téléphone, soit automatiquement par le dispositif médical en cas de sévérité de maladie aggravée.

Les données recueillies sont transférées dans le dossier électronique du patient. La société Cefriel, en charge de la collecte et de la transmission des données, agrège chaque mois de façon anonyme des tableaux de bord à destination des parties prenantes du parcours de santé.

En cas de besoin, le patient peut appeler l'infirmier tuteur aux plages horaires établies (8h-16h du lundi au vendredi). Des visites à domicile peuvent être planifiées si requis et le cas échéant, le patient peut bénéficier d'une téléconsultation avec un spécialiste.

3.3.3 Modèle économique

Les hôpitaux reçoivent une enveloppe forfaitaire de la Région d'un montant de 720€ par patient pour la première période de 6 mois (120€/mois) et de 480€ (80€/mois) pour les 6 mois suivants éventuels.

Ce financement entend couvrir les coûts associés au protocole (centre de service de télémedecine et coûts internes des hôpitaux) pour une charge de 300 patients inclus. Ce financement ne couvre pas les activités d'évaluation, ni de reporting, qui sont prises en charge par Cefriel.

3.3.4 Synthèse du modèle opérationnel

Acteurs clés	Activités clés	Proposition de valeur	Relation patient	Segments de clients
Organisme payeur <ul style="list-style-type: none"> • Région Lombardie. <ul style="list-style-type: none"> • Agence sanitaires locales impliquées. Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux partenaires du programme. Fournisseur technologique et opérateur de service <ul style="list-style-type: none"> • Consortium de fournisseurs et d'opérateurs de services sélectionné par l'organisme payeur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion de patients souffrant de BPCO sévère ou très sévère par un médecin généraliste, un spécialiste ou post-hospitalisation. • Protocole de télésuivi : télétransmission des données médicales par le patient et traitement ambulatoire / suivi téléphonique. 	Patient <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de soins équivalente au traitement conventionnel. • Qualité de vie du patient. • Education thérapeutique. • Réduction du nombre d'hospitalisations. Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'efficacité clinique du traitement. • Amélioration de la qualité de vie du patient. • Réduction des hospitalisations et du recours aux urgences. 	<ul style="list-style-type: none"> • Télétransmission de données vitales. • Suivi téléphonique. • Téléconsultation. 	Patient <ul style="list-style-type: none"> • Patient souffrant de BPCO stades 3 ou 4 (Gold Standard). Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> • Hôpitaux de la région Lombardie.
	Ressources clés <ul style="list-style-type: none"> • Plateformes de télémedecine des fournisseurs technologiques. • Dispositifs médicaux des fournisseurs. • Gestionnaire de soins. 		Canaux <ul style="list-style-type: none"> • Internet. • Téléphonie. • Visites physiques à domicile si besoin. 	
Financement initial du programme <ul style="list-style-type: none"> • Financement public : Etat et Région Lombardie. 		Modèle économique du programme		
		Organisme payeur <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge du protocole à hauteur d'une enveloppe forfaitaire par patient (mode expérimental). 	Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> • Couverture des frais engagés à hauteur des sommes forfaitaires reçues de l'organisme payeur. 	Fournisseur technologique <ul style="list-style-type: none"> • Rémunération par l'organisme payeur.

3.4 Résultats obtenus

Le programme PTP ayant été introduit fin 2010 au sein de NRS, il est trop tôt pour disposer de résultats significatifs. En revanche, TELEMACO a mis en place une structure d'évaluation dont les principaux résultats ont été publiés fin 2010 ⁽²³⁾.

Le programme a permis d'observer une réduction du nombre de réadmissions de l'ordre de 11 %, pour moins de 1 % de mortalité constatée parmi les participants. Ces résultats ont participé à la constitution du décret d'août 2010 pour le passage au programme NRS.

Les patients ont par ailleurs jugé le service très positivement (4,7/5), notamment pour le support pendant les épisodes de crise (4,9/5), pour le lien avec le tuteur et les intervenants (5/5), pour la simplicité d'utilisation des équipements médicaux (4,7/5).

Les résultats obtenus au plan économique varient substantiellement d'un hôpital à l'autre, selon la taille et l'organisation des établissements. Une évaluation menée auprès de 4 hôpitaux a permis de dégager les enseignements suivants :

- Les petits hôpitaux, réalisant peu de protocoles PTP, sont ceux qui ont le plus de difficultés à couvrir les coûts du programme. Ils sont également ceux qui prennent plus de risques à affecter des ressources qui seraient sous-exploitées ou à allouer une charge supplémentaire à des effectifs déjà occupés par ailleurs.
- Les établissements ayant déjà une expérience et une organisation existante en matière de télémédecine sont ceux qui arrivent à couvrir le plus efficacement les coûts du programme.

Le programme souligne l'opportunité de mutualiser les services entre hôpitaux pour contourner ces effets de taille et d'expérience.

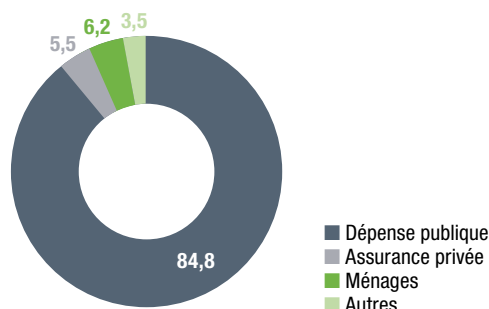
(23) 393 protocoles PTP ont activés entre mai 2007 et septembre 2010. 73 % des patients étaient des hommes, avec une moyenne d'âge de 72 ans et présentant des facteurs de comorbidité.

4 La télémédecine dans le cadre d'un tarif négocié entre l'assureur et l'offreur de soins : programme E-Cardiocare (Pays-Bas)

4.1 Repères sur le système de santé néerlandais

Repères économiques sur le système de santé

Structure de la dépense de santé (%)



Source : Eurostat, données 2009

Dépense de santé	Pays-Bas	OCDE
Dépense totale de santé en % PIB	12,0	9,5
Dépense par habitant (\$)	5 056	3 268
Croissance annuelle moyenne (%)	6,0	4,70

Financement du système de santé public

Financement principal	Cotisations sociales
-----------------------	----------------------

Rémunération de l'offre de soins

Secteur primaire	Mix acte / capitation
Secteur hospitalier	Dotation globale et GHS

Source : OCDE, données 2010

Densité médicale et démographie

Densité médicale	Pays-Bas	OCDE
Médecins*	2,90	3,10
Personnel infirmier*	8,40	8,70
Diplômés en médecine**	8,20	10,30
Diplômés en études d'infirmiers**	40,10	39,80
Lits d'hôpitaux*	4,66	4,90

* Pour 1 000 habitants. ** Pour 100 000 habitants.

Source : OCDE, données 2010.

Démographie	Pays-Bas	OCDE
Population (millions)	16,7	-
Population > 65 ans (%)	15,4	15,0
Espérance de vie femmes > 65 ans	21,2	20,7
Espérance de vie hommes > 65 ans	17,9	17,4

4.2 Le programme E-Cardiocare

E-Cardiocare est un programme de télésurveillance médicale à domicile de 400 patients insuffisants cardiaques affiliés auprès de l'assureur Achmea Zilverenkruis, en collaboration avec 9 hôpitaux. L'ambition du projet est de passer à 1000 patients inclus à la fin de 2013 et de déployer ce dispositif dans 20 hôpitaux.

E-Cardiocare est né d'un appel à projets, lancé par le Ministère de la Santé néerlandais en 2010, parmi 8 autres. L'objectif du Ministère était de tester pendant 2 ans divers prototypes d'organisation et de financement de la télésanté dans la perspective d'une généralisation. Le projet étant désormais complété et évalué, le Ministère considère qu'E-Cardiocare constitue un prototype généralisable.

Le programme E-Cardiocare en bref

Période du programme	2010 - en cours.
Pathologie	Insuffisance cardiaque chronique.
Télémédecine	Télesurveillance médicale.
Patients inclus	400 en 2011 depuis le début du programme.
Principaux objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les complications et les hospitalisations associées à l'insuffisance cardiaque chronique. • Améliorer la prise en main par le patient de sa maladie (éducation thérapeutique). • Politiquement, démontrer un prototype pérenne d'organisation et de financement de la télésanté pendant 2 ans en vue d'une généralisation (cahier de charge ministériel).

4.3 Modèle opérationnel

4.3.1 Principales parties prenantes de la chaîne de valeur

Organisme payeur	<p>Achmea</p> <p>Depuis 2006, ce sont des assureurs santé de droit privé qui couvrent l'assurance maladie obligatoire des néerlandais, dans une logique de délégation de gestion publique et de concurrence régulée. Achmea est le premier assureur santé des Pays-Bas, couvrant 5 millions de personnes pour un encaissement de 10,7 Md€ de cotisations en 2011 sur le marché domestique. L'assurance santé aux Pays-Bas est un marché excessivement concentré : 4 opérateurs se partagent 90% des parts de marché. En 2011, 1 néerlandais sur 3 est couvert en santé par Achmea.</p>
Protocole	<p>Critères NYHA⁽²⁴⁾</p> <p>Les protocoles appliqués sont basés sur les critères internationaux NYHA.</p>
Offre de soins	<p>Hôpitaux néerlandais</p> <p>E-Cardiocare vise les patients insuffisants cardiaques pris en charge par un spécialiste hospitalier en ambulatoire ou consultation externe. Aux Pays-Bas, comme en Angleterre par exemple, les spécialistes « de ville » sont rares, la plupart des patients se rendant dans un hôpital pour le suivi régulier de leur pathologie.</p>
Fournisseur technologique	<p>Philips</p> <p>Philips est en charge de fournir le dispositif de télésurveillance (plateforme Motiva). Philips Motiva est une plateforme interactive installée au domicile du patient qui fonctionne via la télévision et Internet. Cette plateforme comprend du coaching personnalisé (éducation thérapeutique avec matériel pédagogique, vidéos, schémas etc.) et la télésurveillance des indicateurs cliniques du patient (pression artérielle, poids, rythme cardiaque) pouvant être reçus en temps réel par des équipes médicales.</p>
Opérateur de services	<p>Achmea</p> <p>Dans le cadre du programme E-Cardiocare et de façon temporaire, la plateforme de téléservices de l'assureur Achmea a apporté un soutien administratif aux hôpitaux.</p>
Patient	<p>Patients insuffisants cardiaques</p> <p>Patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique de niveau II à IV NYHA.</p>

(24) L'association NYHA établit une classification des niveaux de gravité d'insuffisance cardiaque chronique : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/points_critiques_ic_web.pdf

4.3.2 Principales activités

Inclusion

E-Cardiocare vise les patients insuffisants cardiaques de niveau II à IV sur l'échelle fonctionnelle NYHA. La décision d'inclusion est à la discrétion du cardiologue, soit dans le cadre d'un suivi post hospitalier (suite à une admission pour exacerbation), soit dans la perspective de prévenir ces complications et le recours à l'hospitalisation.

Processus

Quotidiennement, le patient prend la mesure de ses signes vitaux (poids, tension artérielle, ECG, selon les niveaux de gravité). Ses données vitales sont compilées dans un dossier médical personnalisé. En retour, l'équipe médicale applique le protocole d'accompagnement de soins adéquat (envoi de questions sur l'état de santé, vidéos d'information et de conseil sur la maladie...), piloté par des infirmiers spécialisés. Le personnel infirmier a une responsabilité importante dans la mesure où son rôle est de contacter les patients, d'alerter le cardiologue ou d'appeler les services d'urgence en cas d'aggravation de l'état de santé du patient. Les infirmiers remplissent également des fonctions administratives, étant en charge de recueillir les données, d'en vérifier les anomalies techniques, et de les compléter le cas échéant. Dans le cadre du programme E-Cardiocare, Achmea a fourni aux hôpitaux un soutien administratif et logistique via son centre de service interne⁽²⁵⁾.

4.3.3 Modèle économique

Comme tout assureur dans le système de santé, Achmea reçoit de la caisse nationale de péréquation⁽²⁶⁾ une somme forfaitaire annuelle pour la prise en charge de ses patients selon leurs caractéristiques. La présence d'une maladie telle l'insuffisance cardiaque est par exemple prise en compte dans le calcul. En tant qu'assurance maladie obligatoire, Achmea est obligé de respecter le panier de soins national pour la prise en charge de ses assurés insuffisants cardiaques. Cependant, le panier de soins, décidé au niveau gouvernemental, est défini de telle sorte qu'il laisse une marge de manœuvre importante aux assureurs et aux prestataires de soins dans l'organisation précise de leur délivrance : la loi de 2006 précise en effet que le régulateur central est responsable du « quoi » (contenu, étendue) et du « quand » (indications) des prestations de soins, mais que les assureurs doivent se préoccuper du « comment » (par qui, par quelle organisation). C'est la définition dite « fonctionnelle » des soins.

De plus, depuis 2006, les assureurs peuvent négocier bilatéralement avec les hôpitaux une part croissante des tarifs (70% de l'activité hospitalière) dans le cadre de la contractualisation sélective. Achmea négocie avec des hôpitaux des tarifs ambulatoires pour la prise en charge des insuffisants cardiaques, dont le prix décidé bilatéralement, inclut l'achat du dispositif de télésurveillance. Achmea finance à hauteur de 1 200 euros par an et par patient le coût d'acquisition du dispositif (dont la formation du personnel, des patients et la maintenance technique) et estime la valeur de l'assistance en personnel qu'elle livre aujourd'hui gracieusement aux hôpitaux de 5 à 10 euros par patient par mois.

(25) <http://theonlinelearningcenter.com/shtml/motiva/motiva1/vnr.html>

(26) 50% du système de santé néerlandais est financé par des cotisations sociales qui sont ensuite redistribuées aux assureurs privés via une caisse de péréquation visant à éviter la sélection de risques, tandis que la part restante est financée par les primes versées directement par les individus à leur assureur.

