Avertissement : Copyright

Tous les textes, images, éléments graphiques, et leur disposition sur le présent document sont couverts par le droit d'auteur et autres protections applicables en matière de propriété intellectuelle ou de concurrence déloyale.

Ces objets ne peuvent pas être copiés à des fins commerciales ou de diffusion, ni être modifiés ou utilisés sans l'autorisation de Aromates.

L'utilisateur de cette synthèse, s'engage à n'en révéler aucune partie et à n'en faire aucun autre usage contraire aux pratiques honnêtes en matière commerciale.

Aromates 169, RUE D'AGUESSEAU 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT - FRANCE Sous le parrainage de **Pierre LASBORDES**, député de l'Essonne, Vice-président de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques.

«Le numérique en santé : vers une nouvelle approche du diagnostic et du soin ? » Synthèse

Colloque

Lundi 29 novembre 2010 De 9h00 à 13h30 Salle Victor Hugo Immeuble Jacques Chaban-Delmas 101, rue de l'Université 75007 PARIS

Auteur : Nicolas Brizé



Une priorité pour la santé, et pour la France

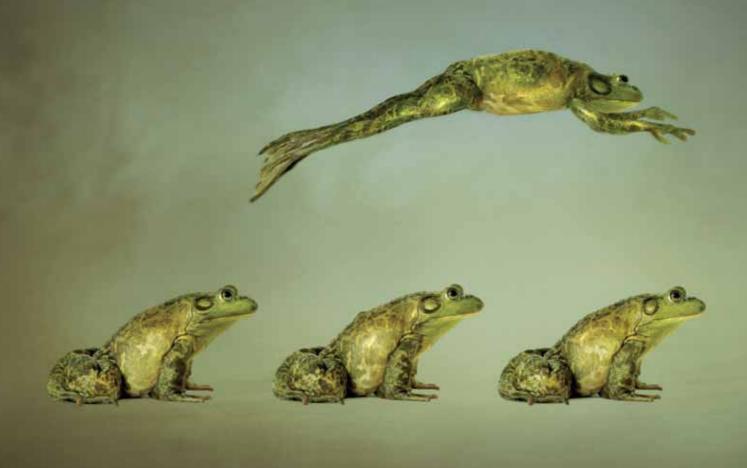
L'impact des technologies numériques dans le domaine de la santé dépasse, et de loin, la simple amélioration de la performance et de la qualité du diagnostic et du soin. Outils d'imagerie hyper-sophistiqués, télémédecine, "mobile health", diffusion de l'information et partage des données médicales... sont autant de facteurs qui viennent changer la pratique médicale et autant de nouvelles questions posées, non seulement aux praticiens et industriels de santé, mais aussi au législateur. Car, ces nouveautés ont besoin, pour contribuer pleinement au progrès thérapeutique et au développement d'un secteur industriel prometteur pour notre pays, d'un cadre législatif et réglementaire renouvelés. Elles ont également besoin d'une vraie politique industrielle à la définition de laquelle professionnels de santé et patients devront être associés.

Cette nouvelle édition des Assises des Technologies Numériques de Santé sera présidée par le député Pierre Lasbordes, vice-président de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques.

Sa principale ambition sera de sensibiliser élus et pouvoirs publics à ces évolutions et aux nécessaires aménagements réglementaires qui permettront, non seulement de les accompagner mais encore de les encourager pour faire de la France un leader dans ce domaine.

Jacques Marceau Président d'Aromates

Olivier Mariotte Président de nile



Est-ce le moment d'aller de l'avant ? La conjoncture actuelle offre aux entreprises une occasion unique d'améliorer leurs positions concurrentielles. Et si, comme on s'y attend, l'écart entre gagnants et perdants se creuse encore, les champions de la performance s'assureront des avancées spectaculaires et durables sur le marché. Pour savoir comment nos études et notre expérience peuvent vous aider à prendre une longueur d'avance et à la garder, rendez-vous sur accenture.fr

· Conseil · Technologies · Externalisation

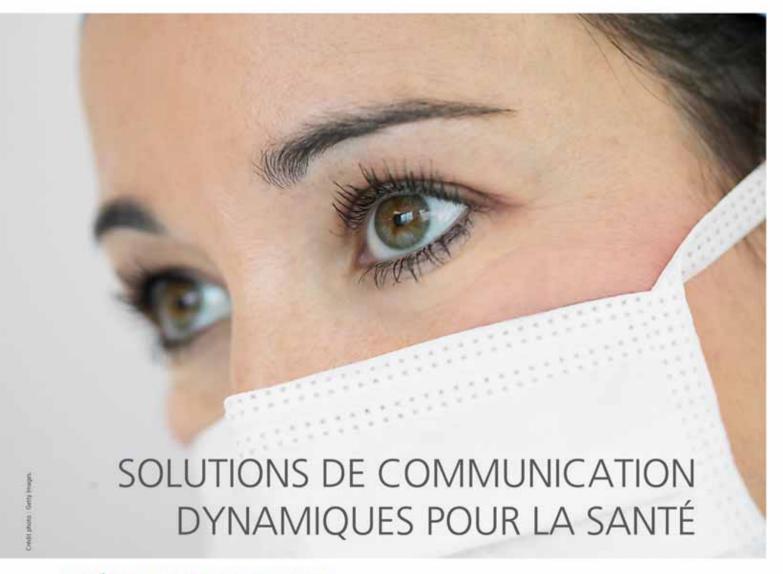
accenture

High performance. Delivered.*

L' innovation pour un soin de qualité







CRÉER PLUS DE TEMPS POUR LE SOIN AU PATIENT

Découvrez les solutions de communication IP qui améliorent l'efficacité du parcours de soins. Voix, Réseaux et Sécurité : des solutions de bout en bout toujours disponibles au service des personnels de soins, de l'administration et des patients.



PERSONNELS



CONNAISSANCE



PROCESSUS



RESEAU







SOMMAIRE

- 1. e-Santé dans le monde : état des lieux
 - 1.1. Un paysage mondial très inégal
 - 1.2. Une innovation de rupture dans les pays riches
 - 1.3. Les projets structurants
- 2. Les défis majeurs de notre système de santé
- 3. Quels impacts sur la pratique médicale, le diagnostic et le soin ?
 - 3.1. Les bénéfices de la télésanté
 - 3.2. Les bénéfices de la télémédecine
 - 3.3. Une pratique courante en radiologie
 - 3.3.1. Couvrir les déserts médicaux
 - 3.3.2. Donner le maximum d'informations en un minimum de temps
 - 3.4. Des progrès incontestables en cancérologie
 - 3.4.1. Le dépistage du cancer du sein
 - 3.4.2. Des outils d'aide au diagnostic et d'aide à la décision
 - 3.4.3. Le dossier communicant de cancérologie
 - 3.5. Des expériences concrètes en cardiologie
 - 3.6. L'Institut Télécom se mobilise dans la télésanté à domicile
- 4. Des craintes
 - 4.1. Surdiagnostic et médecine automatisée
 - 4.2. Une médecine déshumanisée et dépersonnalisée
 - 4.2.1. Prendre le temps avec le patient
 - 4.2.2. Des interlocuteurs multiples
 - 4.2.3. Faire confiance à son médecin
 - 4.2.3.1. La judiciarisation de la médecine
 - 4.2.3.2. Internet et la désinformation
 - 4.3. Vers une médecine sous-traitée ?
- 5. Faire preuve de pédagogie
 - 5.1. Pour un plan de communication
 - 5.2. Le rôle des associations et des fédérations
 - 5.3. L'orientation du patient dans le parcours de soins
 - 5.4. De nouveaux métiers

- 6. Quelle politique industrielle pour le développement des technologies numériques de santé ?
 - 6.1. L'apport des industriels
 - 6.1.1. La qualité de service
 - 6.1.2. Le point de vue de Syntec Santé
 - 6.1.3. Une capacité à trier dans les nouveautés techniques
 - 6.1.4. Une vision internationale
 - 6.2. Les conditions du développement industriel
 - 6.2.1. La responsabilité du tiers technique
 - 6.2.2. La chaîne de valeur
 - 6.2.3. L'interopérabilité
 - 6.2.4. Les partenariats et la collaboration
 - 6.2.5. La maîtrise d'ouvrage
 - 6.3. La conduite du changement
 - 6.3.1. La pérennité des investissements
 - 6.3.2. Efficacité et pertinence
 - 6.3.3. L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)
 - 6.3.4. Quelques pistes de réflexion de l'IDATE
- 7. Quel cadre organisationnel et juridique pour la télémédecine et le « mobile health » ?
 - 7.1. Le décret relatif à la télémédecine
 - 7.2. Les obstacles au déploiement
 - 7.2.1. De nombreux freins
 - 7.2.2. La complexité du cadre légal
 - 7.3. Le financement de la télémédecine
 - 7.3.1. Des crédits déconcentrés en région
 - 7.3.2. Comment préserver l'équilibre du financement ville-hôpital ?
 - 7.3.3. Les professionnels de santé réclament une tarification des actes
 - 7.3.4. Les pouvoirs publics attendent une étude économique
 - 7.4. La tarification des actes
 - 7.4.1. Une question de sémantique
 - 7.4.2. La classification commune des actes médicaux
 - 7.4.3. Faut-il classer la téléconsultation?
- 8. Des propositions pour la conduite du changement
 - 8.1. Une structure task force
 - 8.2. Un plan national du déploiement

Altran, l'accompagnement global de vos projets





ARTHUR D.LITTLE Le Conseil en Stratégie et Management



56,2% ALTRAN TI

Le Conseil en Technologie et R&D

d'Information

CHIFFRES CLÉS

- Création en 1982
- Collaboration avec 500 grands

comptes

■ Présence dans 32 pays répartis sur 5

continents

- 17 200 collaborateurs fin 2009
- 87% de consultants
- 1404 millions d'euros de CA en 2009

Leader européen du conseil en innovation

CAMBRIDGE CONSULTANTS

« Une société du groupe Altran leader sur le marché des technologies et de l'innovation »

- ■Cambridge Consultants est reconnue pour sa capacité à produire des solutions créatives et orientées business .
- ■Cambridge Consultants a par exemple développé un système de connexion entre patient et dispositif de soin. Ce système est constitué d'un dispositif médical sans fil, qui connecte le patient au médecin, et d'applications en ligne.





ALTRAN RESEARCH

Nos équipes de recherche fondamentale développent le concept d'innovation pérenne et conçoivent des solutions durables pour répondre aux grands enjeux de demain : santé, sécurité, éducation...



« Comprendre et lutter contre l'hétérogénéité des soins et la désertification médicale dans certaines zones géographiques ou produire des solutions pour faciliter le diagnostic et le traitement des cancers et le suivi du patient » sont deux des défis d'Altran Research aujourd'hui.

LA FONDATION ALTRAN



« Promouvoir l'innovation au service de l'intérêt général » <u>http://www.fondation-altran.org</u>

Chaque année un thème, un appel à candidature, un jury d'experts, ... et déjà quatre lauréats sur des problématiques de santé publique qui remportent un accompagnement d'Altran pendant un an.

- 1998 : Micro encapsulation de cellules
- 2003 : Patch allergies alimentaires
- 2005 : Contrôler un ordinateur par la pensée
- 2007 : La rétine artificielle





PRACTICES MÉTIERS

MANAGEMENT DE L'INNOVATION

PERFORMANCE DE L'ENTREPRISE

SYSTÈMES D'INFORMATION

SYSTÈMES CRITIQUES ET EMBARQUES

INGÉNIERIE MÉCANIQUE

Focus: Altran dans la santé

DES RESSOURCES ENGAGEES

- Plus de 800 consultants dédiés
- Une présence dans 10 pays
- Un réseau organisé d'experts

UNE PRESENCE SUR L'ENSEMBLE DE LA FILIERE

- Industrie pharmaceutique et biotech
- Dispositifs médicaux
- Etablissements de soins et tutelles



NOTRE

POSITIONNEMENT

- La télésanté
- L'hôpital connecté
- La dépendance

Nous contacter:

Direction pôle Santé et Protection Sociale: ao.sante@altran.com





- → 1850 publications par an
 - → 400 start-up créées depuis 2000

ORGANISME DE RECHERCHE & SOURCE D'INNOVATION POUR LA SOCIÉTÉ NUMÉRIQUE

8 défis scientifiques, économiques et sociaux

Les défis scientifiques

- · les objets communicants
- · les réseaux du futur
- les médias du futur
- les usages et la vie numérique

Les défis applicatifs

- la e-santé
- · le développement durable
- · les services numériques
- la sécurité globale

REGARDEZ LA VIDÉO SUR VOTRE MOBILE!

Pour voir la vidéo, scannez ce code via l'application gratuite bookBeo sur iPhone et Android, ou un autre décodeur.



www.institut-telecom.fr







Le réseau des instituts Carnot

La recherche au service des entreprises

Les instituts Carnot:

- → mènent une recherche au service des entreprises,
- → s'appuient sur un très bon niveau scientifique pour anticiper les innovations de demain,
- → savent travailler avec les entreprises.

6 grands domaines de compétences

pour répondre aux grands enjeux économiques et sociétaux :

- → TIC-Micro & Nano Technologies
- → Matériaux, Mécanique et Procédés
- → Sciences de la terre, Ressources naturelles
- → Energie et environnement, Propulsion, Chimie
- → Sciences de la vie, Technologies pour la santé
- → Construction, Génie civil et aménagement du territoire

La force d'un réseau

Un réseau structuré animé par l'Association des instituts Carnot :

- → des alliances sectorielles pour mieux répondre aux besoins des marchés,
- → des « standards Carnot » pour une relation contractuelle professionnelle et équilibrée (Charte Carnot, Charte Pl ...),
- → un accès facilité aux compétences.

Les contrats de recherche partenariale avec les instituts Carnot permettent de bénéficier du doublement du crédit d'impôt recherche (CIR)



→ LE RÉSEAU CARNOT EN CHIFFRES

Plus de 45%

de la recherche partenariale

financée par les entreprises à la recherche publique

13000

professionnels de la recherche

7000

doctorants

1300 M€

de budget consolidé annuel

530 M€

de recette sur des projets de recherche partenariale avec les entreprises







Pour des systèmes d'information communicants

Rejoignez-nous www.interopsante.org

Interop Santé est une association loi 1901 crée en 1990, sous le nom d'H.PR.I.M. (Harmoniser PRomouvoir les Informatiques Médicales). Depuis 2004, l'association est l'affilié HL7 international en France sous le nom de HL7 France HPRIM.

En septembre 2009, l'association intègre l'activité IHE France (Integrating the Healthcare Enterprise), et prend le nom d'Interop'Santé pour mutualiser les moyens humains et financiers des différentes activités.



Orange Healthcare

vers un système de santé connecté

En associant les technologies de communication modernes aux solutions médicales, Orange Healthcare propose des réponses innovantes à vos besoins dans votre pratique médicale de tous les jours.

télétransmettre en toute sécurité

Prévue par la loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST), la taxation des feuilles de soins papier entrera en vigueur début 2011. Afin de garantir une transmission sécurisée de vos feuilles de soins aux mutuelles et assurance maladie, Orange a conçu l'option Santé*.

Cette option garantit la sécurité et la confidentialité des feuilles de soins en utilisant une transmission directe au réseau SESAM-Vitale. Orange met à votre disposition des moyens simples et sécurisés pour collaborer et échanger des informations.

vous accompagner dans la gestion de votre cabinet

Pour faciliter la gestion de votre cabinet, Orange propose des solutions Internet + Téléphone + Mobile conçues avec vous à l'issue d'un diagnostic personnalisé des besoins de votre cabinet ; le meilleur d'Orange, une seule facture et un seul abonnement.

faciliter le paiement des actes médicaux

Encaissez les paiements des actes médicaux par carte bancaire encore plus rapidement avec votre ligne ADSL: l'offre monétique Orange s'adresse à tous les professionnels de santé et propose une solution complète allant de la location du terminal de paiement, du service de transport de flux monétique à la prestation d'Installation.

se déplacer et garder le contact

Pour consulter les applications mobiles médicales de plus en plus nombreuses, Orange offre une large gamme de mobiles et forfaits adaptée à vos besoins.

Grâce à votre smartphone (iPhone, BlackBerry®, HTC...), gérez votre planning de consultations en toute liberté, géo-localisez l'adresse de vos patients, téléchargez les applications en lien avec votre activité et accédez à vos sites professionnels favoris lors de vos déplacements.

« Mon mobile, c'est un véritable assistant : je gère mes mails, mes SMS, mes rendez-vous. Beaucoup de patients m'envoient des mails pour la prise de rendez-vous et je communique également avec mes confrères. »

médecin généraliste, Tours**



Orange vous accompagne lors de la création et du développement de votre cabinet médical ou maison de santé en vous proposant des solutions performantes et personnalisées.

Depuis 10 ans, nous développons des solutions de télésanté et de prévention à destination des professionnels de santé pour le bien-être des patients.

pour plus d'information, rendez-vous au 1016



PRÉVENTION-SEXOLOGIE-RECHERCHE BEAUTÉ - SPORTS - PSYCHOLOGIE TRAITEMENTS - ENVIRONNEMENT...

Radio Public Santé la première radio 100% santé et bien être



ECOUTEZ VOTRE RADIO SUR LE WWW.PUBLICSANTE.COM



Programme

Présentation et animation des débats :

Alain PEREZ, journaliste et Olivier MARIOTTE, président de nile Consulting.

9hoo Accueil

Pierre LASBORDES, député de l'Essonne, Vice-président de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques.

9h10 "la médecine peut-elle rester humaine avec les progrès technologiques ?"

Francine LECA, professeur de chirurgie cardiaque, fondatrice de Mécénat Chirurgie Cardiaque - Enfants du Monde.

9h20 Table ronde 1 : "Le numérique en santé et télésanté : Quels impacts sur la pratique médicale, le diagnostic et le soin ?"

Intervenants:

Jean-Marc BLANC, Agfa Healthcare.

Jean-Claude BOULMER, président de la Fédération Nationale des Associations de Malades cardio-vasculaires et Opérés du Cœur (FNAMOC).

Elisabeth HUBERT, médecin, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile et chargée d'une mission sur la médecine de proximité.

Christian ROUX, directeur du Digital Health Lab (Institut Télécom).

Jérôme VIGUIER, responsable du département dépistage à l'Institut national du cancer.

10h20 "La télémédecine dans le monde : Etat des lieux"

Steven ANDLAUER, directeur du pôle Stratégie et Prospective télécoms, IDATE.





10h40 Table ronde 2 : "Quel cadre organisationnel et juridique pour la télémédecine et le « mobile health » ?"