4.3.4 Synthèse du modèle opérationnel

Acteurs clés	Activités clés	Proposition de valeur	Relation patient	Segments de clients
Organisme payeur <ul style="list-style-type: none"> Assureur Achmea. 	<ul style="list-style-type: none"> Inclusion du patient. Installation des équipements. Mise en œuvre du protocole de télésuivi et articulation avec des programmes de disease management. 	Patient <ul style="list-style-type: none"> Education thérapeutique du patient. Amélioration du confort de vie par le médecin à domicile du patient. 	<ul style="list-style-type: none"> Téléconsultation en visioconférence entre le domicile et les hôpitaux. Télétransmission de données vitales. Suivi téléphonique. 	Patient <ul style="list-style-type: none"> Patient souffrant d'ICC de stades NYHA II à IV.
Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> Initialement 9 hôpitaux partenaires. Objectif porté à 20 hôpitaux fin 2013. 				
Fournisseur technologique <ul style="list-style-type: none"> Philips (plateforme Motiva). 	Ressources clés <ul style="list-style-type: none"> Plateforme Motiva et appareils de télésurveillance. Centre de téléservices Achmea. 	Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> Réduction des hospitalisations. Démonstration d'un modèle d'organisation des soins liés à l'insuffisance cardiaque chronique. 	Canaux d'interaction <ul style="list-style-type: none"> Télévision. Internet. Téléphone. 	Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux partenaires.
Financement initial du programme <ul style="list-style-type: none"> Le protocole E-Cardiocare coordonne une articulation d'opérateurs et d'infrastructure existants et disposant de leurs propres schémas de financements. 		Modèle économique du programme		
		Organisme payeur <ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des frais de soins de santé par Achmea d'après les GHS ambulatoires négociés avec les hôpitaux pour la prise en charge du protocole. 	Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> Remboursement des frais du protocole par l'organisme payeur d'après les GHS ambulatoires établis. 	Fournisseur technologique <ul style="list-style-type: none"> Rémunération du service par les hôpitaux sous la forme d'un forfait mensuel par patient payé (montant négocié avec les hôpitaux en fonction des tarifs GHS ambulatoires établis avec Achmea).

4.4 Résultats visés

Les résultats du programme E-Cardiocare sont encore confidentiels et n'ont pu nous être communiqué dans le cadre de cette étude.

Le projet néerlandais s'est néanmoins basé sur l'expérience d'utilisation de Philips Motiva en Espagne⁽²⁷⁾ ainsi que sur une première expérimentation aux Pays-Bas. Notons que le modèle économique développé pour le projet E-Cardiocare a servi de base au guide d'achat mis à disposition aujourd'hui par l'association des assureurs santé⁽²⁸⁾.

Pour 400 patients par an, sur la base des résultats observés en Espagne ainsi qu'aux Pays-Bas, le projet E-Cardiocare entend réduire de 14% le nombre d'admissions et de 40% les durées de séjour des patients hospitalisés.

(27) Domingo, Mar, Josep Lupón, Beatriz González, Eva Crespo, Raúllópez, Anna Ramos, Agustín Urrutia, GuillemPera, José M Verdú, et Antoni Bayes-Genis. «Noninvasive remote telemonitoring for ambulatory patients with heart failure: effect on number of hospitalizations, days in hospital, and quality of life. CARME (CatalanRemote Management Evaluation) study». *Revista española de cardiología* 64, no 4 (avril 2011): 277-285.

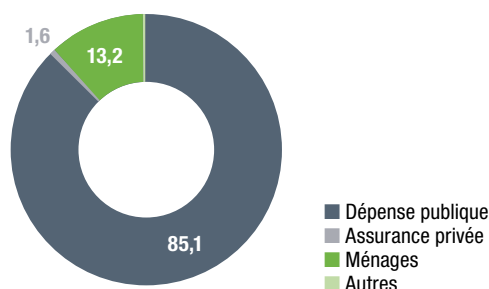
(28) <https://www.zn.nl/beleidsthemas/inkoopgids-e-health/cliquersur/rekenmodel-e-health>.

5 La télémédecine dans le cadre d'une politique axée sur l'ambulatoire : programme Patient Briefcase (Danemark)

5.1 Repères sur le système de santé danois

Repères économiques sur le système de santé

Structure de la dépense de santé (%)



Source : OCDE, données 2010

Dépense de santé	Danemark	OCDE
Dépense totale de santé en% PIB	11,10	9,5
Dépense par habitant (\$)	4 454	3 268
Croissance annuelle moyenne (%)	3,60	4,70

Financement du système de santé public

Financement principal	Impôts et taxes
-----------------------	-----------------

Rémunération de l'offre de soins

Secteur primaire	Mix acte / capitation
Secteur hospitalier	Dotation globale et GHS

Densité médicale et démographie

Densité médicale	Danemark	OCDE
Médecins*	3,48	3,10
Personnel infirmier*	15,44	8,70
Diplômés en médecine**	16,40	10,30
Diplômés en études d'infirmiers**	78,20	39,80
Lits d'hôpitaux*	3,50	4,90

* Pour 1 000 habitants. ** Pour 100 000 habitants.

Source : OCDE, données 2010.

Démographie	Danemark	OCDE
Population (millions)	5,6	-
Population > 65 ans (%)	16,6	15,0
Espérance de vie femmes > 65 ans	19,7	20,7
Espérance de vie hommes > 65 ans	17,0	17,4

5.2 Le projet Patient Briefcase

Le projet Patient Briefcase est porté par l'hôpital universitaire OUH Svendborg Odense de la région Danemark-du-Sud (Syddanmark). Il s'adresse aux patients souffrant de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en leur proposant un retour à domicile plus rapide. Depuis sa création en 2006, 1200 patients ont été traités par ce protocole, aujourd'hui devenu un standard de traitement pour l'ensemble de la région.

Le projet Patient Briefcase est issu du programme européen "Better Breathing", mis en œuvre dans le cadre de l'appel à projets eTEN⁽²⁹⁾ entre 2007 et 2009. "Better Breathing" avait pour objectif de tester de nouveaux protocoles visant à garantir la continuité de soins des patients souffrant de BPCO. Le projet Patient Briefcase est né d'une collaboration entre l'hôpital universitaire OUH Odense Svendborg et le fabricant danois de dispositifs médicaux Medisat. L'objectif du partenariat consiste à tester l'opportunité d'un retour à domicile plus rapide de patients hospitalisés pour exacerbation BPCO, par la mise en place d'un protocole de télésuivi.

(29) Le programme eTen (connu sous le nom de TEN Telecom ou réseaux transeuropéens de télécommunications) a été mis en place initialement afin de soutenir l'interconnexion des réseaux dans le domaine des infrastructures de télécommunications, et par la suite dans le domaine de l'établissement, du développement et de l'accessibilité de services et d'applications interopérables (http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/strategies/l24226e_fr.htm).

De 2007 à 2009, 975 patients de la région Danemark-du-Sud ont suivi le protocole « Briefcase ». En 2011, le projet est sélectionné par le programme *Renewing Health*, visant à étudier les conditions de déploiement à grande échelle de programmes de télémédecine opérationnels en Europe ⁽³⁰⁾.

Le programme Patient Briefcase en bref

Période du programme	2006 - en cours
Pathologie	Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)
Télémédecine	Télésurveillance médicale et téléconsultation
Patients inclus	1200 en 2011 depuis le début du programme
Principaux objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier si les téléconsultations peuvent réduire le nombre de réadmissions à l'hôpital. • Améliorer la prise en charge de la maladie par les patients. • Améliorer le confort de vie du patient.

5.3 Modèle opérationnel

5.3.1 Principales parties prenantes de la chaîne de valeur

Organisme payeur	<p>La région Danemark-du-Sud</p> <p>Depuis la réforme de 2007, le système de santé public danois est principalement financé par une taxe spécifique correspondant à environ 8 % du revenu imposable. Ce financement est ensuite redistribué à hauteur de 80 % vers les régions et 20 % vers les communes, via des dotations calculées selon les risques couverts par ces territoires. Les 5 régions danoises sont les principaux prestataires de services du système de santé. Propriétaires et administratrices des hôpitaux publics, elles sont aussi responsables du système de financement des médecins généralistes et spécialistes, des dentistes pour adultes (après 18 ans) et d'une partie du remboursement des médicaments.</p>
Protocole	<p>Critères GOLD ⁽³¹⁾</p> <p>Les protocoles de télésoin sont établis par l'hôpital sur la base des critères GOLD</p>
Offre de soins	<p>Hôpital OUH Odense Svendborg</p> <p>L'hôpital universitaire Odense Svendborg (OUH) est l'un des 3 grands hôpitaux universitaires du Danemark et le premier hôpital de la région de Danemark-du-Sud.</p>
Fournisseur technologique	<p>Medisat</p> <p>Medisat est un fabricant de dispositifs médicaux et le concepteur du dispositif médical Patient Briefcase. Le Briefcase est un dispositif de la taille d'un ordinateur portable, doté d'une webcam et d'un microphone, ainsi que d'un spiromètre et d'un oxymètre. Depuis le pilote, le dispositif a fait l'objet de plusieurs montées de versions à mesure des évolutions technologiques en matière de télécommunication (Edge, 3G, Wifi, ADSL, Satellite) et de l'extension de son périmètre fonctionnel en télécadiologie notamment.</p>
Opérateur de services	<p>Hôpital OUH Odense Svendborg</p> <p>OUH s'est doté d'un département d'innovation clinique dont l'objet consiste à tester et mettre en œuvre de nouveaux protocoles de soins en télémédecine et e-santé. Ce service dispose de personnel infirmier spécialisé dans le télésoin des patients.</p>
Patient	<p>Patients souffrant de BPCO</p> <p>Le programme s'adresse aux patients admis pour crise d'exacerbation BPCO.</p>

(30) <http://www.renewinghealth.eu/>

(31) http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2013_Feb20.pdf

5.3.2 Principales activités

Inclusion

Le programme s'adresse aux patients admis pour crise d'exacerbation BPCO. Si le patient remplit un certain nombre de critères d'inclusion et sous réserve de son acceptation, le traitement "Briefcase" débute au plus tard 48 heures après l'admission.

Processus

Dans les 4 heures suivant sa sortie, l'équipement est installé chez le patient par la société Medisat. Le technicien accompagne également le premier appel vers l'hôpital.

Le traitement débute alors, par des téléconsultations quotidiennes et durant environ 1 semaine voire plus selon les besoins du suivi post-hospitalisation. La téléconsultation dure 10 à 30 mn via une connexion internet sécurisée, au cours de laquelle sont transmises les données vitales du patient (oxymétrie).

Le personnel infirmier réalise des observations cliniques (dyspnée, condition générale, activité physique, anxiété), relève les mesures liées à la fonction respiratoire et informe le patient sur la manière de prévenir les exacerbations et comment utiliser les médicaments. Le personnel infirmier est en capacité d'organiser un rendez-vous avec un médecin spécialiste ou de solliciter un infirmier à domicile le cas échéant.

Les données sont sauvegardées sur le dossier médical électronique du patient via Sundhed, le portail de partage de données santé danois. C'est également via Sundhed que le médecin généraliste référent reste informé de l'état de santé de son patient. Si besoin, le patient peut accéder à la hotline du centre de télémédecine, chaque jour entre 8h00 et 15h00.

5.3.3 Modèle économique

Initialement, le financement du projet a été réalisé sous la forme d'un partenariat public-privé (PPP). La commission européenne, au travers du programme eTen a investi 1,2 MDKK (161 000 €) dans le projet. Le financement restant a été supporté par OUH et Medisat à hauteur de 10 MDKK (1,3 M€), dans une proportion tenue confidentielle.

Medisat a conclu un accord de leasing avec OUH, afin de faire bénéficier l'hôpital des évolutions de matériel. Le montant exact de cet accord est confidentiel, mais le business plan du projet Better Breathing porte sur un leasing d'environ 6 000 DKK par mois (800 €) pour 40 Briefcases. L'accord a été renouvelé en 2012 pour une durée de 4 ans. Les actes de télémédecine (télésurveillance fonction pulmonaire et téléconsultation pulmonaire) sont pris en charge par le système de santé (codification GHS).

5.3.4 Synthèse du modèle opérationnel

Acteurs clés	Activités clés	Proposition de valeur	Relation patient	Segments de clients
<p>Organisme payeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Région Danemark-du sud. <p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpital universitaire Odense Svendborg (OUH). <p>Fournisseur technologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medisat. <p>Opérateurs de services</p> <ul style="list-style-type: none"> • Département télémédecine de l'Hôpital universitaire Odense Svendborg (OUH). 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion du patient à l'issue d'une crise d'exacerbation BPCO. • Installation de l'appareil au domicile du patient par le fournisseur technologique. • Protocole de télésuivi : télétransmission quotidienne des données médicales par le patient et traitement ambulatoire. • Désinstallation de l'appareil par le fournisseur à l'issue du traitement. 	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de soins équivalente au traitement conventionnel. • Liaison possible avec l'hôpital 7 / 7 j. • Retour rapide à domicile et maintien du lien avec l'hôpital, qualité et confort de vie du patient. • Éducation thérapeutique. <p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de diagnostic et de soins équivalente au traitement conventionnel. • Optimisation du temps médical des infirmières et des médecins. • Optimisation de l'espace occupé à l'hôpital (lits, intendance). 	<ul style="list-style-type: none"> • Téléconsultation en visioconférence domicile - hôpital. • Télétransmission de données vitales. • Suivi téléphonique. • Assistance téléphonique 7 / 7 j. 	<p>Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patient BPCO admis pour exacerbation. <p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unité télémédecine de l'Hôpital universitaire Odense Svendborg (OUH).
	<p>Ressources clés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositif médical "Patient Briefcase". • Centre de télémédecine OUH. • Portail national de partage de données médicales <i>Sundhed.dk</i>. 		<p>Canaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internet • Téléphonie • Visites physiques à domicile si besoin 	
<p>Financement initial du programme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subvention du projet européen "Better Breathing". • Co-financement sous forme d'un partenariat public-privé entre la région Danemark-du-Sud, l'Hôpital OUH et le fournisseur technologique Medisat. 		<p>Modèle économique du programme</p>		
		<p>Organisme payeur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge par le système national de santé des téléconsultations et de certains examens BPCO via des GHS ambulatoires nationaux. 	<p>Offre de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remboursement des frais du protocole à la hauteur des GHS ambulatoires nationaux. 	<p>Fournisseur technologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rémunération du service par l'hôpital sous la forme d'un contrat leasing pour la mise à disposition d'un nombre d'appareils déterminé.

5.4 Résultats obtenus

Une étude a été menée au cours du projet Better Breathing pour mesurer l'effet des téléconsultations post-hospitalisation sur le nombre de réadmissions ainsi que la satisfaction des patients dans le cadre du programme "Briefcase"⁽³²⁾.