Intervenants:

Alain HOUPERT, Sénateur de côte d'Or.

Richard LALANDE, directeur général adjoint SFR.

Serge LARUE-CHARLUS, président de la CHAP (Commission de Hiérarchisation des Actes et des Prestations).

Pierre LASBORDES, député de l'Essonne, Vice-président de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques.

Jean-François THEBAUT, président du Conseil national professionnel de cardiologie. Yannick LEGUEN, sous directeur de la performance des acteurs de l'offre de soins, DGOS.

11h40 Table ronde 3 : "Quelle politique industrielle pour le développement des technologies numériques de santé ?"

Introduction:

Gérard DOMAS, président d'Interop'Santé.

Intervenants:

Patrice CRISTOFINI, directeur des Alliances Stratégiques et Partenariats, Division Santé d'Orange.

Béatrice FALISE MIRAT, directrice associée en charge des systèmes d'information, Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Nicole HILL, directrice secteur santé sociale, Alcatel-Lucent.

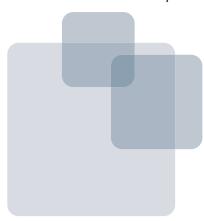
Frédéric MASSE, directeur des Relations Institutionnelles SAP France.

Christian NIBOUREL, président de Syntec Santé.

12h45 Clôture

Annie PODEUR, directrice générale de l'offre de soins, ministère de la Santé et des Sports.

13h00 Cocktail





SAP POUR LE SECTEUR PUBLIC : LES SOLUTIONS QUI ACCOMPAGNENT LA MODERNISATION DE L'ÉTAT

Conçues pour les organismes publics, les applications SAP concourent à améliorer leur efficience. Elles offrent une gamme étendue de solutions de gestion et décisionnelles pour l'ensemble des agents de la fonction publique et pour informer les citoyens sur la performance des services publics.

- Gestion financière, des achats, de la logistique, des ressources humaines et de la paie
- Applications de planification, d'évaluation et d'aide à la décision
- Solutions adaptées aux besoins des hôpitaux et de l'enseignement supérieur

RENDEZ-VOUS SUR WWW.SAP.COM/FRANCE OU APPELEZ-NOUS AU 0 805 800 023





SFR, 2º opérateur de télécommunications en France.

SFR est le 2^e opérateur de télécommunications en France avec **12,4 milliards** d'euros de chiffre d'affaires réalisés en 2009.

Opérateur global, SFR répond aux besoins de ses clients grand public, Eprofessionnels, entreprises ou encore opérateurs, que ce soit pour des services mobile, fixe, Internet ou de télévision.

Propriétaire de ses infrastructures mobiles et fixes et doté d'une forte expertise dans les domaines de l'IP (Internet Protocol), SFR a les moyens de ses ambitions : être un acteur ouvert et responsable qui facilite la vie numérique de chacun, en apportant toujours plus de simplicité, d'innovation utile et de qualité de service.

SFR comptait, fin septembre 2010, **20,8** millions de clients mobiles, dont **15,6** millions d'abonnés mobiles, et plus de **4,7** millions de foyers abonnés à l'Internet haut débit.

SFR compte près de **10 000** collaborateurs et bénéficie d'un actionnariat stable avec deux grands actionnaires que sont Vivendi (56%) et Vodafone (44%).



SFR Business Team, 1er opérateur alternatif fixe et mobile sur le marché des entreprises en France.

SFR Business Team dispose d'infrastructures réseaux de bout en bout fixes et mobiles à très haut débit et compte 140 000 clients dont 90 % des entreprises du CAC 40.

S'appuyant sur les nouvelles technologies (VoIP, SIP, M2M, data mobile 3G+), la convergence et grâce à l'expertise de ses 2 000 collaborateurs dédiés (techniques, marketing, commercial et service client) et de ses 300 partenaires «solutions», SFR Business Team se positionne comme l'opérateur de référence capable de libérer tout le potentiel des entreprises, de la PME à la multinationale en leur proposant les solutions télécoms les plus adaptées à leur activité et les plus évolutives : téléphonie, données, Internet, hébergement de serveurs et d'applications, solutions d'accueil client et Machineto-Machine.

SFR Business Team, qui est certifié Qualicert pour l'ensemble de ses services fixes et mobiles, bénéficie pour l'international de son partenariat avec le groupe Vodafone.

www.sfr.com

www.sfrbusinessteam.fr





Conseil, intégration de systèmes, outsourcing applicatif, solutions

Sopra Group se place parmi les 10 premières SSII européennes

- 1,1 md de CA en 2009 12500 collaborateurs
- 2^{top} acteur Conseil Secteur Public en France

Sopra Group et le secteur de la Santé

- Amélioration et pilotage de la performance (organisation, processus...)
- Grands projets de déploiement de SI de santé (stratégie, conception, réalisation, conduite du changement, Assistance au démarrage)
- Membre des groupes SYNTEC Santé et Télémédecine
- Co-présidence de la rédaction du livre blanc sur l'Hôpital numérique

Un continuum de services

pour accompagner en cohérence les programmes de transformation

Conseil

Sopra consulting

Cadrage de grands programmes Gouvernance des SI Pilotage de projets complexes Optimisation des processus Urbanisation des systèmes Schéma directeur SI Pilotage de la performance Déploiement Conduite du changement

Intégration de systèmes

Conception / Mise en œuvre d'applications

Intégration de solutions (Portail, Gestion de contenu, CRM, ERP)

Business Intelligence

Dématérialisation / SOA...

Global Testing...

Outsourcing applicatif

ropárabilitá

Interopérabilité

Innovation: de la technologie à l'usage

Les acteurs de la santé qui nous font confiance

AP-HP, AP-HM, ANAP, MeaH, Gmsih, CNOM, CNSA, CNAM-TS, InVS, Santé Services, Service de Santé des Armées, HAS, DHOS, GIE Sud Santé, MSA, Ministère de la santé, CHU de Lille, HCL, CHU de Grenoble, CHU de Dijon...

Contact Sopra Group: Philippe MANIN, pmanin@sopragroup.com



Une présence nationale au plus près des besoins. Une trentaine de sites



Solutions

Collaborative

business

solutions





TICsante.com Gratuit, objectif et interactif, le site qui prend le pouls des nouvelles technologies de la santé

Créé fin 2008 par le groupe APM International (Agence de Presse Médicale) le site TICsante.com s'adresse à tous les professionnels concernés par l'informatisation de la santé.

Actualisé en permanence, ce site d'information gratuit publie des articles sans aucun lien avec la publicité car le monde de la santé a besoin d'objectivité.

Télémédecine, aide à la décision médicale, comptes-rendus chirurgicaux, imagerie, sécurité du patient, partage de l'information, prise de rendez-vous, formation, bureautique, logistique sont quelques uns des thèmes traités à travers des reportages, des interviews, des comptes rendus d'événements et des analyses de rapports.

TICsante.com est aussi interactif : de nombreux commentaires sont postés reflétant la diversité des points de vue et parfois la chaleur des débats.

Pour recevoir les articles, il suffit de s'inscrire sur : <u>www.ticsante.com</u>. Et vous pouvez choisir de recevoir seulement les articles sur les thèmes qui vous intéressent.

La rédaction est composée du Dr Anne Richard, rédactrice et chef, et de Gabriel Bourovitch. Pour faire connaître une information que vous jugez intéressante, vous pouvez les joindre à : redaction@ticsante.com

La rédaction de TICsante.com s'appuie aussi sur les informations recueillies par la vingtaine de journalistes de l'Agence de presse Médicale.

Chaque semaine près de 5000 visiteurs uniques - dont une majorité d'informaticiens hospitaliers mais aussi des médecins, des pharmaciens et des responsables politiques - lisent les informations de TICsante.com

Pour toute publicité ou opération de communication, joindre Khim Chhuon

Email: khim.chhuon@ticsante.com - Tél. 01 48 06 83 35.

1. e-Santé dans le monde : état des lieux

« Sujet d'avenir », la télésanté n'en est encore qu'à un « stade embryonnaire », observe Pierre Lasbordes, député de l'Essonne, vice-président de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPECST). Auteur du rapport « La télésanté, un nouvel atout au service de notre bien-être » paru en 2009¹, il n'hésite pas à qualifier cet outil de « révolutionnaire », qui va « bouleverser d'ici peu tant l'approche organisationnelle du système de soins que la qualité du soin luimême, mais aussi le rôle du patient dans la gestion de sa santé ».

Pour Jacques Marceau, président d'Aromates, « les technologies numériques de santé viennent bouleverser l'essence même de la pratique médicale en proposant un nouveau rapport à la santé, à l'information, à la prévention et aux soins. Elles viennent également imposer de nouvelles formes de relation entre le médecin et son patient, entre les patients eux-mêmes, entre les professionnels de santé, et plus particulièrement entre toutes les parties prenantes de notre système de santé. »

1.1 Un paysage mondial très inégal

Steven Andlauer, directeur du pôle Stratégie et Prospective télécoms à l'IDATE, dresse un état des lieux de l'e-santé dans le monde.

À l'exception des systèmes de traitement et de l'imagerie médicale, « qui répondent à des logiques de marché et d'ingénierie très spécifiques, [...] les données quantitatives fiables sont rares. L'observation des avancées de l'e-santé à l'échelle mondiale ne fait pas ressortir une pratique uniforme. Le marché reste très segmenté, les déploiements sont encore mal documentés, et de petite envergure pour la plupart. De surcroît, les vagues successives de projets depuis les années 90 ont laissé derrière elles un sédiment d'informations et de microprojets qui augmentent encore le bruit parasite autour de la vague de projets plus récents. »

- Dans ce paysage, les pays ayant déjà abouti à des réalisations à une échelle nationale sont rares et prennent d'autant plus de relief. On remarque en particulier : les pays nordiques européens, le Canada, l'Angleterre, les Pays-Bas, et plus récemment l'Espagne.
- Beaucoup d'autres régions ont affiché des ambitions comparables, en y allouant des moyens qui crédibilisent ces ambitions. C'est le cas par exemple aux Etats-Unis, en Europe, en Inde, en Australie, et probablement bientôt au Japon.
- Les pays ont orienté différemment leurs stratégies vers l'e-santé :
 - o Les Etats-Unis adoptent une vision de très long terme, en partant des couches les plus basses : réseau haut débit de santé national et dossier médical numérisé de façon systématique.
 - L'Inde, en même temps qu'elle développe ses solutions intérieures, pousse ses avantages en Afrique, en exploitant des réseaux de très longue distance pour de la téléconsultation, et adopte, comme la Russie, des solutions itinérantes satellitaires.
 - o Le Japon cible pour l'instant la prévention et la robotique d'assistance, mais il faut noter que la réforme de son système de santé est encore en cours.
 - L'Australie, le Canada, les pays nordiques européens, qui ont en commun une faible densité de population, se sont attachés relativement tôt au développement de la télémédecine.

¹ « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être - Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France », Pierre Lasbordes, octobre 2009 http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport Telesante - decembre 2009.pdf

3

- L'Angleterre a retenu une approche courageuse mais sans concessions, un mégaprojet de transformation du système de santé vers le numérique qui se solde par un échec pour le moment, malgré quelques avancées.
- L'Europe continentale s'est orientée vers deux voies de recherches principales : la surveillance à distance et le maintien à domicile d'une part, et la modélisation du corps humain d'autre part. De nombreux pays ont également lancé de leur côté des plans de dossier électronique et de télémédecine, avec des fortunes diverses.

« En somme, en raison de systèmes de santé et de contraintes très localisés, chaque pays ou région a composé d'abord avec ses propres atouts et besoins. Par conséquent, l'export de solutions industrielles standardisées est une perspective somme toute assez récente. »

1.2 Une innovation de rupture dans les pays riches

« Le paysage mondial est donc très inégal, et l'étude de chaque géographie fait ressortir des priorités et des pratiques variées. » Toutefois, Steven Andlauer dégage « une segmentation classique entre les économies riches et les marchés émergents » :

- Dans les économies développées, l'innovation passe par la création à moyen terme de nouveaux outils, de nouvelles infrastructures (capteurs, téléconsultation haut débit à domicile, maison intelligente, corps virtuel, etc.).
- Dans les pays émergents, les solutions exploitent les technologies déjà éprouvées pour utiliser au mieux le temps du médecin.

« Par exemple, des bus médicaux connectés et itinérants circulent en Russie, en Afrique et en Inde (avec ou sans médecin à leur bord), mais pas dans les économies développées où les zones rurales pourraient pourtant y trouver un intérêt au-delà du don du sang et des campagnes de dépistage. La même segmentation s'observe avec l'accompagnement des patients par SMS, encore rare dans nos pratiques "occidentales". »

« On peut donc anticiper que l'investissement des économies riches apportera une innovation de rupture à moyen terme tandis que les zones émergentes valoriseront plus rapidement une innovation seulement incrémentale. »

« Il est également probable que les pays ayant passé avec succès le cap de la numérisation des données de santé continueront la course en tête pour les phases d'innovation suivantes, par exemple la réutilisation statistique de ces données. »

1.3 Les projets structurants

EUROPE

Steven Andlauer indique que « des projets de recherche aboutiront dès 2011. En revanche, le cadre réglementaire demeure en chantier dans bon nombre de pays. »

- Au niveau communautaire, parmi les développements récents :
 - À la fin du mois d'octobre, dans le cadre de son Agenda Numérique, l'Europe s'est fixée quatre objectifs :
 - des dossiers patients simples mais interopérables en 2012;
 - un accès sécurisé à ses données en ligne en 2015;
 - une télémédecine devenue courante en 2020 ;
 - la signature dans les quatre mois à venir avec les Etats-Unis d'un accord d'intention sur l'interopérabilité des données.

- o L'Europe a également annoncé le 2 novembre des financements pour son plan de travail 2011-2012 : 260 M€ pour l'e-santé au sens large, dont près de 68 M€ pour la modélisation du corps humain.
- Sur le plan opérationnel, on peut noter le projet Epsos, une réussite managée par un Suédois :
 - il regroupe 27 institutions de 12 pays, ainsi que des industriels de premier plan dont Cisco, Intel, IBM, GE, Oracle, Microsoft...;
 - les référents de ce projet en France sont le ministère de la santé et l'ASIP santé ;
 - le but est de permettre des dossiers patients échangeables, le e-soin et les eprescriptions;
 - 36 pilotes doivent être lancés en 2011 pour une durée d'un an ;
 - d'après le gestionnaire du projet, les 12 pays initiaux pourraient être rejoints rapidement par d'autres, et le programme étendu deux ans au-delà de sa fin programmée en 2011.
- o Sur un autre plan, la commission envisage la création en 2011 d'un partenariat d'innovation européen sur le thème du vieillissement actif et en bonne santé.
- Enfin, beaucoup des projets de recherche européens prendront fin entre 2011 et 2013 (le FP7 par exemple). Il faut d'ores et déjà attendre bon nombre d'innovations dans le domaine des solutions technologiques de surveillance à distance : capteurs, rapports automatisés, plateformes d'échanges de données. Il y a beaucoup de projets avancés dans ces domaines.

Steven Andlaueur à travers une analyse complète de chaque pays, montre en quoi les projets peuvent être structurés.

- « Seule une poignée de pays a réussi un passage significatif à l'e-santé, qui reste un marché en construction, relativement ouvert. Malgré des acteurs nord américains déjà très présents, certains champions européens existent à une échelle comparable (Philips, Siemens, Sanofi, Agfa...). »
- « Les pays émergents construisent leurs propres pratiques, dans un contexte de moindre régulation et plutôt dans l'utilisation de technologies existantes. »
- « L'Europe soutient une innovation technologique concertée, mais il faudra anticiper l'effet d'aubaine des offres de financement à venir, et s'assurer de la réalité de cette innovation. »

2. Les défis majeurs de notre système de santé

- « Soigner mieux en acceptant de soigner autrement », c'est en ces termes qu'Annie Podeur, responsable de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, résume à la fois les enjeux de la télémédecine et les défis auxquels notre système de santé solidaire doit faire face. Parmi les nombreux défis que la télémédecine peut relever. Annie Podeur cite :
 - la disparité régionale dans l'offre de soins et la démographie médicale : Annie Podeur souhaite « qu'on ne soit pas pénalisé lorsqu'on vit dans la Creuse par rapport à une métropole » ;
 - des défis sanitaires : le vieillissement de la population et l'accroissement des maladies chroniques ;
 - l'hyper spécialisation de la médecine ;

- des défis organisationnels : « Le patient, le malade, l'usager, le client, en fonction du statut des structures, veut être un acteur à part entière de sa santé. » Il en résulte « une modification de nos organisations et de nos comportements lorsqu'on est professionnel de santé » ;
- des défis économiques : « la grande majorité des soins sont couverts par une assurance obligatoire. L'Assurance Maladie est confrontée à des contraintes incontournables. » Il convient de « mieux utiliser la ressource » ;
- l'égalité des soins : « garantir à tous un accès à des soins sécurisés et de qualité ».

Pierre Lasbordes pointe plus particulièrement :

L'augmentation des maladies chroniques

« Le vieillissement de la population va de pair avec l'augmentation des maladies chroniques, elles-mêmes sources de surveillance médicale accrue. En 2009, on comptait 15 millions de personnes atteintes de maladies chroniques, soit 20% de la population française. Ce chiffre est en augmentation constante. »

Une complexification de la prise en charge des patients

« L'abandon de certaines spécialités ou la spécialisation grandissante de la médecine entraînent une multiplication et une complexification de la prise en charge des patients », note Pierre Lasbordes.

La diminution des effectifs des professionnels de santé

« La démographie médicale va baisser de 21 000 médecins jusqu'en 2025, soit 10% de l'effectif total en moyenne, voire 25% dans les zones rurales », rappelle Pierre Lasbordes. « Ce phénomène de désertification de certaines zones du pays pose la question de l'égalité de traitement entre les citoyens dans l'accès aux soins. »

- La disparition de certaines spécialités

Pierre Lasbordes note que « la féminisation de l'activité médicale engendre une concentration sur quelques spécialités spécifiques moins consommatrices de temps, comme l'ophtalmologie ou la dermatologie. »

3. Quels impacts sur la pratique médicale, le diagnostic et le soin?

Comme le fait observer Steven Andlauer, « le champ de l'e-santé dans le monde est vaste. Il peut recouvrir à la fois l'imagerie médicale, les traitements utilisant les TIC (jeu vidéo thérapeutique), les systèmes d'information de santé, et enfin la télémédecine. »

3.1 Les bénéfices de la télésanté

Dans son rapport sur la télésanté, Pierre Lasbordes note que « la signification de la télésanté reste quant à elle encore imprécise. Son champ d'application est plus vaste que celui de la télémédecine par sa vocation à couvrir, outre le domaine médical au sens strict, le domaine très large et divers du médicosocial ».