Cette étude démontre une baisse de 10 à 14% du risque de réadmission à court terme grâce aux téléconsultations. L'étude a également révélé une amélioration du confort de vie du patient et a validé l'adaptation du traitement aux besoins des patients : 83% des patients utilisateurs ont utilisé l'outil sans aide de quiconque ; 98% des patients utilisateurs ont déclaré avoir réalisé leurs mesures sans difficulté ; 95% des patients du briefcase recommanderont l'usage du parcours télémédecine.

Les coûts d'hospitalisation représentent près de 70% de l'ensemble du coût de traitement d'une exacerbation BPCO⁽³³⁾. D'après les déclarations du responsable du projet à l'hôpital OUH, le programme Briefcase permettrait d'économiser environ 400 à 500€ sur le coût d'un épisode de soins conventionnel d'environ 3 500 €, essentiellement en raison de la moindre consommation de ressources hospitalières qu'occasionne le retour à domicile anticipé du patient 48 heures après son admission.

La performance médico-économique du programme va faire l'objet d'une évaluation MAST⁽³⁴⁾ randomisée incluant 266 patients. Les résultats de l'étude, initialement prévus pour fin 2012, devraient finalement être publiés mi-2013.

(32) *The Clinical Respiratory Journal* Volume 5, Issue 1, pages 26–34, January 2011.

(33) Sullivan SD, Ramseu SD, Lee TA. *The economic burden of COPD*. *Chest*. 2000;117: 5S–9.

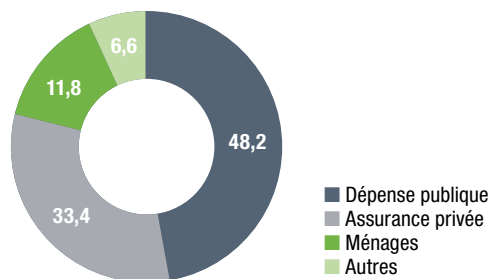
(34) *Model for Assessment of Telemedicine* : <http://www.renewinghealth.eu/assessment-method>.

6 La télémédecine en levier de revitalisation d'un système de santé : programme CCHT / Veterans Health Administration (Etats-Unis)

6.1 Repères sur le système de santé américain

Repères économiques sur le système de santé

Structure de la dépense de santé (%)



Source : OCDE, données 2010.

Dépense de santé	Etats-Unis	OCDE
Dépense totale de santé en% PIB	17,60	9,5
Dépense par habitant (\$)	8 233	3 268
Croissance annuelle moyenne (%)	4,30	4,70

Financement du système de santé public

Financement principal	Medicare : cotisations sociales Medicaid : impôts et taxes
-----------------------	---

Rémunération de l'offre de soins

Secteur primaire	Général : honoraires à l'acte Plans d'assurance : capitation
Secteur hospitalier	GHS

Densité médicale et démographie

Densité médicale	Etats-Unis	OCDE
Médecins*	2,44	3,10
Personnel infirmier*	10,95	8,70
Diplômés en médecine**	6,60	10,30
Diplômés en études d'infirmiers**	NC	39,80
Lits d'hôpitaux*	3,08	4,90

* Pour 1 000 habitants. ** Pour 100 000 habitants.

Source : OCDE, données 2010.

Démographie	Etats-Unis	OCDE
Population (millions)	311,6	-
Population > 65 ans (%)	13,1	15,0
Espérance de vie femmes > 65 ans	20,3	20,7
Espérance de vie hommes > 65 ans	17,7	17,4

6.2 Le programme CCHT de la Veterans Health Administration

La "Veterans Health Administration" (VHA) est l'administration en charge du système de santé des vétérans de l'armée américaine. Organisation gouvernementale, la VHA est rattachée au Ministère des Anciens Combattants ("Department of Veterans Affairs").

Le système de santé de la VHA est exclusivement dédié aux vétérans de l'armée américaine (les Veterans) et dispose de son propre réseau d'hôpitaux et de professionnels de santé. Le système de santé des Veterans constitue à ce titre une exception dans la mosaïque des opérateurs de santé aux Etats-Unis.

CCHT (Care Coordination Home Telehealth) est un programme de télésanté lancé en 2003 par la VHA. Son objectif consiste à optimiser la performance du système de santé par l'introduction de solutions de télésanté pour développer le suivi à domicile des patients à risques. La mise en œuvre de ce programme constitue une étape-clé de la revitalisation du système de santé des Vétérans, impulsée au cours des années 1990.

L'intention du programme est édictée par le principe directeur suivant : « L'utilisation de l'informatique en santé, du disease management et de technologies de télésanté à domicile pour améliorer la qualité et l'accès aux soins auprès de populations ciblées, dans l'intention de prodiguer les soins les plus adéquats dans le cadre le plus pertinent ». Une instance dédiée est constituée au sein de l'administration fédérale : l'*Office of Care Coordination* ⁽³⁵⁾. Dorénavant, Washington donne à chaque territoire des objectifs quantitatifs de développement de cette offre de soins.

Le programme CCHT en bref

Période du programme	2003 - en cours.
Pathologie	Pluri-pathologies (ICC, diabète, BPCO, troubles post-traumatiques...).
Télémédecine	Télésurveillance médicale et téléconsultation.
Patients inclus	65 000 en 2012 depuis le début du programme.
Principaux objectifs	<ul style="list-style-type: none"> • Anticiper le risque sur l'offre de soins des personnes âgées en risque d'autonomie. • Améliorer l'efficacité du système de santé dans le champ des maladies chroniques et des personnes en risque d'autonomie. • Améliorer l'accès aux soins ⁽³⁶⁾.

6.3 Modèle opérationnel

6.3.1 Principales parties prenantes de la chaîne de valeur

Organisme payeur	<p>Veterans Health Administration (VHA), Département fédéral des anciens combattants</p> <p><i>Le budget de la Veterans Health Administration est financé par l'impôt et fait partie intégrante du budget fédéral. Le système est décentralisé en 21 territoires de santé, chacun ayant des objectifs de santé et un budget propres.</i></p>
Protocole	<p>Veterans Health Administration (VHA)</p> <p><i>Les protocoles de soins sont établis par la VHA.</i></p>
Offre de soins	<p>Réseau de soins VHA (Veterans Health Administration) ⁽³⁷⁾</p> <p><i>Le réseau de soins VHA est exclusivement dédié aux Vétérans de l'armée américaine. Le réseau compte 6 millions de patients et emploie 22 500 personnes. Les praticiens sont salariés du réseau. 153 hôpitaux et 817 centres de santé sont répartis sur le territoire, organisé en 21 territoires de santé. La population des Vétérans est plus pauvre, plus âgée et plus malade que la population américaine générale.</i></p>
Fournisseur technologique	<p>Fournisseurs référencés par la VHA</p> <p><i>L'achat des technologies auprès des industriels se fait sur appels d'offre centraux pour l'ensemble des l'administration des Vétérans. Les contrats ont souvent deux composantes : l'adoption du matériel d'une part et un coût de service de maintenance d'autre part. Le matériel doit notamment correspondre à des standards d'échange de données (dont HL7).</i></p>
Opérateur de services	<p>Veterans Health Administration</p> <p><i>La coordination et la prise en charge du dispositif de télésanté sont sous la responsabilité d'un care coordinator ⁽³⁸⁾ (souvent du personnel infirmier ou un travailleur social). Un care coordinator s'occupe en moyenne de 100 à 150 patients à la fois et utilise un tableau de bord renouvelé quotidiennement, indiquant les caractéristiques de ses patients et leur niveau de risque révélé par ses signes vitaux.</i></p>
Patient	<p>Vétérans de l'armée américaine</p> <p><i>Le programme CCHT s'adresse exclusivement aux vétérans de l'armée américaine.</i></p>

(35) <http://www.va.gov/OCA/testimony/hvac/04012810.asp>

(36) 40% des patients CCHT vivent en zone rurale ou éloignée d'infrastructures médicales (*The Veterans Health Administration: Taking Home Telehealth Services to Scale Nationally, The Commonwealth fund*).

(37) <http://www.va.gov/vetdata/>

(38) Coordinateurs de soins salariés du réseau VHA.

6.3.2 Principales activités

Inclusion

Parmi les Vétérans, le programme CCHT cible essentiellement deux catégories de patients :

- Les patients en déficit d'autonomie dans au moins trois activités de la vie quotidienne⁽³⁹⁾ et risquant d'entrer dans un établissement de long terme (*nursing home*). Début 2012, 63% des patients enrôlés dans le programme de télésanté appartiennent à cette catégorie⁽⁴⁰⁾.
- Les malades chroniques, dans une perspective de *disease management*. Des parcours de soins de télésanté spécifiques sont mis en place pour le diabète, le stress post traumatique, la BPCO, l'insuffisance cardiaque. L'objectif est de prévenir les complications et les épisodes d'hospitalisation.

A l'occasion d'une consultation, un médecin de la VHA réalise une demande d'inclusion dans le programme CCHT via un formulaire numérique. La demande est étudiée par un *care coordinator*, lequel évalue le programme de soins à utiliser et le matériel requis en fonction du profil du patient. Le patient est ensuite inclus dans le programme sous réserve de son acceptation. Le *care coordinator* organise la mise à disposition des dispositifs médicaux et la formation du patient.

Les équipements les plus couramment prescrits sont des outils communicants (85%), suivis par des outils de télésurveillance (11%)⁽⁴¹⁾ et des systèmes de téléconsultation (4%).

Processus

Les données remontées par le patient dans le cadre du programme CCHT sont compilées dans le dossier médical personnalisé du système de santé VHA. Le *care coordinator* dispose d'une vue « portefeuille » de ses patients suivis, organisée en niveaux de risques. Lorsque des patients passent en catégorie « hauts risques », le *care coordinator* contacte le patient et évalue si le programme de soins doit être modifié, si une visite ambulatoire doit être planifiée voire si le patient doit être hospitalisé.

Le *care coordinator* est en relation avec l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de ses patients via le dossier médical personnalisé VHA. Il transmet chaque mois un rapport résumant les données de télésanté au médecin traitant de ses patients.

La VHA a fait des investissements très importants dans la formation de son personnel. Plusieurs centres de formation se sont ouverts, notamment en Floride ou au Massachussets. Entre 2004 et 2008, ce dernier a formé 1500 employés sur site et 5000 formations ont été dispensées à distance (*e-learning*). De nouveaux métiers ont ainsi vu le jour en quelques années : aux côté des *care coordinators*, on trouve également des *telehealth program managers*, des *facility telehealth coordinators*, les *telehealth clinical technicians*...

Enfin, le système de santé des Vétérans est fortement empreint d'une culture d'amélioration continue de la performance. Le système est fondé sur des accords de performance (*performance agreements*) permettant d'aligner les objectifs et les actions menées par l'organisation, pour chacune des 21 unités territoriales. Le système d'évaluation de la performance s'appuie sur des objectifs médicaux (taux de cholestérol, taux de mortalité, vaccinations, dépistages...), organisationnels (durées de séjour, délais d'attente...) et économiques (respect des budgets...).

(39) Selon le score *Activities of Daily Living activities of daily living*.

(40) http://www.telehealth.va.gov/newsletter/2012/021312-Newsletter_Vol11Iss01.pdf

(41) Les outils communicants permettent au patient de renseigner un questionnaire d'évaluation de son état de santé, les outils de monitoring relèvent des données vitales.

6.3.3 Modèle économique

Le programme CCHT est financé par l'impôt, ses ressources proviennent du budget fédéral annuel voté en faveur du Département des Anciens Combattants. Les hôpitaux et centres de santé sont la propriété de la VHA, tous les praticiens sont salariés. Le budget est réparti entre les unités territoriales du réseau en fonction du nombre et du type de patients suivis.

L'acquisition des dispositifs médicaux est centralisée au niveau national, permettant à la VHA de réaliser des économies d'échelle. La procédure d'achat est entièrement informatisée, les fournisseurs référencés sont reliés à la plateforme d'achat de la VHA ⁽⁴²⁾.

La VHA applique un dispositif de ticket modérateur restant à la charge du patient, mais dont peuvent être exemptés les patients selon des critères de revenus notamment. Certains soins sont également pris en charge à 100% par le système de santé ⁽⁴³⁾. Depuis mai 2012, les téléconsultations ne font plus l'objet de copaiements ⁽⁴⁴⁾.

6.3.4 Synthèse du modèle opérationnel

Acteurs clés	Activités clés	Proposition de valeur	Relation patient	Segments de clients
Organisme payeur <ul style="list-style-type: none"> Veterans Health Administration - VHA (département des Anciens Combattants des Etats-Unis). Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> Hôpitaux et salariés de la VHA. Fournisseur technologique <ul style="list-style-type: none"> Fournisseurs référencés par la VHA. Opérateurs de services <ul style="list-style-type: none"> Gestionnaire de soins de la VHA. 	<ul style="list-style-type: none"> Programme pluri-pathologies : protocoles variables selon les pathologies et les niveaux de risque des patients. 	Patient <ul style="list-style-type: none"> Qualité de soins équivalente au traitement conventionnel. Qualité de vie du patient. Education thérapeutique. Anticipation des risques et limitation du nombre d'hospitalisation. Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> Anticipation du risque d'inadéquation de l'offre de soins des personnes en risque de perte d'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> Télétransmission de données vitales. Téléconsultations. Suivi téléphonique. 	Bénéficiaires <ul style="list-style-type: none"> Vétérans de l'armée américaine. Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> Réseau de soins de la Veterans Health Administration.
	Ressources clés <ul style="list-style-type: none"> Plateforme SI et applicative de VHA. Gestionnaires de soins de la VHA. Dispositifs médicaux du panier de santé VHA. 	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de l'efficacité de l'offre dans le champ des maladies chroniques Amélioration de l'accès aux soins. 	Canaux <ul style="list-style-type: none"> Télévision. Internet. Téléphonie. Visites physiques à domicile si besoin. 	
Financement initial du programme <ul style="list-style-type: none"> Financement public : budget du département des Anciens Combattants des Etats-Unis. 		Modèle économique du programme		
		Organisme payeur <ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des frais de soins de santé CCHT selon les modalités des protocoles. Financement des infrastructures / dispositifs médicaux sur le budget fédéral. 	Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> Rémunération salariale et <i>incentives</i> sur objectifs qualitatifs / quantitatifs. Protocole et matériel financé par le budget de la division territoriale de tutelle. 	Fournisseur technologique <ul style="list-style-type: none"> Rémunération des services et matériels par l'organisme payeur, à l'issue d'appels d'offres nationaux.