Extrait du rapport « Télésanté »² :

la télésanté est l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médicosociales. Pour ce qui concerne le domaine médico-social, à titre d'exemple, les applications vues du patient peuvent être :

- la téléinformation : capacité à accéder à un portail grand public sur lequel les usagers/patients et les acteurs du monde médico-social pourront accéder à des informations de prévention et de recommandations sanitaires, à des alertes (situations de

² « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être », id.op. cit., page 37

crise, épidémie), à des conseils et bonnes pratiques, à des annuaires, des guides d'accompagnement leur permettant d'identifier le point d'entrée qui correspond à leur problématique;

- la télévigilance : alerte, suivi et accueil téléphonique des personnes utilisant notamment des capteurs dynamiques de positionnement, de comportement, de fonctionnement d'organes vitaux ou d'appareils supplétifs et des outils de géolocalisation (par exemple pour les pathologies type Alzheimer) ;
- le « télémonitoring » : enregistrement de divers paramètres physiologiques sur un patient et transmission aux professionnels concernés (médecins, sages-femmes, infirmières...) souvent dans le cas de pathologies chroniques : enregistrement de la tension artérielle, surveillance des insuffisants respiratoires chroniques, surveillance des grossesses à risque ;
- la télécollaboration : outils d'animation de communautés et de réseaux de santé, plates-formes collaboratives dédiées ;
- le télémajordome : outils et offres de services permettant à distance de commander ou mettre en oeuvre des services d'accompagnement (restauration, aides à domicile...) notamment pour les maladies chroniques, les hospitalisations à domicile, les personnes handicapées...;
- la téléanimation : accès à une gamme d'outils interactifs (loisirs, messageries multimédia simplifiées, web conférences...) incitant les usagers/patients à conserver un lien social et un minimum d'activité physique et cérébrale (explosion très significative des « jeux électroniques » pour seniors ou expérimentations d'activités physiques assistées réalisées par des kinésithérapeutes dans le domaine de la réadaptation);
- la téléformation : services de télécommunications synchrones ou asynchrones ; téléphonie, visioconférence, messagerie, forums, serveurs d'images. Ces services de formation à distance, s'adressant à des étudiants ou à des professionnels de santé, permettent l'accès à un savoir-faire ou à des connaissances, quelle que soit leur localisation (base de données médicales sur le web, modules de e-learning, interventions chirurgicales visualisées à distance par des internes...);

- la téléprescription

Pierre Lasbordes estime que la télésanté peut s'avérer un outil particulièrement efficace pour :

- La prise en charge et le diagnostic des malades à distance : « lors de la dernière journée de réflexion interassociative sur les déserts médicaux, organisée par des associations de patients, celles-ci ont indiqué que cette problématique était avant tout liée à la mauvaise répartition des médecins. Elles ont préconisé le développement de la télémédecine comme facteur d'amélioration du service rendu. »
- L'accompagnement des situations de perte d'autonomie, « participant ainsi à la préservation du lien social ».
- La dépendance des personnes âgées et handicapées. « Selon une étude récente, près de 8 français sur 10 aspirent à passer leurs vieux jours dans l'intimité de leur domicile. Annoncé comme l'un des chantiers majeurs de 2011, le « vivre chez soi » est un souhait entendu par les pouvoirs publics. Selon certaines estimations, une augmentation du maintien à domicile pourrait faire baisser la facture de la prise en charge de la dépendance de 25%. De nombreux outils de surveillance médicale à domicile existent déjà : capteurs de tension, de chutes, calcul des déplacements de la personne âgée, information médicale à distance. »

« Les nouvelles technologies sont porteuses de nouveaux modes de vie et d'échanges qui vont modifier durablement nos sociétés et nos territoires. »

3.2. Les bénéfices de la télémédecine

La télémédecine relève du champ exclusivement médical de la télésanté. Ce champ a été précisé dans le décret relatif à la télémédecine d'octobre 2010.

Définitions de la « Télémédecine »³ :

- « Art.R. 6316-1.-Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :
- « 1° **La téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;
- « 2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient;
- « 3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé;
- « 4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- « 5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

Pour Annie Podeur, « il ne faut pas perdre de vue les objectifs premiers de la télémédecine » :

- répondre à un besoin de santé en cohérence avec le maillage territorial de l'offre de soin, avec les filières de soin, avec les principes de gradation, qu'il s'agisse des soins en ville, à l'hôpital, et du lien avec le médico-social ;
- apporter une réelle valeur ajoutée et transformer nos organisations et la manière dont nous entendons répondre aux besoins des patients.

De son point de vue, les bénéfices sont multiples :

Pour le patient :

- garantir en proximité et avec la qualité requise tous les soins pour tous : « le bon traitement, la bonne prise en charge, où que l'on vive, et quelles que soient les conditions dans lesquelles on vit, en apportant une réponse adaptée : pathologies cardiaques, et plus récemment sur l'AVC, on a vu combien la télémédecine peut apporter un avis éclairé et une orientation immédiate sur le bon site de prise en charge. »

- diminuer la durée d'hospitalisation,

³ Source : Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&dateTexte=&categorieLien=id

- diminuer les transports sanitaires, « qui sont pour les personnes âgées, des facteurs d'anxiété et donc de risques » ;
- sécuriser le patient et son entourage :
- prendre en compte ses besoins, « c'est-à-dire un environnement respectueux de la qualité de vie. Au-delà de l'acte du soin, tout ce qui va contribuer au maintien à domicile, au lien social, va être un facteur de meilleur soin pour le patient. »

Pour les professionnels de santé :

- d'abord de pallier l'exercice isolé ;
- optimiser le temps médical ;
- encourager des échanges médicaux sécurisés ;
- acquérir de nouvelles connaissances médicales ;
- améliorer les pratiques ;
- décloisonner les activités :
 - « les exemples de téléexpertise sur les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), à Toulouse ou à l'IGR, peuvent être démultipliés. Face à des cancers rares, les spécialistes peuvent apporter leur expertise à distance »;
 - entre ville, hôpital, médico-social: « il nous faut des plateformes d'échanges sécurisées entre professionnels de santé, que ce soit dans les RCP, mais aussi de façon plus quotidienne entre ville et hôpital. Éviter que le compte rendu d'hospitalisation arrive une semaine après le retour du patient à domicile, c'est possible grâce à une transmission sécurisée ».

Pour les régions et les collectivités locales

« On doit être attentif à ne pas plaquer des modèles, mais à prendre en compte les spécificités des territoires, à l'écoute des besoins des professionnels, des patients, en synergie avec les projets portés par les collectivités territoriales. »

3.3 Une pratique courante en radiologie

3.3.1 Couvrir les déserts médicaux

Alain Houpert, sénateur de Côte-d'Or, témoigne. « Dans le nord du département, il y a un désert médical qui s'appelle le Châtillonnais. L'hôpital a perdu sa maternité. Ce territoire subit une triple peine » :

- pratiquement plus de médecins généralistes aux alentours,
- pas de spécialistes et donc pas d'expertise,
- pas de plateau technique.

« En tant que sénateur et radiologue, je me suis engagé auprès de l'hôpital local pour faire de la télémédecine. J'ai participé pour que la loi HPST inscrive la télémédecine dans le marbre. Maintenant, il faut la concrétiser sur le territoire. À Châtillon-sur-Seine, nous avons un plateau de radiologie conventionnelle. Tous les externes sont examinés en télémédecine par mon cabinet et mes associés. Et justement nous prenons le temps. Les patients gagnent du temps, ils ont le résultat pratiquement en temps réel, en une dizaine de minutes. Au moindre souci, nous téléphonons à l'opératrice que nous avons formée, et parfois au patient pour un interrogatoire précis. »

3.3.2 Donner le maximum d'informations en un minimum de temps

« Pour que la prise de décision soit optimale, nous devons donner le maximum d'informations au bon endroit, au bon moment, au bon acteur », résume Jean-Marc Blanc, directeur administratif et DRH à Agfa Healthcare.

Agfa Healthcare travaille dans deux directions :

- La disponibilité du diagnostic : en se rapprochant du processus de soins, on est amené à fournir des informations partagées au sein des établissements. Agfa va profiter de son expérience dans le domaine de la radiologie pour l'apporter aux unités de soin et dans l'accompagnement du dossier patient.
- La qualité du soin. Pour le patient, cela signifie :
 - l'amélioration de la qualité des soins et du confort ;
 - la traçabilité, la sécurité en cas de contentieux ;
 - la confidentialité du dossier patient. Très présent en Allemagne, Agfa doit scrupuleusement observer les conditions de sécurité d'accès à l'information du dossier patient;
 - l'accès rapide à l'information pour une réduction des risques médicaux ;
 - la sécurité durant son séjour.

« Sur le terrain, on observe que les médecins veulent rapidement avoir l'information devant eux, et ce, en toute simplicité ». Agfa Healthcare porte actuellement ses efforts sur des écrans tactiles « très sophistiqués, très proches des usages des médecins ».

« Y a-t-il une limite à cette quantité d'informations ? » s'interroge Alain Pérez, journaliste Sciences aux Echos.

Jean-Marc Blanc: « Au niveau de l'imagerie médicale, les flux se mesurent en téraoctets. Les établissements et les médecins souhaitent garder en ligne quasiment 2 à 3 ans d'images, de façon à pouvoir retrouver dans un temps limité, c'est-à-dire moins de dix secondes, une image qui a été prise il y a 5 mois. Les efforts doivent être portés sur le tri, l'organisation et la vitesse de l'information à laquelle cette information doit être disponible. Ces problématiques seront les mêmes dans le dossier patient. »

Pour Nicole Hill, directrice du secteur Santé Social chez Alcatel-Lucent, « cela va dépendre des usages. Aujourd'hui, le suivi des patients chroniques fonctionne très bien sur un téléphone mobile ou un smartphone et est peu gourmand en termes de bande passante. En revanche, si on parle de transfert d'imagerie médicale, ou de mutualisation de ce type d'application, le besoin en bande passante est important et se combine avec de la qualité de service. Les réseaux sont bien sûr un élément essentiel de cette transformation. Et là, c'est un problème de couverture très haut débit des territoires et d'aménagement de territoires numériques . »

3.4 Des progrès incontestables en cancérologie

Dans le domaine de la cancérologie, « les thérapies ciblées, peu connues il y a dix ans, sont devenues la règle du jeu », observe Alain Pérez. « Comment intégrer cette hyper complexification et cette avalanche d'informations ? »

Jérôme Viguier, responsable du département Dépistage à l'Institut national du cancer, part de trois applications pratiques.

3.4.1 Le dépistage du cancer du sein

Deux évolutions majeures :

- o Une transformation complète du parc de mammographie facilitera le transfert d'informations sous une forme numérique. Une fois passés les problèmes d'interopérabilité, il permettra :
 - de diminuer les coûts avec la suppression des films ;
 - l'accès à distance à travers la téléexpertise ;
 - l'accès aux banques d'images facilitera les comparaisons avec des examens établis deux ans plus tôt ;

- une qualité renforcée : le programme national prévoit un deuxième avis, indépendant du premier radiologue. Cela évitera de laisser passer des lésions ;
- de pallier la baisse de la démographie médicale : certains départements souffrent de la disponibilité des professionnels de santé.
- o La possibilité de croiser les bases de données permettra une analyse fine de la participation au dépistage. « En croisant les données de démographie médicale, d'organisation du système de santé, d'infrastructures routières, on pourra éventuellement comprendre pourquoi, à certains endroits, la participation est plus faible. »

3.4.2 Des outils d'aide au diagnostic et d'aide à la décision

Jérôme Viguier ne croit pas que l'arrivée de la médecine biologique et la personnalisation des traitements puissent nuire à la relation patient-malade. « Par contre, elles la complexifient. À chaque nouvelle arme, de nouvelles stratégies, de nouvelles possibilités sont offertes. Les schémas de traitement sont de plus en plus compliqués, les stratégies d'approche de plus en plus difficiles. Les référentiels, les protocoles, peuvent permettre éventuellement de s'y retrouver. »

Les systèmes d'information mettent à disposition :

- O Des outils d'aide au diagnostic et d'aide à la décision. « Ils prennent en compte de multiples critères que le cerveau humain ne peut pas gérer. Le recours à des bases de données et le résultat de multiples études est nécessaire. Par exemple, pour décider du traitement le plus adapté pour un cancer du sein, il faut prendre en compte l'âge, le grade, l'histologie, la présence de récepteurs hormonaux, etc. Pour décider du traitement, cette décision doit être rapprochée de bases de données sur le risque de récidive, le pourcentage de survie à dix ans. Des logiciels existent. »
- o **Une information plus rapide et plus organisée** : par exemple, suite à un congrès médical, « toute l'information est immédiatement disponible. »

3.4.3 Le dossier communicant de cancérologie

« Le dossier communicant de cancérologie est en quelque sorte le terrain d'essai du Dossier médical partagé (DMP) pour lequel l'ASIP Santé a repris le flambeau. Auparavant les dossiers communicants de cancérologie étaient régionaux et autonomes. Il y avait 17 systèmes différents. Si l'on changeait de région, le dossier ne suivait pas. À présent, le but est de les intégrer dans la plateforme du DMP, afin que toutes les informations liées au cancer de la personne puissent être accessibles aux professionnels de santé. L'objectif est de généraliser ce dossier communicant de cancérologie d'ici 2013. »

- C'est une véritable avancée. « Pour suivre et traiter efficacement un cancer, il faut avoir les données de biologie et d'imagerie. »
- **C'est un pari difficile**, « qui nécessite beaucoup d'adaptation, et surtout de faire travailler ensemble des professionnels de santé ».
- Son intérêt réside en partie dans son approche: « en arrivant après les logiciels métiers des différents acteurs de santé, il ne vient pas perturber le dispositif en place. »
- Qu'est-ce que c'est ? « Une base de données et un réseau de communication pour les professionnels de santé impliqués. En cela, il préfigure ce que sera le DMP. »
- La principale contrainte : « l'autorisation à l'accès à l'information. Elle sera donnée par le patient lui-même au professionnel de santé. »
- Comment le faire adopter ? « Les professionnels de santé doivent se l'approprier. Pour cela, le calibrage de l'information sera décisif. Il faudra mobiliser les établissements de santé et les Agences régionales de santé (ARS) de façon à ce qu'il devienne un véritable service. »

3.5 Des expériences concrètes en cardiologie

Dans le domaine de la cardiologie, l'UFCV, le bras opérationnel du syndicat national des cardiologues, a été mandaté par le GIP DMP, et maintenant par l'ASIP, pour établir le volet cardiologie du Dossier Médical Personnel, « indispensable à tout préliminaire de l'expérience de télémédecine », indique Jean-François Thébaut, président du Syndicat national des cardiologues (SNMSCV). « Nous travaillons également dans l'éducation thérapeutique. Le télésuivi et le coaching des patients seront des zones de recouvrement extrêmement importantes avec la télémédecine. »

Deux axes en cardiologie :

- Le télésuivi des dispositifs implantables (prothèse, pace-maker, etc.);
- Le suivi des maladies chroniques (insuffisants cardiaques, greffés cardiaques, diabétiques).

Des expériences concrètes existent en lle-de-France : « une plateforme de coaching téléphonique des patients insuffisants cardiaques existe sur 4 centres et fonctionne depuis plusieurs mois avec un financement de l'Agence régionale de santé. »

Enfin, au niveau de la Société française de cardiologie, il a été créé une commission mixte sur ce sujet.

3.6 L'Institut Télécom se mobilise dans la télésanté à domicile

Le Digital Health Lab de l'Institut Télécom regroupe l'ensemble des écoles de télécommunications autour des apports du numérique dans le domaine de la santé. Christian Roux, son directeur, est spécialiste de l'imagerie médicale. Ses travaux sont orientés vers le diagnostic et l'action thérapeutique en chirurgie et radiothérapie. En lien avec le CHU de Brest, ses travaux sont axés sur l'interprétation de l'image médicale, l'imagerie multidimensionnelle pour modéliser des organes, et le traitement de l'information médicale orientée vers l'orthopédie et l'aide au diagnostic.

Jérôme Boudy, chercheur à Telecom Sud Paris, nous fait part de ses recherches appliquées dans le domaine des capteurs vitaux embarqués. « Le but : détecter des phénomènes de détresse, comme des chutes, ou certains problèmes cardio-vasculaires, puisqu'on a travaillé sur la classification automatique de pathologies cardiaques. Problème : pouvoir porter ces capteurs de manière ambulatoire et complètement transparente. Nous sommes en lien avec le SAMU 92, et l'hôpital Broca qui est plus orienté vers l'usage des gérontechnologies numériques à domicile. »

Telecom Sud Paris et Telecom Paritech concentrent également leurs recherches sur « le confort de la personne, à travers le suivi journalier de l'activité, ainsi que sur la thérapie cognitive, aux premiers stades de la maladie d'Alzheimer. Des interfaces homme-machine sont utilisées, comme la vision ou la parole. Des expérimentations sont faites avec l'hôpital Broca. »

À Telecom Bretagne, on s'intéresse aussi aux « services interactifs aux personnes dépendantes, à travers des objets de la vie courante tel que le téléviseur ».

4. Des craintes

« Depuis la parution du décret de télémédecine, on entend un certain nombre de craintes quant à la déshumanisation de la médecine induite par l'utilisation des TIC », indique Pierre Lasbordes. « Des freins de nature sociologique sont présents. Nos concitoyens craignent une médecine dépersonnalisée, soustraitée. »

4.1 Surdiagnostic et médecine automatisée

Référentiels, protocoles numériques, manque de temps... Jacques Marceau se demande si l'on ne va pas « vers une certaine forme de médecine automatique. Dans le domaine de la cancérologie en particulier, ne faut-il pas craindre une médecine déshumanisée, avec le surdiagnostic et les protocoles automatisés ? »

Pour Jérôme Viguier, ces inconvénients doivent être maîtrisés. « Le surdiagnostic est un diagnostic porté

en excès, c'est-à-dire un diagnostic d'une pathologie qui ne se serait jamais révélé du vivant de la personne. Par exemple, le cancer de la prostate dont la médiane de survenue est à 71 ans. Dans 40% des cas, des stratégies automatisées permettent de diagnostiquer des cancers qui ne se seraient jamais révélés du vivant de la personne. »

« Il faut essayer de maîtriser au mieux cette marge de diagnostics qui ne sont pas utiles. Toutefois, avec l'évolution de la durée de vie, c'est peut-être plus intéressant de diagnostiquer ces cancers qui ne l'étaient pas il y a quelques années. »

Certes, la cardiologie a fait des progrès considérables. « Mais comment traduire tout cela humainement au patient ? » s'interroge Jean-Claude Boulmer, président de la Fédération nationale des associations de malades cardio-vasculaires et opérés du coeur (FNAMOC),

4.2 Une médecine déshumanisée et dépersonnalisée

Francine Leca témoigne. Professeur de chirurgie cardiaque, fondatrice de Mécénat Chirurgie Cardiaque - Enfants du Monde, elle reconnaît que « sa discipline est redevable de la technologie ».