(42) Veteran's Health Administration: The management of chronic conditions using care co-ordination and home telehealth, Adam Darkins 2006.

(43) <http://www.va.gov/healthbenefits/cost/copays.asp>

(44) <http://www.informationweek.com/healthcare/mobile-wireless/va-remove-copayments-for-video-telehealth/232900280>

6.4 Résultats obtenus

Le nombre de patients inclus dans le programme CCHT est passé de 4 400 en 2004 à 65 000 en 2012, soit un développement extrêmement rapide en moins de 10 ans. Sur la même période, le budget consacré à CCHT est passé de 21 à 276 millions de dollars. Le coût global du programme par patient a baissé, passant de 4 770\$ par patient/an à 4 246\$, soit une économie par patient d'environ 500\$ entre 2004 et 2012.

Le programme CCHT a fait l'objet de nombreuses études attestant de l'atteinte de bénéfices médicaux ou économiques, par exemple :

- Une étude menée entre 2006 et 2007 auprès de 17 000 patients a démontré une baisse de consommation des ressources hospitalières de l'ordre de 25 % en moyenne en termes de durée de séjour et de 17 % en nombre d'hospitalisations⁽⁴⁵⁾.
- En 2011, le territoire de santé regroupant l'Alaska, l'Oregon et l'Etat de Washington a rapporté avoir économisé 740 000\$ en 2011 via 23 580 téléconsultations⁽⁴⁶⁾.
- Une étude portant sur les patients diabétiques a montré une baisse de la probabilité d'hospitalisation des patients CCHT de 39% à 30% sur deux ans de télésuivi, là où un groupe contrôle a vu cette même probabilité augmenter de 31 % à 33%. Cette même étude a également démontré une baisse significative en 4 ans du taux de mortalité du groupe télésuivi par rapport au groupe contrôle (19% vs. 26%)⁽⁴⁷⁾.

7 Enseignements tirés des études de cas

7.1 Des résultats encourageants

L'étude de cas internationaux permet de mettre en lumière un certain nombre de résultats positifs découlant de l'usage de la télémédecine dans les protocoles de soins.

En premier lieu, la plupart des cas font état de résultats probants en termes de confort de vie et de satisfaction du patient, notamment :

Danemark
Patient Briefcase - BPCO

95% des patients télésuivis recommanderont l'usage du parcours télémédecine, 98% ont déclaré avoir réalisé leurs mesures sans difficulté, et 83% ont utilisé l'appareil sans l'aide de quiconque.

Italie
Telemaco - BPCO

Les patients jugent le service très positivement (4,7/5), notamment pour le support pendant les épisodes de crise (4,9/5), pour le lien avec le tuteur et les intervenants (5/5), pour la simplicité d'utilisation des équipements médicaux (4,7/5).

Etats-Unis
CCHT - Pluripathologies

Le programme CCHT fait état d'un taux de satisfaction patient de 86%.

(45) Care Coordination/Home Telehealth: The Systematic Implementation of Health Informatics, Home Telehealth, and Disease Management to Support the Care of Veteran Patients with Chronic Conditions, Darkins et al, 2008.

(46) <http://www.informationweek.com/healthcare/mobile-wireless/va-division-saves-742000-with-telehealth/232600447>

(47) Barnett TE, Chumbler NR, Vogel WB, et al. The effectiveness of a care coordination home telehealth program for veterans with diabetes mellitus: a 2-year follow-up. *Am J Manag Care.* 2006;12(8):467-474.

Au plan médical, les cas observés permettent de constater la baisse du nombre d'hospitalisations ou de réadmissions des patients malades chroniques par rapport aux patients suivant un traitement conventionnel, par exemple aux Etats-Unis, au Danemark ou en Italie :

Etats-Unis <i>CCHT - Pluripathologies</i>	Sur l'ensemble des pathologies, baisse de 19% du nombre d'hospitalisations et de 25% du nombre de jours d'hôpital.
Italie <i>Telemaco - BPCO</i>	Baisse de 11% des réadmissions sur l'ensemble du programme TELEMACO.
Danemark <i>Patient Briefcase - BPCO</i>	Réduction entre 10% et 14% du risque de réadmission à court terme des patients ayant subi une crise d'exacerbation BPCO.

Certains programmes de télémédecine permettent d'observer un meilleur respect des protocoles par les professionnels de santé, comme en Allemagne par exemple :

Allemagne <i>CorBene - ICC</i>	81% des patients sont traités en conformité avec les protocoles là où un 1 patient sur 3 souffrant d'ICC bénéficiait du traitement adéquat en Allemagne.
-----------------------------------	--

Enfin, des économies de coûts directs ont pu être constatées principalement en raison d'une moindre consommation de ressources hospitalières :

Allemagne <i>Mein-Herz ICC</i>	Réduction de 52% des coûts directs liés à l'hospitalisation, baisse de 23% du coût global de prise en charge.
Etats-Unis <i>CCHT - Pluripathologies</i>	Baisse de 25% en moyenne de la consommation de ressources hospitalières.
Pays-Bas <i>E-Cardiocare - ICC</i>	Baisse de 40% des durées moyennes de séjour observées aux Pays-Bas et en Espagne.

7.2 Des axes d'amélioration

Les résultats relevés dans les études de cas font également état de pistes d'amélioration.

Au plan strictement économique, les gains de coûts issus de la baisse des hospitalisations sont parfois atténués par des hausses de coûts significatifs sur d'autres postes (notamment le médicament), comme relevé dans le cas allemand « Mein Herz ». Autre exemple, les hôpitaux impliqués en Lombardie dans le programme PTP recueillent des bénéfices économiques variables selon leur taille et leur expérience de la télémédecine. Les petits hôpitaux, réalisant peu de protocoles PTP, sont ceux qui ont le plus de difficultés à couvrir les coûts du programme. Les grands hôpitaux, incluant plus de patients et bénéficiant d'une véritable infrastructure télémédecine (département dédié) tirent à l'inverse mieux partie des économies directes réalisées sur la consommation de ressources hospitalières.

Au plan médical, l'évaluation du programme CorBene a montré que 10,8% des patients améliorent leur état de santé (amélioration du stade NYHA), et que, dans le même temps 9,2% voient leur état de santé se dégrader.

Enfin, certains programmes identifient des pistes d'amélioration d'ordre organisationnel. La région Lombardie étudie par exemple la possibilité de mutualiser les départements télémédecine créés dans les hôpitaux durant les programmes Telemaco et NRS, tout en resserrant les investissements de développement de l'offre de télémédecine sur quelques hôpitaux.

7.3 L'identification de facteurs clés de performance

L'analyse des résultats obtenus et des axes d'amélioration observés dans les études de cas conduisent à identifier une série de facteurs clés de performance des programmes de télémédecine :

Facteurs clés de performance	Allemagne <i>CorBene / Mein Herz</i>	Italie <i>TELEMACO / PTP</i>
Vision stratégique	Mein Herz : le développement du programme entend répondre aux défis d'accès aux soins dans les territoires ruraux du Land du Schleswig-Holstein.	La mise en œuvre du programme TELEMACO répond aux enjeux de continuité de soins dans les petites communes de zones montagneuses ou rurales de Lombardie.
Impulsion politique	Loi 2012 sur l'offre de soins : la télémédecine pour décloisonner ville et hôpital. Entrée de la télémédecine dans le Code de la Sécurité Sociale.	La télémédecine est un axe fort du plan d'actions régional de santé, initié par la volonté du parlement Lombard de déployer les TIC dans le domaine de la santé.
Décentralisation territoriale ou administrative de système de santé	Organisation décentralisée calquée sur la structure fédérale du pays.	Les régions sont autonomes en matière d'organisation de l'offre de soins et de budget.
Stratification des populations en termes de risques et inclusion sélective	Inclusion dans le programme selon stades NYHA.	Inclusion PTP selon stades Gold.
Mise en place de parcours de soins et mesure de la performance opérationnelle	CorBene : dispositif de mesure continue de performance piloté par le gestionnaire du contrat de soins (contrôle de l'adéquation du traitement avec protocoles).	La région a développé des parcours de soins de télésuivi en lien notamment avec le corps médical local. La conformité des traitements avec les protocoles est assurée par les prestataires de services du programme.
Mesure de la satisfaction patient	Non spécifié.	Etude menée dans le cadre du programme TELEMACO.
Articulation avec le disease management	CorBene / Mein Herz : les centres de télémédecine partenaires accompagnent le patient dans le suivi de son parcours selon les protocoles de soins établis.	Les prestataires de services de télémédecine référencés prennent en charge l'accompagnement et le suivi du patient dans son parcours de soins.
Mécanismes incitatifs	Mein Herz : mécanisme de partage d'économies entre l'hôpital et la Caisse d'assurance maladie. CorBene : paiement à la performance additionnel pour les médecins impliqués dans le programme	Non.
Support d'un SI santé	CorBene : la plateforme SI du fournisseur technologique relie l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de télésuivi.	Mise en place d'une plateforme SI et d'un DMP par les fournisseurs référencés par la Région.

Pays-Bas <i>E-Cardiocare</i>	Danemark <i>Patient Briefcase</i>	Etats-Unis <i>CCHT Veterans</i>
E-Cardiocare est né d'un appel à projets du Ministère de la Santé visant à améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.	4 plans stratégiques e-santé nationaux depuis 1996 pour l'information du système de santé et l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.	Anticipation du risque d'inadéquation de l'offre de soins face à la prévalence des maladies chroniques et l'évolution du nombre de personnes en risque d'autonomie parmi les Vétérans.
La télémédecine est une composante du panier de soins fonctionnel national de l'assurance maladie.	Politique nationale de priorisation des prises en charge ambulatoires dans le cadre de la réforme de l'offre hospitalière.	Injonction du Congrès d'améliorer l'efficacité du système de santé des Vétérans sous menace de gel budgétaire.
Système de santé national mais délégation de l'organisation des prestations aux assureurs santé.	Les régions sont les principaux prestataires de services du système de santé, en lien avec les municipalités, centrées sur les services médicaux-sociaux.	Décentralisation de la VHA en 21 territoires de santé, indépendants des découpages administratifs fédéraux.
Inclusion dans le programme selon stades NYHA.	Programme élaboré pour les patients hospitalisés pour crise d'exacerbation BPCO.	Pilotage du programme CCHT selon une vision "portefeuille" des niveaux de risque des patients inclus dans le programme de télémédecine.
Le télé-suivi des patients insuffisants cardiaques est régi par des protocoles de télé-suivi quotidiens, dont la mise en œuvre et la mesure de performance est assurée par le fournisseur technologique.	Le télé-suivi à domicile des patients BPCO répond à un protocole de soins établi et piloté par l'hôpital OUH.	La mise en œuvre des protocoles de télé-suivi s'accompagne d'objectifs médicaux, organisationnels et économiques annuels pour chaque territoire et déclinés sous la forme de contrats performance.
Non spécifié.	Etude menée par l'hôpital en charge du programme.	Mise en œuvre dans le cadre des contrats de performance territoriaux.
Le centre de télémédecine du fournisseur technologique prend en charge l'accompagnement et le suivi du patient dans son parcours de soins.	L'hôpital OUH s'est doté d'un service dédié à la télémédecine avec des infirmières spécialisées dans le télé-suivi de patients.	CCHT s'appuie sur des <i>care coordinators</i> chargés d'organiser, de piloter et d'assurer le reporting du parcours de soins des patients télé-suivis.
Non.	Non.	Système de rémunération additionnelle à la performance pour les coordinateurs de soins et les praticiens du réseau VHA.
Le fournisseur technologique met à disposition une plateforme informatique de santé exhaustive pour le suivi à distance du patient et le partage des informations de santé à l'ensemble des acteurs impliqués.	Le Danemark a progressivement constitué depuis 1996 un réseau informatique de santé national incluant un dossier médical électronique.	La VHA a été pionnière en matière d'informatisation de son système de santé (VistA). Le DMP, instauré en 1997, comprend aujourd'hui plus de 100 applications.

Ces facteurs clés de performance peuvent être regroupés en deux sous-ensembles :

- **Un socle stratégique**, bâti sur l'expression d'une vision stratégique pour la télémédecine, et le relais d'une impulsion politique forte et continue dans le temps.
- **Un socle opérationnel**, constitué d'un ensemble de bonnes pratiques accélératrices de performance des programmes de télémédecine.

Synthèse des facteurs clés de performance et indice de transférabilité ⁽⁴⁸⁾ en France

	Facteurs clés de performance observés	Indice de transférabilité
Socle stratégique	Impulsion politique liée à l'anticipation des risques d'offres, de coût et d'accès aux soins dans le champ des maladies et de la perte d'autonomie.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Vision stratégique nationale de santé et de télésanté.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Socle opérationnel	Mise en place de parcours de soins.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Evaluation médico-économique des parcours.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Inclusion sélective dans les programmes de télémédecine.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Mesure de la performance et amélioration continue.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Décentralisation territoriale ou administrative du système de santé.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Stratification médico-sociale des territoires.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Mécanismes de rémunération incitatifs.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Support d'un SI santé.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Articulation de services de disease management.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

7.4 Des modèles économiques conditionnés par le profil de l'organisme payeur principal

Les modèles économiques des programmes de télémédecine étudiés sont fortement conditionnés par le système de santé du pays et notamment par le rôle et le fonctionnement des organismes payeurs principaux.

L'organisme payeur principal d'un système de santé est l'agent économique qui finance majoritairement la dépense de santé. Il est généralement un Etat, une division administrative ou régionale de l'Etat, un assureur public ou privé.

L'étude des cas nous permet de dégager deux lignes de segmentation du profil des organismes payeurs :

- **Le degré d'intégration de compétences** : financement de la dépense de santé, organisation des soins, prestation de soins, coordination de soins, etc.
- **Le cadre de régulation exercé sur l'organisme payeur** : dynamique publique, concurrence régulée, dynamique de marché.

(48) Le détail de l'analyse de transférabilité est accessible dans l'étude complète disponible sur les sites Internet syntec-numerique.fr et snitem.fr.