« Quand je suis née, la chirurgie cardiaque n'existait pas. Pas de chirurgie pour les enfants atteints de malformation congénitale, pas de pontage pour les coronariens, pas de remplacement valvulaire. On était cardiaque. Si on ne pouvait pas être opéré, on mourrait. C'est donc vous dire à quel point notre discipline est redevable à la technologie. »

Mais elle apporte aussitôt un bémol.

« Quand on est en présence d'une famille qui vous amène un enfant à opérer, la technologie, elle s'en fiche. C'est quelque chose de normal. Ce qui est important à ce moment-là, c'est le contact qu'elle va avoir avec le soignant qui est en face. Il va pouvoir lui parler et lui expliquer que cet enfant qu'on va opérer, on va le guérir. »

Francine Leca considère que « le médecin et le malade forment un couple. Certes, c'est un mariage de raison, mais aussi de l'amour. Et même si c'est un mariage à durée brève, il doit être heureux. Il me semble qu'il y a quelques flottements actuellement. Et comme toujours dans un couple, les torts sont partagés. [...] Le médecin doit prendre le temps et le malade doit faire confiance, sinon cela ne fonctionnera pas. »

4.2.1 Prendre le temps avec le patient

« La technologie devenant pointue, le médecin se spécialise et il enchaîne les actes sans prendre le temps de s'occuper humainement de son patient », observe Francine Leca.

Transplanté cardiaque depuis 17 ans, Jean-Claude Boulmer a lui-même pu en faire l'expérience. « Les médecins ont de moins en moins le temps de parler avec vous. » Et c'est en tant que président de la FNAMOC qu'il souligne « un énorme manque de pédagogie autour de ces évolutions. Il ne faut pas oublier que le patient, qui est souvent un malade chronique, n'est déjà pas très réceptif. »

Jérôme Viguier observe que dans le plan Cancer, des temps spécifiques ont été aménagés, à travers :

- la consultation d'annonce : « après l'annonce du diagnostic, il permet au patient de consulter une infirmière ou un psychologue » ;
- le plan personnalisé de soin : « préalablement à l'examen, on explique au patient les différentes étapes de sa prise en charge » ;
- le retour au domicile : « après la prise en charge active du traitement, on va essayer de coordonner les différents acteurs qui vont prendre en charge le patient ».

4.2.2 Des interlocuteurs multiples

Le dispositif a lui aussi changé. « Il y a 17 ans, le chirurgien qui m'avait greffé me suivait », poursuit Jean-Claude Boulmer. « Aujourd'hui, vous avez six personnes différentes. L'un de vous fait une coronarographie, un autre vous suit, etc. C'est très difficile pour un patient de pouvoir s'y retrouver. »

Francine Leca confirme : « les médecins se regroupent par spécialité dans les cabinets. Bien que ce soit

indispensable pour les médecins, c'est parfois pénalisant pour le malade. Un jour, il va voir un cardiologue qui pose une indication, le lendemain il en voit un autre qui réalise un acte, le surlendemain il en voit un troisième pour passer la visite de contrôle. »

4.2.3 Faire confiance à son médecin

4.2.3.1 La judiciarisation de la médecine

Francine Leca : « Le médecin n'a pas le droit à l'erreur. Les malades veulent presque l'immortalité. Le dédommagement que l'on accorde au patient, c'est une très bonne chose, mais qui a aussi son revers. Nous assistons aujourd'hui incontestablement à une judiciarisation de la médecine. »

Conséquence directe : « Maintenant il faut tout dire au malade. Et si vous dites absolument tout à un malade, il arrive en général mort de peur à l'intervention. »

4.2.3.2 Internet et la désinformation

Francine Leca file la métaphore du couple. « Comme toujours dans un couple, il y a un troisième larron dans la relation patient-médecin. Et il s'appelle Internet. »

Pour Alain Pérez, « Internet est une source d'information qui joue un rôle extrêmement important, même s'il peut parfois compliquer la relation patient-malade. »

Francine Leca n'est pas exactement d'accord. « Nous avons fait dix ans d'études pour comprendre le fonctionnement d'un coeur. Ce n'est pas en dix minutes passées sur Internet que vous allez comprendre comment agit une cardiopathie. Cette fausse connaissance, un peu superficielle, amène souvent les patients à avoir des avis très tranchés. Elle trouble l'harmonie entre le médecin et son patient. »

Jean-Claude Boulmer va plus loin : « Internet me fait peur. Il désinforme le patient. Les informations sont parfois contradictoires. »

Alain Pérez tempère. « Une enquête récente démontre que les patients bien informés s'en sortent plutôt mieux que les patients mal informés, en partie grâce à Internet. »

Notamment dans la possibilité de mettre à disposition des informations « paramétrées et organisées », ajoute Olivier Mariotte. « Il faut aussi accepter une certaine uniformisation de l'information dans certains domaines, pour que les professionnels puissent se consacrer à certains domaines plus pointus. »

La cancérologie n'échappe évidemment pas à cette problématique. « Souvent, le pronostic vital est au rendez-vous », rappelle Jérôme Viguier. « L'information sur Internet, aussi bien calibrée qu'elle puisse l'être, est quand même source d'angoisse. C'est impossible sur Internet de diffuser une information personnalisée et adaptée au cas particulier de la personne. »

« Et justement, la principale évolution de la cancérologie au cours de ces cinq dernières années, c'est la personnalisation des diagnostics, des traitements et des prises en charge. Un véritable hiatus se creuse entre l'information disponible et une approche beaucoup plus individuelle et personnalisée. Cette approche ne peut se faire que dans le contact, en prenant le temps de donner les informations avec la personne, et en les expliquant au mieux. »

Alain Houpert apporte son point de vue de radiologue. « On dit souvent qu'Internet rapproche du lointain, mais éloigne du prochain. Je crois qu'il faut que la télémédecine soit aussi faite par le prochain. »

4.3 Vers une médecine sous-traitée ?

« Aujourd'hui un acte de télémédecine ne peut être remboursé en tant que tel », souligne Pierre Lasbordes. En effet, les actes de télémédecine ne sont pas encore inscrits dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), ni pris en compte dans la rémunération des professionnels de santé libéraux.

À ce sujet, Alain Houpert signale un « conflit entre la DGOS et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Il faut les codifier de manière raisonnable. Je me méfie un peu de la DGOS et d'autres services dont la conception est très technocratique. C'est important de donner la parole aux médecins. Chaque acte médical mérite un salaire. Si on les sous-codifie, je crains un risque de délocalisation. Tous nos actes de télémédecine se feront à l'étranger. Je souhaite que la télémédecine ne

soit pas faite à Dubaï. »

5. Faire preuve de pédagogie

5.1 Pour un plan de communication

Pour Pierre Lasbordes, il convient « de faire preuve d'une très grande pédagogie et de préciser avec force que l'intérêt de la télésanté ou de la télémédecine ne tient pas tant aux économies d'échelles réalisables qu'à la perceptive d'une restauration de l'égalité des chances entre les patients. D'une manière générale, les Français restent très attachés au modèle de notre système de soins, fondé sur des valeurs maîtresses de notre pays telles que l'égalité entre chaque citoyen.

La dernière recommandation de son rapport⁴ insiste plus particulièrement sur « cette nécessité d'informer et de générer l'intérêt et la confiance dans l'utilisation de la télésanté ».

Pour ce faire, le député de l'Essonne préconise « un vaste plan de communication national, ciblant en premier lieu les usagers, patients, aidants, professionnels de santé, en expliquant que la santé de demain, alimentée par ces progrès technologiques, se propose de replacer le patient au cœur de ce nouveau système et à faire de lui un acteur éclairé. L'objectif est clair : générer l'acceptabilité à cet usage et préparer les évolutions des pratiques professionnelles. »

5.2 Le rôle des associations et des fédérations

Olivier Mariotte observe que la FNAMOC et le syndicat des cardiologues ont signé un partenariat qui les amène à discuter « de façon très intense sur les critères d'information, des dossiers médicaux et d'assurabilité. Cela fait partie des choses qui peuvent donner de l'humanité et du respect entre les différents acteurs de santé. »

Qu'en est-il du rôle des associations et des fédérations en termes de pédagogie justement ?

Côté patients, Jean-Claude Boulmer reconnaît que « ce travail de pédagogie ne vient pas seulement des professionnels de santé, il vient aussi des associations. Mais notre problème est avant tout financier. Le bénévolat a malheureusement des limites. Avec 28 associations, on ne peut pas réunir 10 000 adhérents sans argent. »

Côté professionnels, « on doit faire la preuve de son efficacité ». Jean-François Thébaut, président du Conseil national professionnel de cardiologie, se souvient que « la carte vitale avait suscité une forte levée de bouclier au départ. À l'usage, on s'est aperçu qu'elle rendait service, au point que les médecins et les patients ne voudraient plus s'en passer aujourd'hui. En ce qui concerne la télésanté, on doit démontrer trois choses » :

- l'amélioration de la qualité des soins,
- la qualité de vie du patient,
- le modèle médico-économique.