Axes de segmentation du profil des organismes payeurs

1 Degré d'intégration de compétences

Degré d'intégration de compétences de l'organisme payeur		
Modèle « indemnisation »	Modèle « concession »	Modèle « régie »
L'organisme payeur prend en charge tout ou partie du coût de la prestation de télémedecine sur la base d'un tarif établi. (ex. Danemark)	L'organisme payeur prend en charge tout ou partie du coût de la prestation de télémedecine dont il confie la gestion et la mise en œuvre à des opérateurs de santé délégués. (ex. Pays-Bas)	L'organisme payeur met en œuvre, gère en propre et prend en charge tout ou partie du coût de la prestation de télémedecine. (ex. Veterans Health Administration)

2 Cadre de régulation exercé

Régulation exercée sur le payeur principal	Description
Puissance publique	La couverture santé est publique et universelle dans le cadre : <ul style="list-style-type: none"> • d'un système de santé nationalisé par l'impôt (ex. : pays nordiques, Canada, Royaume-Uni...), • ou d'un système d'assurance publique unifié (ex. : France, Japon, Autriche...).
Concurrence régulée	La couverture santé s'inscrit dans une logique de compétition organisée entre assureurs privés (Pays-Bas) ou publics (Allemagne).
Système concurrentiel	La couverture santé est le fait d'assureurs privés, le champ d'intervention de l'Etat se limite à une couverture minimum pour tous voire pour certaines catégories de populations (ex. : Etats-Unis).

Le croisement de ces deux axes nous permet de segmenter les types d'organismes payeurs étudiés. Il est alors possible de distribuer nos études de cas ainsi que d'autres exemples internationaux relevés mais non étudiés dans le cadre de ce Livre Blanc.

Segmentation des profils d'organismes payeurs et positionnement des études de cas

		Intégration de compétences par l'organisme payeur		
		Indemnisation	Concession	Régie
Régulation exercée sur l'organisme payeur	Puissance publique	Danemark <i>Patient Briefcase</i>	Italie <i>TELEMACO / PTP</i>	Etats-Unis <i>Veterans Affair</i>
	Concurrence régulée	Etats-Unis <i>Medicare</i>	Royaume-Uni <i>Whole System Demonstrator</i>	Espagne <i>Pays Basque espagnol</i>
	Système concurrentiel	Etats-Unis <i>"Indemnity Insurance Plans"</i>	Etats-Unis <i>"PPO / HMO Plans"</i>	Etats-Unis <i>"HMO Plans" Staff Model</i>

■ Cas étudiés. ■ Exemples identifiés hors étude.

Positionnement des études de cas

Nos études de cas portent essentiellement sur des systèmes de santé régulés par la puissance publique (Italie, Danemark, Département des Anciens Combattants des Etats-Unis). Chacun de ces cas correspond toutefois à un modèle d'intégration de compétences distinct.

Au Danemark, l'Etat prend en charge depuis 2011 les actes de téléconsultation liés à la fonction respiratoire, mais laisse les opérateurs de soins et fournisseurs technologiques organiser la prestation de soins.

En Italie, la région Lombardie a structuré un consortium d'acteurs privés pour mener à bien sa politique de développement de la télémédecine dans les zones reculées de son territoire.

Enfin, **aux Etats-Unis**, le système de santé des Vétérans de l'armée américaine, dépendant du Département fédéral des Anciens Combattants, a organisé au sein de son propre réseau de soins le plus grand programme de télémédecine au monde.

Les cas allemands et néerlandais étudiés se positionnent au centre de la matrice car ils s'inscrivent dans un contexte de compétition régulée par l'Etat des organismes payeurs publics (Allemagne) ou privés (Pays-Bas). Ces organismes payeurs organisent, avec les opérateurs de soins et les fournisseurs, la prise en charge de soins de télémédecine sous la forme de contrats de soins intégrés.

Cas particulier des environnements de compétition régulée

Les environnements de compétition régulée sont des univers dans lesquels l'organisme payeur principal (de droit public ou de droit privé) reçoit de la part de l'Etat des prérogatives de négociation avec les fournisseurs pour organiser la prise en charge des prestations de soins. Cette spécificité de délégation de compétences que l'on retrouve notamment aux Pays-Bas et en Allemagne, privilégie les modèles de concession, où l'organisme payeur organise et finance le parcours du patient, la plupart du temps sous la forme de contrats de soins intégrés.

Quel positionnement de la France ?

En France, le payeur principal du système de santé (l'assurance maladie) est un organisme régulé par la puissance publique dans un contexte non concurrentiel. L'assurance maladie exerce avant tout un rôle de financeur du système de santé par l'indemnisation des assurés en compensation d'une dépense de frais de soins de santé.

1 Intention de la scénarisation

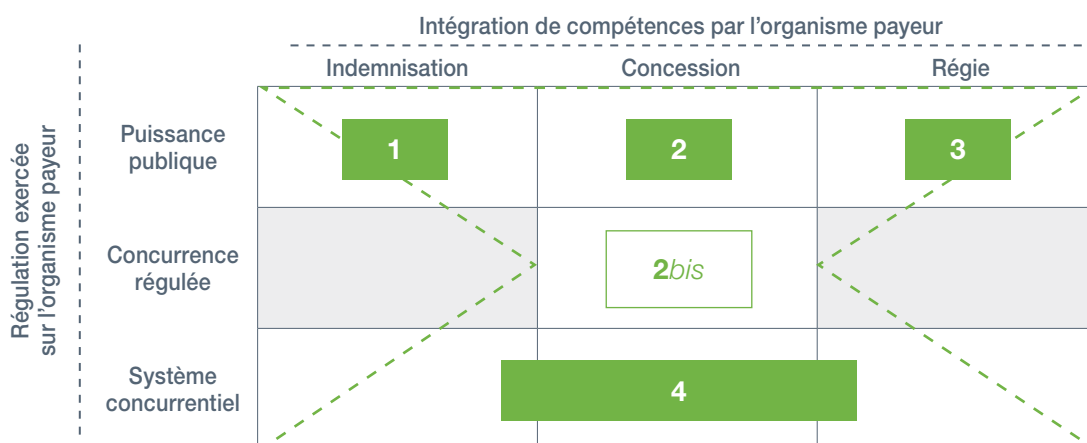
L'étude de cas internationaux et la segmentation des modèles de prise en charge de la télémédecine selon un profil « régulation / compétences » des organismes payeurs conduit à poser la question d'une transposition de modèle pour la France.

L'intention de l'exercice ne consiste pas à réaliser un travail prospectif, indiquant la voie dans laquelle la France serait amenée à s'engager compte tenu d'hypothèses de variations de l'environnement politique, économique, socio-culturel, technologique ou de santé publique, ni à préconiser un modèle plus qu'un autre.

Cette scénarisation entend « ouvrir le jeu » afin d'éclairer le champ des possibles et contribuer au débat sur le déploiement de la télémédecine en France. L'exercice, nécessairement stylisé, se concentre sur la transposition d'un jeu d'options sur des éléments de structure du système de santé français (gouvernance, régulation, financement de la dépense de santé, opérateurs de soins, ...). Dans le cadre de cette simulation, les paramètres des options déclinées ci-après constituent des variables agissant sur les conditions d'exercice de la télémédecine sans préjuger de la qualité de soins prodigués au patient.

2 Les options de modèle retenues

2.1 Caractérisation du champ des possibles



Reprenant la segmentation des modèles de prise en charge de la télémédecine précédemment étudiée, nous caractérisons le champ des possibles à l'intérieur du « sablier » représenté ci-dessus : nous n'étudierons en effet pas la transposition de modèles « indemnisation » ou « régie » dans l'environnement de compétition régulée, ce dernier favorisant les situations de type « concession » (cf. précédemment).

L'organisme payeur principal du système de santé français relève d'une régulation publique non concurrentielle. Par conséquent, nous étudierons une transposition de 3 scénarios principaux situés sur la couche haute du « sablier » :

- 1 Remboursement de la télémédecine
- 2 Modèle de soins intégrés
- 3 Réseau de soins public dédié

Deux autres scénarios impliquant un changement du mode de régulation de l'organisme payeur vers une privatisation organisée ou concurrentielle de la santé, seront enfin évoqués :

- 2bis Délégation de service public
- 4 Privatisation de la santé

2.2 Déclinaison des scénarios

■ Scénario 1 : Remboursement de la télémédecine

Description

L'organisme payeur rembourse tout ou partie des prestations de télémédecine inscrites au panier de soins national.

Etude de cas associée : Danemark.

Gouvernance

Un Etat garant de la santé publique, de l'accès aux soins et à l'innovation dans le cadre d'une stratégie nationale de santé

Dans une volonté de maîtriser la dépense de santé dans le champ des maladies chroniques, l'Etat fixe un cadre de priorités nationales de santé publique et définit des indicateurs d'efficacité du système de santé (ex : baisse des hospitalisations, hospitalisations évitables). La prise en charge des maladies chroniques fait l'objet d'une description de parcours de soins par la Haute Autorité de Santé, incluant des prestations de télémédecine.

Financement de la dépense de santé

La télémédecine remboursée par l'organisme payeur public

Le remboursement de tout ou partie de prestations de télé-suivi de maladies chroniques est intégré dans la nomenclature des produits et prestations remboursables par l'organisme payeur. Le type de remboursement est adapté selon la nature de la prestation et de l'organisation de soins nécessaire :

- Remboursement à l'acte d'une prestation ponctuelle (ex : téléconsultation psychiatrique, télé-expertise...).
- Remboursement au forfait d'un ensemble de prestations dans le cadre d'un protocole à durée déterminée (ex : télésurveillance quotidienne de la fonction cardiaque).
- Remboursement dans le cadre d'un Groupe Homogène de Séjour (GHS), si la prestation de télémédecine s'inscrit dans un suivi hospitalier.
- Les organismes payeurs complémentaires pourraient également se voir confier la prise en charge de tout ou partie d'un ticket modérateur, moyennant une redéfinition du partage des rôles entre assurance maladie obligatoire et complémentaire dans le champ des maladies chroniques.

Mise en œuvre

Une mise en œuvre relayée dans les territoires

Les priorités nationales sont déclinées au plan territorial en fonction de la stratification des populations et de la prévalence des pathologies en région. La stratification médicale permet de cibler les usages et besoins de télémédecine (préventif, curatif) à l'échelle d'un territoire. Les parcours de soins nationaux sont traduits en parcours de santé en lien avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et les associations de patients du territoire.

Les territoires deviennent également porteurs et organisateurs du système d'information de santé qui leur permet de piloter l'efficacité du suivi des patients chroniques, garant de l'évaluation des protocoles organisés sur les territoires de santé.

Remarque : dans l'hypothèse d'une décentralisation renforcée, la maîtrise des dépenses de santé et l'organisation des soins pourraient être transférées aux territoires, qui piloteraient des objectifs régionaux de dépenses de santé. La politique de santé et son financement relèveraient intégralement de compétences territoriales, les tarifs de remboursement pourraient être différenciés selon les spécificités des territoires.

Le médecin traitant en clé de voûte du parcours de soins

Le médecin traitant (ou dans certains cas, le spécialiste) joue le rôle de *gatekeeper* dans le cadre d'un contrat avec l'organisme payeur public. Il propose au patient une prise en charge de sa pathologie chronique par télémédecine en fonction de critères cliniques, comportementaux et sociaux. Il valide cliniquement l'inclusion du patient et suit l'évolution de son parcours de soins. Un dossier médical informatisé métier, interopérable avec le DMP, est l'outil de ce suivi médical.

Il contient les données de santé du patient recueillies dans le cadre de son télésuivi et les informations liées à son suivi social si nécessaire. Le patient est incité voire contraint à plus d'observance de son traitement pour veiller à son efficience économique. Le médecin traitant reçoit une rémunération additionnelle de l'organisme payeur principal pour la charge de télésuivi de son patient.

La libre prescription des dispositifs médicaux

Le médecin est libre de prescrire les biens et services de télémédecine inscrits au panier de soins national : dispositifs connectés, services de disease management, etc.

Des conditions d'accès au marché similaires aux produits conventionnels

Dans cette configuration, les conditions d'accès au marché des fournisseurs de biens et services de télémédecine sont similaires à celles des produits et services de santé conventionnels. Ces produits et services sont soumis à des exigences réglementaires et techniques selon les procédures en vigueur pour l'autorisation de mise sur marché (AMM).

Régulation et évaluation médico-économique du service de télémédecine rendu

Pour éviter la fraude ou l'explosion d'actes de télémédecine, l'organisme payeur public serait amené à valider la proposition du médecin généraliste d'engager un parcours de télémédecine. Cette phase d'évaluation de la pertinence-coût de l'inclusion pourrait être calculée sur les demandes préalables de prise en charge de certains actes ou de passage en ALD.

L'évaluation médico-économique du télésuivi des pathologies chroniques serait alors réalisée par un corps de contrôle public indépendant d'après les schémas d'évaluation constatés dans les modèles référents, par exemple : analyse de l'efficacité clinique, de la satisfaction du patient, de l'efficacité coût par rapport à un traitement conventionnel etc. Cette évaluation permettrait notamment d'aménager annuellement la nomenclature de remboursement des prestations de télémédecine le cas échéant.

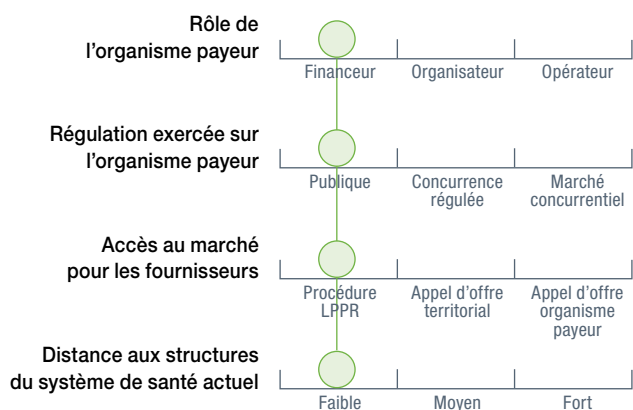
Synthèse

Ce scénario, s'il permet de solutionner le financement de la télémédecine, répond peu aux difficultés posées par l'éclatement des structures de gouvernance et de pilotage du système de santé, ainsi qu'aux enjeux de décloisonnement de ce dernier. Dans un environnement de santé similaire à celui que nous connaissons, la télémédecine est utilisée comme un substitut à la prise en charge conventionnelle en misant sur son efficience médico-économique.

Points d'appui en France

- La proximité du modèle de financement par remboursement avec le système actuel français.
- Le paiement à la performance des médecins qui permettrait de mettre en place des primes spécifiques
- Les « consultations longues » qui pourraient être utilisées pour rémunérer les consultations de télémédecine.

Profil du scénario



Questions soulevées

- La description du parcours de santé et de télésuivi fixe-t-elle l'organisation et la coordination des acteurs de soins pour en déterminer le remboursement ?
- L'investissement dans les plateformes de télésuivi doit-il être intégré dans la fixation du prix ? son fonctionnement ?
- La fixation du prix peut-elle être adaptée à un service intégrant une technologie, notamment pour la prise en charge des professionnels qui assurent le télésuivi (professionnels de santé ou superviseurs non médicaux) ?

Scénario 2 : modèle de soins intégrés

Description

L'organisme payeur public finance la dépense de télémédecine dans le cadre d'un modèle de soins intégrés dont il pilote l'organisation en s'appuyant sur un réseau d'opérateurs tiers.

Etudes cas associées : Italie, Allemagne, Pays-Bas.

Gouvernance

Un Etat garant de la santé publique, de l'accès aux soins et à l'innovation dans le cadre d'une stratégie nationale de santé

Comme dans le précédent scénario, dans une volonté de maîtriser la dépense de santé dans le champ des maladies chroniques, l'Etat fixe un cadre de priorités nationales de santé publique et définit des indicateurs d'efficacité du système de santé (ex : baisse des hospitalisations, hospitalisations évitables). La prise en charge des maladies chroniques fait l'objet d'une description de parcours de soins incluant des prestations de télémédecine par la Haute Autorité de Santé.

Financement de la dépense de santé

L'organisme payeur public couvre tout ou partie des dépenses de santé engagées par les acteurs du parcours de santé (prestataires de disease management, fournisseurs technologiques, professionnels de santé, gestionnaires de flux...). Le coût de la prise en charge est alors défini de façon globale par patient, avec les offreurs de soins et les prestataires impliqués dans le parcours de santé du patient malade chronique, pour un ensemble de prestations de soins et une durée correspondant aux protocoles de soins.

Ce financement peut inclure une enveloppe de paiement à la performance des offreurs de soins (médecins ou établissements hospitaliers), déclenchée par l'organisme payeur selon l'atteinte d'objectifs de conformité du protocole. En lieu et place du paiement à la performance, un mécanisme de partage d'économies réalisées peut être instauré entre l'organisme payeur et les offreurs de soins.

Dans ce schéma, les organismes payeurs complémentaires pourraient se voir confier la prise en charge de tout ou partie du financement du contrat de soins intégré, notamment s'ils interviennent en tant que prestataires du contrat (ex : coordination des soins, prévention etc.).

Mise en œuvre

Une mise en œuvre déléguée aux territoires

Les priorités nationales sont déclinées au plan territorial en fonction de la stratification des populations et de la prévalence des pathologies en région. La stratification médicale permet de cibler les usages et besoins de télémédecine (préventif, curatif) à l'échelle d'un territoire. Les parcours de soins nationaux sont traduits en parcours de santé en lien avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et les associations de patients.

Les territoires sont chargés d'organiser la mise en œuvre des parcours de santé. Ils contractualisent avec des opérateurs de soins et des fournisseurs de biens et services médicaux, publics ou privés, à qui ils délèguent tout ou partie de l'exécution des parcours « maladies chroniques » dans le cadre de contrats de soins intégrés, négociés avec l'organisme payeur public.

Remarque : dans l'hypothèse d'une décentralisation renforcée, les différences de construction du contrat de soins intégrés d'une région à l'autre pourraient amener à différencier les coûts des parcours de santé selon les territoires.

Le médecin traitant toujours impliqué

Le médecin traitant (ou dans certains cas, le spécialiste) joue le rôle de *gatekeeper* du parcours de télémédecine : il valide cliniquement l'inclusion du patient et suit l'évolution de son parcours. Un dossier médical informatisé métier, mis à disposition par un prestataire du contrat de soins intégrés, est l'outil de ce suivi médical, qui contient les données de santé du patient recueillies dans le cadre de son télé-suivi et les informations liées à son suivi social si nécessaire. Le patient est incité voire contraint à plus d'observance de son traitement pour veiller à l'efficacité économique de ce dernier.

La prescription de dispositifs médicaux référencés dans le contrat de soins intégrés

Les dispositifs médicaux du patient peuvent être proposés, parmi les produits référencés dans le contrat, par le médecin traitant ou l'opérateur de coordination de soins du contrat.

Pour les fournisseurs, un accès au marché par appel d'offre territorial

Les fournisseurs de biens et services médicaux répondent à des marchés passés par les territoires. Ils sont chargés de mettre en place les technologies et les ressources pour assurer le service de télémédecine dans les conditions opérationnelles et financières prévues par le contrat de soins.

Régulation et évaluation médico-économique du service de télémédecine rendu

Pour éviter la fraude ou l'explosion d'actes de télémédecine, l'organisme payeur public serait amené à valider la proposition du médecin généraliste d'engager un parcours de télémédecine. Cette phase d'évaluation de la pertinence-coût de l'inclusion pourrait être calquée sur les demandes préalables de prise en charge de certains actes ou de passage en ALD.

L'évaluation médico-économique du télé-suivi des pathologies chroniques serait alors réalisée par un corps de contrôle indépendant d'après les schémas d'évaluation constatés dans les modèles référents, par exemple : analyse de l'efficacité clinique, de la satisfaction du patient, de l'efficacité coût par rapport à un traitement conventionnel etc. Cette évaluation permet notamment d'aménager annuellement le montant de prise en charge du contrat de soins intégrés.

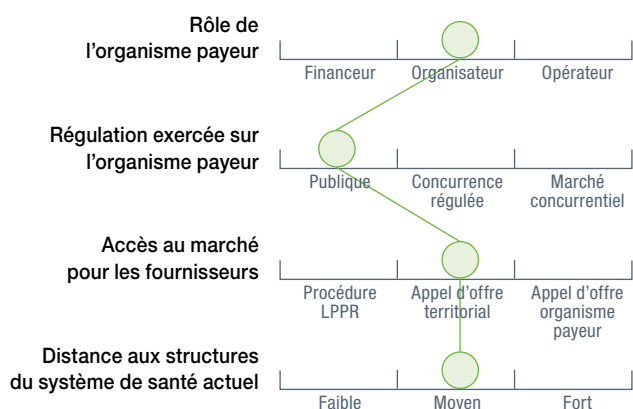
Synthèse

Le modèle de contrat de soins intégrés apporte une réponse aux questions du financement de la dépense des soins de télémédecine et de leur organisation dans le champ des maladies chroniques. La contractualisation pilotée par les territoires entre fournisseurs, opérateurs de soins et payeur public permet de créer les conditions d'un déploiement plus souple de la télémédecine. Ce modèle permet également de structurer le parcours de santé de façon intégrée et confère à l'organisme payeur une meilleure visibilité sur les conditions du financement de la dépense de santé ainsi que sur la pertinence médico-économique du parcours de santé. S'agissant de ce type de parcours, un pilotage territorial offre une meilleure maîtrise de la qualité de coordination sanitaire et médico-sociale au plan local. Pour les fournisseurs de biens et services de santé, cette option facilite la structuration d'une offre à potentiel de déploiement national.

Points d'appui en France

- La mise en place des ARS et leur action décloisonnée sur le champ du sanitaire et du médico-social.
- La montée en puissance de la notion de parcours de santé.

Profil du scénario



Questions soulevées

- Le financement au parcours de soins suppose la fongibilité des enveloppes Ville/Hôpital/médico-social et un pilotage unique : une révolution possible ?
- Quelle place est laissée au libre choix du patient de passer par tel ou tel opérateur pour "son parcours" ? Le payeur public, notamment dans le cadre d'une organisation régionale, doit-il forcément choisir plusieurs opérateurs pour garantir un choix au patient ?
- Comment prendre en compte les patients pluripathologiques pour la fixation du forfait par patient ?
- Quelle exigence d'interopérabilité envisager compte tenu de solutions technologiques différentes entre les territoires et au sein d'un territoire sur la durée (renouvellement d'appel d'offre) ?
- La responsabilité du choix du matériel doit-elle être celle du médecin ou peut-elle être confiée au gestionnaire de soins du contrat ?

Scénario 2bis : contexte de délégation de service public aux assureurs de droit privé

Dans le cadre d'une réforme de l'Assurance maladie, l'Etat délègue la gestion du risque « maladie chronique » aux assureurs de droits privés.

Dans ce contexte, l'Etat reste garant de la santé publique, de l'accès aux soins et à l'innovation dans le cadre d'une stratégie nationale de santé. Il définit un panier de soins fonctionnel dans le champ des maladies chroniques, dont les assureurs doivent organiser la mise en œuvre dans une logique de contrats de soins intégrés, en lien avec les opérateurs de soins. Pour éviter la sélection de risque, une caisse de péréquation nationale est constituée.

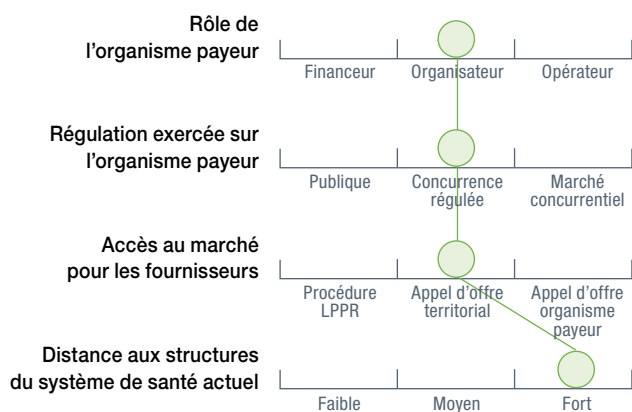
A l'exception du fait que les organismes payeurs sont soumis à un environnement de concurrence régulée, les mécanismes de financement de la dépense de télémédecine et de mise en œuvre sont équivalents au scénario 2.

Cette variante implique une transformation de structure de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Inspirée des réformes menées aux Pays-Bas, cette option reprend les fondamentaux du modèle de soins intégrés et de la négociation entre organisme payeur, fournisseurs et opérateurs de soins dans un contexte de concurrence régulée d'assureurs de droit privé.

Points d'appui en France

- La mise en place des ARS et leur action décloisonnée sur le champ du sanitaire et du médico-social.
- La montée en puissance de la notion de parcours de santé.
- La généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés prévue par l'ANI de janvier 2013.

Profil du scénario



Questions soulevées

- Le financement au parcours de soins suppose la fongibilité des enveloppes Ville/Hôpital/médico-social et un pilotage unique : une révolution possible ?
- Quelle place est laissée au libre choix du patient de passer par tel ou tel opérateur pour "son parcours" ? Le payeur public, notamment dans le cadre d'une organisation régionale, doit-il forcément choisir plusieurs opérateurs pour garantir un choix au patient ?
- Comment prendre en compte les patients pluripathologiques pour la fixation du forfait par patient ?
- Quelle exigence d'interopérabilité envisager compte tenu de solutions technologiques différentes entre les territoires et au sein d'un territoire sur la durée (renouvellement d'appel d'offre) ?
- La responsabilité du choix du matériel doit-elle être celle du médecin ou peut-elle être confiée au gestionnaire de soins du contrat ?
- Quelles conséquences implique l'évolution du business model des assureurs (de complémentaire santé à gestionnaire de risque santé) sur le marché actuel de l'assurance complémentaire santé ?

Scénario 3 : réseau de soins public dédié

Description

L'organisme payeur public constitue un réseau de soins exclusivement consacré aux patients souffrant de maladies chroniques, en complément de l'offre de soins nationale.

Etude cas associée : Etats-Unis (CCHT-Veterans).

Gouvernance

Une politique nationale « maladies chroniques », un réseau territorial opérateur public dédié

L'Etat instaure une politique nationale visant à améliorer la prise en charge des maladies chroniques et constitue un système de soins dédié en complément de l'offre de soins nationale.

L'organisation de ce système de santé « maladies chroniques » reposerait d'une part sur une gouvernance nationale, en charge des normes, des protocoles, de la budgétisation, de la répartition de l'offre de soins sur les territoires, de la gestion des compétences et de la politique d'achat du système de santé.

L'Etat confie à l'organisme payeur public le pilotage d'un réseau de soins exclusivement dédié à la prise en charge des maladies chroniques. Le territoire serait découpé en unités territoriales opérateurs de soins et de télésuivi, en charge d'un budget de fonctionnement calibré selon la stratification médico-sociale du territoire.

Ce réseau de soins « maladies chroniques » internalise l'ensemble des compétences du parcours de santé : prévention, réalisation des soins, disease management.

Financement de la dépense de santé

Le remboursement de tout ou partie de prestations de télésuivi de maladies chroniques est intégré dans la nomenclature des produits et prestations remboursables du système de santé « Maladies Chroniques ». Le type de financement est adapté selon la nature de la prestation et de l'organisation de soins nécessaire (remboursement à l'acte, au forfait, GHS, contrat de soins intégrés etc.).

Les organismes payeurs complémentaires pourraient également se voir confier la prise en charge de tout ou partie d'un ticket modérateur, moyennant une redéfinition du partage des rôles entre assurance maladie obligatoire et complémentaire dans le champ des maladies chroniques.

Mise en œuvre

Une gestion décentralisée et l'internalisation de compétences de care management

Le système de santé est découpé en territoires de gestion chargés d'appliquer des objectifs de santé liés à la stratification médicale de sa population.

Des réseaux de soins ville-hôpital sont organisés par les territoires au plan local pour fluidifier la prise en charge sanitaire et médico-sociale du patient malade chronique. L'offre de soins évolue vers une démarche axée sur l'ambulatoire pour optimiser les ressources hospitalières publiques mobilisées dans le cadre du réseau « maladies chroniques ». Pour accompagner cette politique ambulatoire, le recours à des solutions de télémédecine dans le cadre des parcours de santé est encouragé.

Le réseau se dote d'une compétence de care management internalisée et déploie une infrastructure informatique de santé dédiée.

Le médecin traitant toujours impliqué

Le médecin traitant (ou dans certains cas, le spécialiste) joue le rôle de *gatekeeper* du parcours de télémédecine : il valide cliniquement l'inclusion du patient dans le réseau « maladies chroniques » et suit l'évolution de son parcours. Le dossier médical informatisé du réseau de soins est l'outil de ce suivi médical, qui contient les données de santé du patient recueillies dans le cadre de son télésuivi et les informations liées à son suivi social si nécessaire.

Un choix de dispositifs médicaux resserré

Le système de santé dispose d'une centrale d'achats fonctionnant pour l'ensemble de son réseau. De ce fait, les fournisseurs de biens et services de télémédecine sont alors référencés via des appels d'offre à l'échelle du réseau. La prescription des dispositifs médicaux s'effectue d'après les équipements référencés par la centrale d'achat.

Un accès au marché centralisé au plan national

L'accès au marché est conditionné par des appels d'offre nationaux du système de santé « maladies chroniques » pour le référencement de fournisseurs sur des durées déterminées. La centralisation des achats par l'assureur public permet de faire jouer un levier de volume aussi bien au profit des fournisseurs (économies d'échelle) que des bénéficiaires (négociations de tarifs).

Régulation et évaluation médico-économique

L'inclusion d'un patient au sein du réseau est validée par l'organisme payeur public. Cette phase d'évaluation de la pertinence-coût de l'inclusion pourrait être calquée sur les demandes préalables de prise en charge de passage en ALD.

La performance organisationnelle du système de santé est à la main des territoires, en fonction des objectifs fixés. L'Etat mandate des audits externes de la performance médico-économique du système, pour s'assurer de son efficacité par rapport à l'offre de soins nationale.

Synthèse

Ce scénario existe en France, il se rapproche d'une généralisation poussée de la logique Sophia ou Prado, programmes conçus, financés et opérés par la CNAMTS.

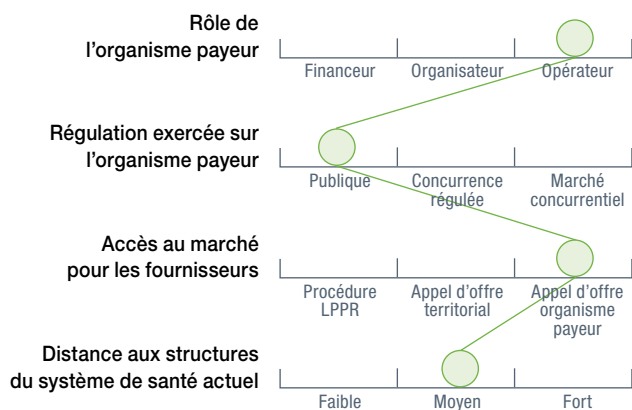
Cette option de modèle répond aux enjeux du financement de la dépense de télémédecine et de l'organisation de soins. En créant un système de santé exclusivement consacré aux maladies chroniques, l'Etat se dote d'un réseau de soins intégrés autonome spécialisé, doté de moyens et de ressources propres.

Pour les fournisseurs de biens et services de santé, l'interlocuteur de marché serait unique.

Points d'appui en France

- L'expérience de programmes existants (dont Sophia).
- Le statut de la CNAM qui lui permet de mettre en œuvre des programmes en les finançant directement.

Profil du scénario



Questions soulevées

- L'opportunité de constituer un réseau de soins public dédié aux maladies chroniques et piloté par le payeur principal doit être questionnée.
- De même, le libre choix du patient à intégrer ou non ce type de structure, n'est plus possible.
- Cependant, au-delà de la logique de réseau fermé, l'idée d'une prise en charge « spécialiste » et adaptée aux exigences de soins des maladies chroniques, fait écho aux projets de mise en place de parcours de santé.

Scénario 4 : privatisation de la santé

Description

Placé sous contrainte forte de dépense publique, l'Etat décide de se retirer significativement du financement des dépenses de santé, au profit d'assureurs privés en concurrence.

Cas associés : Etats-Unis (cas HMO-PPO, non étudié)

Gouvernance

L'Etat reste garant de la stratégie de santé publique

L'Etat fixe un cadre de priorités nationales de santé publique et définit des indicateurs d'efficacité du système de santé. La prise en charge des maladies chroniques fait l'objet d'une description de parcours de soins incluant des prestations de télémédecine par la Haute Autorité de Santé.

Financement de la dépense de santé

Dans ce contexte, la dépense de santé est financée majoritairement par l'assurance privée. L'organisme payeur public se concentre sur le financement de minima sociaux.

Dans le champ des maladies chroniques, l'organisme payeur privé couvre tout ou partie des dépenses de santé engagées par les acteurs du parcours de santé (prestataires de disease management, fournisseurs technologiques, professionnels de santé, gestionnaires de flux...). Le coût de la prise en charge est défini de façon globale par patient, avec les offreurs de soins et les prestataires impliqués dans le parcours de santé du patient malade chronique, pour un ensemble de prestations de soins et une durée correspondant aux protocoles de soins.

Ce financement peut inclure une enveloppe de paiement à la performance des offreurs de soins (médecins ou établissements hospitaliers), déclenchée par l'organisme payeur privé selon l'atteinte d'objectifs de conformité avec le protocole. En lieu et place du paiement à la performance, un mécanisme de partage des économies réalisées peut être instauré entre l'organisme payeur et les offreurs de soins.

Mise en œuvre

Une mise en œuvre accompagnée par les territoires

Le modèle opérationnel des organismes payeurs évolue vers la gestion de soins de santé. Les organismes payeurs privés sont chargés d'organiser la mise en œuvre des parcours de santé en lien avec les territoires, lesquels organisent le relais et la coopération entre acteurs sanitaires et médico-sociaux au plan local. Les assureurs contractualisent avec des opérateurs de soins et des fournisseurs de biens et services médicaux privés à qui ils confient tout ou partie de l'exécution des parcours de santé au plan territorial dans le cadre de contrats de soins intégrés.

Le médecin traitant toujours impliqué

Le médecin traitant joue le rôle de *gatekeeper* du parcours de télémédecine : il valide cliniquement l'inclusion du patient et suit l'évolution de son parcours. Un dossier médical personnalisé, mis à disposition par un prestataire du contrat de soins intégré de l'assureur du patient, est l'outil de ce suivi médical, qui contient les données de santé du patient recueillies dans le cadre de son télésuivi et les informations liées à son suivi social si nécessaire. Le patient est incité voire contraint à plus d'observance de son traitement pour veiller à son efficacité économique.

La prescription de dispositifs médicaux référencés par le contrat de soins intégrés

Les dispositifs médicaux du patient peuvent être proposés, parmi les produits référencés dans le contrat, par le médecin traitant ou l'opérateur de coordination de soins du contrat.

Pour les fournisseurs, un accès au marché par appel d'offre de l'organisme payeur privé

Les fournisseurs de biens et services médicaux répondent à des marchés passés par les organismes payeurs privés. Ils sont chargés de mettre en place les technologies et les ressources pour assurer le service de télémédecine dans les conditions opérationnelles et financières prévues par le parcours de santé.

Régulation et évaluation médico-économique du service de télémédecine rendu

La régulation de la dépense de santé est le fait de l'organisme payeur privé qui valide la pertinence médico-économique de la demande d'inclusion formulé par le médecin traitant. L'évaluation médico-économique du télé-suivi est réalisée par un organisme de contrôle tiers.

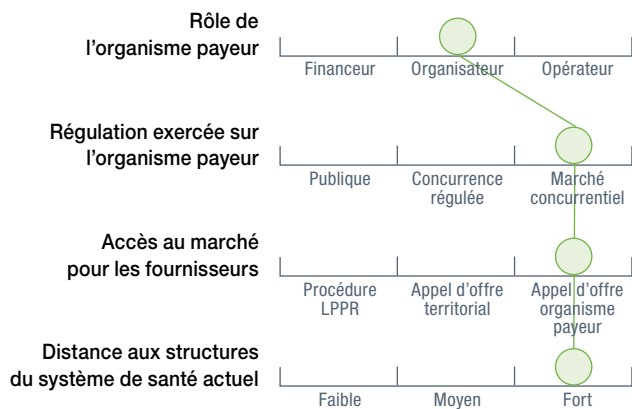
Synthèse

Cette configuration implique une transformation profonde du paysage de la santé en France. Si elle répond aux enjeux de financement de la télémédecine et d'organisation du parcours de santé, son éloignement des fondamentaux du système de santé français questionne la probabilité et la faisabilité de ce type de scénario.

Points d'appui en France

- Faibles : les prérequis contextuels sont éloignés des fondamentaux du modèle social français.

Profil du scénario



Questions soulevées

- Quel est le risque sur le coût de la dépense de santé, la sélection de risques et l'égalité d'accès aux soins ?
- Peut-on renoncer aux fondamentaux du modèle français de protection sociale ?

2.3 Synthèse des scénarios d'options

	Scénario 1	Scénario 2 et 2bis	Scénario 3	Scénario 4	
	Remboursement de la télémédecine L'organisme payeur public rembourse tout ou une partie des prestations au panier de soins national.	Modèle de soins intégrés L'organisme payeur public finance la dépense de télémédecine dans le cadre d'un parcours de santé dont il pilote l'organisation en s'appuyant sur un réseau d'opérateurs tiers.	Réseau de soins public dédié L'organisme payeur public constitue un réseau de soins exclusivement consacré aux patients souffrant de maladies chroniques, en complément de l'offre de soins nationale.	Privatisation de la santé L'organisme payeur public se retire significativement de la dépense de santé au profit d'assureurs privés en concurrence.	
GOUVERNANCE	Contexte politique	L'Etat fixe un cadre de priorités nationales de santé publique et définit des indicateurs d'efficacité du système de santé. La prise en charge des maladies chroniques fait l'objet d'une description de parcours de soins incluant des prestations de télémédecine.		Mise en œuvre d'une politique nationale visant à améliorer la prise en charge des maladies chroniques.	Sous contrainte forte de dépense publique, l'Etat se retire significativement du financement de la dépense santé
FINANCEMENT	Modalité de financement de la dépense	Nomenclature organisme payeur public.	Tarif négocié entre l'organisme payeur public et les opérateurs du contrat de soins intégrés.	Nomenclature du système de santé.	Nomenclature organisme payeur privé ou tarif négocié entre l'organisme payeur privé et les opérateurs d'un contrat de soins intégrés.
	Mode d'accès au marché	Référencement panier de soins national de l'organisme payeur public.	Appel d'offre organisme payeur.	Centrale d'achat organisme payeur public.	Appel d'offre organisme payeur privé.
MISE EN ŒUVRE	Gatekeeping et suivi du patient	Médecin traitant ou spécialiste.			
	Coordination du parcours de soins	Médecin traitant ou prestataire référencé par l'organisme payeur public.	Opérateur du contrat de soins intégrés.	Organisme payeur public.	Opérateur du contrat de soins intégrés ou organisme payeur privé.
	Régulation de la dépense	Organisme payeur public.			Organisme payeur privé.
	Evaluation médico-économique	Organisme de contrôle public tiers.			Organisme de contrôle tiers public ou privé.

2.4 Peut-on imaginer un système basé sur une logique de marché de grande consommation ?

Un dernier scénario, uniquement prospectif celui-ci et volontairement écarté dans les cas étudiés, pourrait être basé sur un rôle renforcé du citoyen dans la prise en charge de sa santé. Informé, éduqué, équipé de technologies lui permettant de s'auto-suivre et de mesurer ses propres constantes, accédant à des services de suivi en ligne qu'il choisit, ce « super e-patient » finance pour une grande partie sa prise en charge et soutient un marché tourné vers l'innovation et la consommation de masse.

La part des dépenses publiques pour la santé décroît, ne prenant en charge que les patients n'ayant pas d'accès à ces technologies et programmes. L'Etat garantit la qualité et la sécurité pour les patients dans un environnement mouvant et déréglementé.

Les fournisseurs s'organisent et créent des chaînes de valeur innovantes, ils ont accès aux données médico-économiques des patients qui sont moins attachés à une confidentialité absolue et évaluent leurs solutions pour rester compétitifs.

Ce scénario, s'il est impensable aujourd'hui en France notamment vis-à-vis des patients en ALD et en termes d'égalité devant l'accès aux soins, permet toutefois de souligner le rôle clé du citoyen-patient, l'importance de son comportement et l'évolution peu prévisible mais inéluctable des usages des technologies numériques pour la santé.

Les études de cas à l'international sont riches d'enseignements. Elles permettent d'établir une typologie de plusieurs modèles économiques de télésuivi des maladies chroniques viables parce qu'éprouvés, et fournissent des informations sur les facteurs clés de succès de ces organisations. Elles apportent des éclairages en termes de structuration des démarches de déploiement sur le plan opérationnel et financier (par ex : coûts des services déployés, gains économiques recensés par les acteurs). Elles apportent enfin des informations précieuses du point de vue méthodologique, dès l'instant que l'on considère les conditions de transférabilité de ces cas dans le contexte français.

Parmi les différents scénarios qu'il semble possible de retenir pour la France sur la base de ces études de cas, **Syntec Numérique et le SNITEM identifient les scénarios 1, 2 et 3 comme les plus pertinents**, compte tenu des spécificités actuelles du marché français et du positionnement des acteurs de l'écosystème.

Le scénario 4 est plus éloigné du système de santé français et des valeurs fortes d'égal accès aux soins pour tous. Toutefois, dans le cadre de la prise en charge de patients en ALD ou dépendantes, populations particulièrement lourdes en termes de dépenses de santé, il pourrait être une alternative crédible dans le cadre d'accords négociés entre assureurs complémentaires santé et branches professionnelles par exemple.

Quel que soit le scénario retenu, 2 facteurs clés sont indispensables à la réussite de sa mise en œuvre : l'adhésion massive des professionnels de santé, au-delà de quelques précurseurs, et l'impulsion donnée par le payeur public, qui a seul la capacité à donner l'envergure attendue.

Le rôle clé des professionnels de santé

La télémédecine ne peut se déployer sans un portage partagé des projets avec les professionnels de santé. Que ce soit dans l'écriture de protocoles, dans leur mise en œuvre sur le terrain ou dans la coordination des acteurs tout au long du parcours de vie du patient, seule leur implication - et leur intéressement souhaitable à la démarche - pourra permettre de faire émerger des solutions innovantes du point de vue des patients. Cette évolution des pratiques devra s'accompagner nécessairement d'un effort significatif en termes de conduite du changement.

L'implication du payeur public dans la structuration de la filière

Tout au long de l'étude qui a été menée, le rôle plus ou moins direct de l'organisme payeur public dans la mise en œuvre opérationnelle des services de télémédecine apparaît structurant pour le développement de la télémédecine à grande échelle en France . Ainsi, dans le scénario 3 de régie publique, le seul marché susceptible d'exister est celui de fournisseur de technologies pour la CNAMTS. Il n'y aurait alors pas de place pour des opérateurs de services intégrant un processus et des ressources pour mettre en place un programme.

Si la CNAMTS privilégie des approches de télésuivi orientées essentiellement « ressources humaines » et peu « technologies », les acteurs du numérique et des dispositifs médicaux ne seront pas en mesure de connaître la dynamique de marché constatée hors de France. Les programmes les plus développés à l'international prennent en compte les bénéfices offerts par les technologies les plus avancées qui permettent, dans une logique d'enrichissement des métiers et de recherche d'efficacité, d'utiliser les ressources humaines à meilleur escient (approche « high tech - high touch » à l'œuvre notamment aux Etats-Unis chez les payeurs à la pointe du déploiement de ces services).

Pour central que soit le rôle du payeur public dans la structuration future des démarches de déploiement du télésuivi des maladies chroniques, deux facteurs essentiels sont à considérer pour permettre le développement d'une véritable filière leader en matière de télémédecine.

Le facteur temps :

Dans le droit fil des conclusions du précédent livre blanc Télémédecine 2020, l'ambition de constituer en France à l'horizon d'une dizaine d'années un marché de taille conséquente, porteur de croissance et de création d'emplois, requiert une démarche volontariste menée en parallèle sur plusieurs axes thérapeutiques, et non une démarche d'exécution séquentielle, limitative par construction.

Ce constat conduit Syntec Numérique et le SNITEM à considérer qu'il faut a minima envisager une combinaison de scénarios déployés simultanément et rapidement, ce qui au demeurant leur paraît justifié par le fait que les contextes de prise en charge varient fortement d'un domaine thérapeutique à l'autre.

La dimension marché :

Les acteurs industriels ont aujourd'hui besoin d'avoir plus de visibilité sur leur chance d'accès à un véritable marché national et de connaître le positionnement des donneurs d'ordre publics. Le défaut de visibilité est aujourd'hui un facteur de blocage majeur pour l'essor des activités de télémédecine en France. Dans pareil contexte, les industriels ne peuvent pas engager les investissements importants que requiert le déploiement de la télémédecine à grande échelle, à fortiori dans une démarche où des évaluations multidimensionnelles d'envergure sont de mise.

Sans la possibilité d'une solvabilité plus rapide sur le marché français, il est certain que les solutions développées seront moins robustes pour affronter la compétition internationale face aux modèles étrangers qui auront pu bénéficier de déploiements significatifs de leurs offres sur leur marché domestique.

La France hésite à lancer des programmes d'envergure alors qu'à l'international des assureurs s'inscrivent déjà dans des programmes d'adoption massive de produits et de services de télémédecine. Ainsi selon une étude récente d'InMedica, environ 308 000 patients seraient télésuivis dans le monde en 2012 dans les domaines de l'insuffisance cardiaque, de la BPCO, du diabète, de l'hypertension artérielle et des maladies mentales. Les Etats-Unis représentent 75% de ce total (227 000 patients), suivis par le Royaume-Uni, l'Allemagne et la Chine. Le cabinet anticipe une forte croissance sectorielle dans les années à venir (+ 600% en 5 ans aux Etats-Unis) et prévoit qu'environ 1,8 millions de patients seront télésuivis dans le monde en 2017.

Au regard de ces perspectives de développement, les acteurs qui ont déjà investi en France dans des projets de télémédecine depuis de nombreuses années ont du mal à imaginer que des nouveaux modes de remboursement n'existeront au mieux que dans 2-3 ans, voire à plus longue échéance.

Dans une logique d'appels d'offres publics (scénarios 2 et 3), il serait clé selon eux, ne serait-ce que pour encourager le développement d'une filière française, que des appels d'offres publics s'inscrivent dans des approches davantage technologiques et favorables au tissu industriel.

Les industriels de santé sont plus que jamais mobilisés et prêts à agir dans une logique de filière avec les autres acteurs – pouvoirs publics, représentants des professions de santé et des usagers - afin de définir les trajectoires les plus pertinentes pour que la France ne perde pas une occasion historique de jouer un rôle industriel majeur sur un secteur à très fort potentiel.

Recommandations

A l'issue de leurs analyses et tirant les enseignements des expériences étrangères, Syntec Numérique et le SNITEM préconisent l'adoption d'une démarche concertée et volontariste des parties prenantes pour la mise en œuvre de plans d'actions tournés vers des réalisations concrètes et évaluables.

Recommandation 1 : obtenir un soutien politique fort au plus haut niveau de l'Etat en faveur du déploiement de la filière télémédecine.

David Cameron a donné l'exemple en affichant publiquement son ambition de faire du Royaume-Uni un pays leader dans la compétition mondiale pour les biens et services de télémédecine. Le programme « *3 million lives* » est à cet égard emblématique .

Les industriels de la santé appellent à une impulsion forte, portée par le Président de la République lui-même, qui fixerait un cap clair aux acteurs nationaux dans le cadre d'un développement de ce nouveau secteur industriel à très fort potentiel de croissance.

Une impulsion décisive pourrait être apportée dans le cadre des travaux du sixième CSIS (Conseil Stratégique des Industries de Santé) ainsi que dans le cadre de la prochaine Loi sur la Dépendance pour favoriser le maintien à domicile des personnes fragiles.

Recommandation 2 : intégrer les apports du numérique dans les projets pilotés par la CNAMTS

Les technologies, notamment les plus avancées, qui embarquent un savoir-faire médical et professionnel (dispositifs médicaux intelligents, logiciels et systèmes d'aide à la décision thérapeutique...) permettent d'optimiser le recours aux ressources humaines rares et onéreuses. Dans l'optique d'optimiser la performance des futurs programmes de services aux assurés en tirant le meilleur profit des solutions numériques, les représentants des industriels se tiennent prêts à coopérer avec les équipes de la CNAMTS en charge des projets de disease management et de télémédecine, notamment à l'occasion des travaux d'élaboration de la prochaine COG 2014-2017 du second trimestre 2013.

Recommandation 3 : lancer le déploiement de « projets champions » dans plusieurs domaines thérapeutiques, sur une échelle inter-régionale ou nationale, en intégrant de nouveaux modes de financement et un cadre d'évaluation multidimensionnelle.

Cette recommandation est associée à des suggestions de mode opératoire :

- Repérer les projets champions dans l'optique de les accompagner dans leur déploiement au niveau régional, interrégional et national. Les pilotes existent. Sociétés savantes, industriels et pouvoirs publics se sont déjà concertés pour les mettre en place. Ils pourraient maintenant passer à un stade de généralisation qui permette de donner une taille conséquente aux cohortes suivies, d'avoir des méthodologies d'évaluation fiable et de tester des modalités de financements innovants.
- Soutenir les projets ayant trait aux maladies chroniques les plus lourdes (BPCO, diabète, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque par exemple), déjà repérés comme porteurs en termes de santé publique et de terreau industriel.
- Offrir la possibilité aux parties prenantes de définir en commun les territoires et les scénarios organisationnels et de financement choisis. Sociétés savantes, professionnels de santé et industriels seraient appelés à créer des « *business cases* » partagés pour déployer des programmes à grande échelle. Ils proposeraient aux pouvoirs publics une trajectoire tenant compte des stratifications de la population, des aires thérapeutiques et des scénarios retenus. Cette étape devrait permettre de déterminer un cadre de contractualisation fixant les résultats attendus, les indicateurs d'évaluation et les modes de financement cible.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

- Lancer le déploiement sélectif et encadré de ces projets, avec de premiers nouveaux financements préfigurateurs (pour les services amenés à se développer selon les scénarios 1 ou 2). Cette recommandation entend dénouer les blocages qui, en l'état actuel des choses, ne permettent pas aux industriels de mobiliser les investissements nécessaires au déploiement à plus grande échelle au-delà d'expérimentations loco-régionales. Il s'agirait concrètement de promouvoir, par voie de décision interministérielle, le déploiement dans les territoires de plusieurs projets figurant actuellement parmi les plus avancés dans une trajectoire d'industrialisation, selon une logique de donnant-donnant entre opérateurs et pouvoirs publics.
- La mise en œuvre par la puissance publique, dès 2014, de nouveaux modes de prise en charge (par ex : « forfaits innovation télémédecine » préfigurateurs dans certains domaines thérapeutiques) serait instaurée dans un contexte régulé. Par exemple, en Italie dans le projet Telemaco, des volumétries plafonds de bénéficiaires des programmes sont fixés pour les opérateurs sur une période d'inclusion prédéfinie.
- Evaluer l'impact de ces déploiements selon une démarche rigoureuse, indépendante et multidimensionnelle (prise en compte des aspects clinique, économique, organisationnel et des usages), permettrait de statuer, à un horizon de 2-3 ans, sur la pérennisation et la généralisation de ces nouveaux modes de financement en fonction de l'atteinte d'indicateurs de performance objectivés en amont.

Concrètement, cette recommandation pourrait être mise en action à travers plusieurs des dispositifs annoncés :

- Le Contrat de Filière Industries de Santé, dont l'élaboration est planifiée pour mi-2013. Celui-ci pourrait intégrer des accords donnant-donnant entre industriels et pouvoirs publics. Dès maintenant, les acteurs industriels sont prêts à s'engager et à mettre en place des partages d'investissements et de risque, pour créer les champions de demain. Cette recommandation est aujourd'hui relayée par le groupe de travail Nouvelles Filières au sein du CSF Industries de Santé.
- L'appel à projets « Territoire de soins numérique » qui sera lancé dans le cadre des Programmes d'Investissements d'avenir, tel qu'annoncé à l'occasion du séminaire gouvernemental sur le numérique de février 2013.
- La mise en place des schémas régionaux d'investissements de santé (les SRIS), mesure retenue par la ministre des affaires Sociales et de la Santé dans le cadre du rapport sur le « Pacte de confiance » pour l'Hôpital du 4 mars 2013. Cette annonce fait également place à une nouvelle tarification de parcours pour rendre effectif la prise en charge coordonnée des patients, notamment les patients diabétiques.
- La prochaine loi sur la dépendance et le soutien aux technologies pour favoriser l'autonomie dans le cadre du lancement annoncé de la filière de la « Silver économie » par le Ministère du redressement productif et du Ministère délégué en charge des personnes âgées.

L'agenda annoncé par le Gouvernement, et notamment la stratégie nationale de Santé, doit permettre une avancée majeure dans le déploiement effectif des solutions innovantes pour le télésuivi des patients chroniques et dépendants. Les industriels sont prêts à investir, créer des emplois et participer à la mise en place d'une filière d'excellence en France.

MEMBRES DU COMITE DE PILOTAGE

Outre les membres du Comité de pilotage de cette étude :

- Olivier de La Boulaye, *Altran*
- Jérôme Faggion, *Altran*
- Béatrice Falise-Mirat, *Accenture*
- Blandine Fuzeau, *Orange*
- David Ghesquières, *Accenture*
- Anne Josseran, *SNITEM*
- Francis Jubert, *Inter-Face*
- Philippe Lanièce, *Philips*
- Pierre Leurent, *Voluntis, Président du Groupe de travail Télémedecine*
- Roland Le Meur, *Intel-GE Care Innovations*
- Stéphanie Martinez, *Santeos*
- Philippe Maugendre, *Sanofi*
- Cécile Mico, *GE Healthcare Performance Solutions*
- Julie Nguyen-Ngoc, *Sanofi*
- Jean-François Penciolelli, *GE Healthcare Performance Solutions*
- Vincent Péters, *Biotronik, Président du Groupe Thématique TICS du SNITEM*
- Géraud Rabeony, *Philips*
- Nicolas Reymond, *Philips*
- Christophe Richard, *Santeos*
- Jean-Bernard Schroeder, *SNITEM*

Délégué en charge du Comité Santé - Eric Lerouge
elerouge@syntec-numerique.fr – 01 44 30 49 83

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout particulièrement à remercier le cabinet Alixio Care Management Consulting et le groupe AEF pour la conduite de l'étude ainsi que les personnes qui se sont intéressées à nos travaux et qui nous ont fait part de leurs observations :

- Mathilde Lignot-Leloup, *directeur délégué à la gestion et à l'organisation des soins de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*
- Marie-Hélène Rodde-Dunet, *médecin conseil, chargée de service à la CNAMTS*
- Isabelle Hébert, *directrice de la stratégie et du marketing santé et prévoyance, Malakoff Médéric*
- Jérôme Duvernois, *conseiller auprès de la Direction Générale, ASIP Santé*
- Bruno Gossin, *responsable du pôle Etudes et Conseil, ASIP Santé*
- Christophe Couvreur, *responsable de mission, ASIP Santé*
- Laurent Treluyer, *Directeur Pôle Systèmes d'Information, Direction de la Stratégie ARS Ile-de-France*
- Christophe Lapierre, *Directeur Département systèmes d'information de santé, FNMF*

Nous remercions les sociétés suivantes, adhérentes de Syntec Numérique ou du SNITEM, qui par leur généreuse contribution ont permis la réalisation de cette étude :

Accenture, Altran, Biotronik, Boston Scientific, Intel-GE Care Innovations, General Electric, Orange, Philips, Resmed, Sanofi, Santeos, Voluntis.

Syntec Numérique

Avec près de 1200 entreprises adhérentes représentant les principaux acteurs et métiers des industries numériques, Syntec Numérique est la Chambre Professionnelle des entreprises de services du numérique, des éditeurs de logiciels et des sociétés de conseil en technologies. A ce titre il est le porte-parole et acteur majeur de l'industrie numérique auprès de différents organismes institutionnels et des pouvoirs publics Français et Européen.

Présidé depuis juin 2010 par Guy Mamou-Mani, Syntec Numérique contribue au développement des technologies de l'information et de leurs usages, assure la promotion des entreprises des logiciels & services, et la défense des intérêts professionnels.

syntec-numerique.fr  **@syntecnumerique**

SNITEM

Créé en 1987, le Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM) rassemble les acteurs de l'industrie des technologies et dispositifs médicaux y compris les NTIC impliquées dans la Santé. Il fédère 320 entreprises, constituant un tissu industriel dans le domaine des dispositifs et des technologies de santé : PME-PMI, grands groupes français, européens et internationaux. Le SNITEM est ainsi la première organisation en France représentant les entreprises de ce secteur d'activité et l'interlocuteur privilégié et référent des Pouvoirs Publics.

snitem.fr

Syntec | DES ENTREPRISES
NUMÉRIQUE | QUI CHANGENT
LE MONDE

3, rue Léon Bonnat - 75016 Paris
Tél. : 01 44 30 49 70

syntec-numerique.fr

 **[@syntecnumerique](https://twitter.com/syntecnumerique)**

Chambre Professionnelle des Métiers du Numérique

© 2013, Syntec Numérique