« Médecins et patients sont les deux premiers utilisateurs ». Ils réclament un outil « simple, pragmatique, utile, abordable financièrement ».

5.3 L'orientation du patient dans le parcours de soins

Pour Francis Tobolski, radiologue à Paris, « la difficulté, c'est de rentrer dans la pratique. Le rendre opérationnel est extrêmement difficile dans la pratique quotidienne. On ne changera pas le comportement des médecins sans applications segmentées, systématisées, et qui soient acceptées par les patients. »

« Deuxièmement, le lien entre l'humanisation de la santé et le développement de la technologie n'est pas contradictoire. Mais dans la vie quotidienne, il y a un problème majeur : c'est l'orientation. »

Un problème difficile aussi bien pour le médecin traitant qui n'a pas forcément le temps, que pour le patient. « L'orientation, ce n'est pas seulement de voir quels sont les services qui ont fait le plus d'interventions avec le moins d'incidents. C'est aussi de savoir quel médecin est le plus proche du patient

-

⁴ Id. op. cit.

dans un territoire géographique donné. Parfois, cette attente est une vraie désespérance pour le patient. »

Auditionné dans le cadre de la commission Legmann⁵, Francis Tobolski avait proposé d'inventer « un nouvel interlocuteur qui soit en fin de compte le lien entre la santé et le médico-social. Dans la mesure où le médecin traitant n'en aura peut-être pas le temps, ce nouvel interlocuteur, forcément « neutre », « homologué », doit être « un intervenant territorial pour les patients. »

Pour finir, Francis Tobolski, avec Olivier Mariotte, se demandent si « l'orientation du patient dans le système de santé peut se régler par des applications technologiques ».

« Ce concept de GPS santé est-il viable ? » demande à son tour Alain Pérez.

5.4 De nouveaux métiers

Selon Jean-Claude Boulmer, « le financement de ce troisième intervenant sera peut-être un peu difficile. Par ailleurs, le patient doit prendre connaissance de l'existence de ce dispositif ».

Pierre Lasbordes pense que « ce serait une bonne chose que les collectivités territoriales jouent un rôle actif dans cette pré-orientation, en particulier celles qui souffrent d'un problème de désertification médicale. Mais ce transfert de compétences implique de nouvelles charges qui pourraient amener à une augmentation des impôts locaux. »

Solange Ménival, vice-présidente du Conseil régional d'Aquitaine, en charge de la santé, fait observer que ce dispositif existe déjà dans certains départements où l'on a mis en place des « Clic »⁶ (Centre local d'information et de coordination). « Ce sont des outils de coordination avec du personnel infirmier qui n'est pas directement lié à un médecin, mais qui s'inscrit dans un réseau hospitalier en lien avec les médecins généralistes. Les CLIC ont en charge la coordination et l'orientation du malade, à la fois sur des soins de réadaptation ou sur du retour à domicile, y compris sur le portage des repas et la femme de ménage. La prise en charge financière est assurée par le département. »

Béatrice Falise Mirat, directrice associée en charge des systèmes d'information à l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), pense elle aussi qu'une des clés de la réussite de la télémédecine passera par « la définition de nouveaux métiers et de nouveaux rôles. Les infirmières auront probablement des rôles plus importants à jouer. Des délégations de compétences sont à mettre en place. »

6. Quelle politique industrielle pour le développement des technologies numériques de santé ?

Pour Pierre Lasbordes, « les industriels sont prêts à investir. La prise de conscience émerge, les acteurs s'emparent du sujet. »

6.1 L'apport des industriels

6.1.1 La qualité de service

Comment un opérateur tel que SFR définit-il la qualité de service ?

- la mise en relation du patient chez lui, chez son médecin, ou dans un établissement, avec un établissement spécialisé ;
- la continuité du lien :
- l'authentification et l'identification réciproque ;
- l'intégrité des informations transmises ;
- la sécurité des données : d'un côté la protection de la vie privée, de l'autre la confidentialité des informations médicales.

⁵ « Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale », mission confiée au Dr Michel Legmann, avril 2010, ch. 2.3.3 : De nouvelles fonctions : «assistant de santé» et «coordonnateur d'appui». http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000184/0000.pdf

⁶ Le portail des CLIC du ministère de la santé : http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr

« À petite échelle, l'utilisation de l'Internet de base peut paraître suffisante », observe enfin Richard Lalande, directeur général adjoint de SFR. « Cependant il pose des problèmes de piratage, de protection des données personnelles, voire de substitution d'identité. Le rôle des opérateurs est d'offrir des services managés, des connexions sécurisées à travers la création de tunnels destinés à assurer une qualité de service de bout en bout. »

6.1.2 Le point de vue du Syntec Santé

Point d'entrée entre les instances représentatives, les pouvoirs publics et les industriels, Syntec Santé a publié un livre blanc sur l'hôpital numérique⁷ en 2010, un autre sur la télémédecine est prévu en juin 2011. Christian Nibourel, son président, indique que l'objectif des industriels est de :

- fournir des systèmes d'information les plus adaptés aux besoins des professionnels. Ils ne doivent pas devenir le parcours du combattant du patient et du professionnel de santé ;
- placer le patient au coeur du système de soins ;
- assurer la continuité de soins entre l'hôpital et au-delà;
- améliorer la qualité des soins ;
- donner du temps au professionnel de santé pour qu'il maximalise l'utilisation de son expertise.

6.1.3 Une capacité à trier dans les nouveautés techniques

Frédéric Massé, directeur des relations Institutionnelles, SAP France: « Dans nos labos, des gens réfléchissent aux potentialités. Des tendances se dessinent » :

- le cloud computing ou « la capacité à banaliser l'accès à la ressource technique. C'est un facteur d'amélioration de l'efficacité du déploiement dans toutes les structures hospitalières des TIC ».
- Le software as a service (Saas), soit « le modèle économique de consommation et de facturation de l'activité. Le projet de système d'information hospitalier en Picardie a démarré sur cette base-là ».
- les réseaux sociaux : « en tant qu'industriel, on constate que nos grands clients industriels utilisent les réseaux sociaux, en interne pour améliorer la communication et la créativité, mais aussi en externe, pour aller recueillir de l'information auprès du client final. »

6.1.4 Une vision internationale

Selon Olivier Mariotte, « il n'y aura pas de révolution en télémédecine sans industriels et opérateurs qui apportent leur vision parangonnée à ce qui peut se faire dans d'autres univers que celui de la médecine ».

Nos « champions industriels français » comme le dit Nicole Hill, directrice du secteur Santé Social, Alcatel-Lucent, peuvent ils avoir ce rayonnement en France et à l'international ?

Alcatel-Lucent, division Santé

Présent dans 130 pays, Alcatel-Lucent a créé depuis quatre ans une division Santé. « Nous travaillons sur deux suiets clés » :

- Les hôpitaux connectés, « où les solutions de communication sont au coeur du parcours de soins ». Nicole Hill donne deux exemples :
 - Des outils de collaboration : une infirmière, au lit du patient, aura accès aux informations sur un écran multimedia , et elle pourra mettre en place une collaboration adaptée au contexte, pour avoir un avis ou faire un appel.

^{7 «} L'hôpital numérique à l'heure de l'ouverture », Syntec informatique, mai 2010 http://www.syntec-numerique.fr/content/download/939851/14244506/file/LIVRE BLANC SYNTEC WEB.pdf

- o La gestion de la relation au patient à travers les centres d'appels.
- La télémédecine. « Nous proposons des réseaux à performance optimisée, mobiles et fixes, et ce qu'on appelle l'« Application Enablement », qui apporterons la sécurité, la qualité de service et la robustesse aux actes de télémédecine; nous disposons d'ors et déjà de solutions pour le maintien à domicile, le suivi des patients chroniques. Nous travaillons également dans les domaines de la communication immersive, le « machine to machine » et des plateformes d'innovations comme une plateforme de « clinique virtuelle »,. Nous le faisons en France et beaucoup à l'étranger. Avec Orange, nous avons lancé la première offre commerciale sur le suivi de patients chroniques en Autriche. L'idée est d'en faire une plateforme ouverte multiopérateurs qui inclut des acteurs de santé. En France, nous avons également un certain nombre de réalisations. »

Orange, division Santé

Patrice Cristofini, directeur des alliances stratégiques et partenariats à la division Santé d'Orange, résume le rôle d'Orange en une phrase : « on transporte la donnée de santé, dont on est hébergeur ». Depuis trois ans, la division internationale Santé d'Orange vise trois grandes cibles :

- le patient,
- les professionnels de santé,
- les hôpitaux et l'ensemble de l'écosystème.

« Il y a très peu de temps, Orange a été reconnu comme hébergeur de données de santé agréé. Orange est très présent en Afrique et au Moyen-Orient, où l'on a des projets de « Mobile health » qui se développent. La France ne doit pas rater le tournant. »

• SAP

« Le monde de l'hôpital et de la santé en général a une double qualification. D'abord, cet environnement est complexe, les attentes des différentes parties prenantes ne sont pas toujours synchronisées. Ensuite, les conséquences du système d'information sont vitales »

« Parmi ses 100 000 clients dans le monde, SAP compte 60% de PME, soit des entreprises de taille équivalente à un établissement hospitalier moyen en France. » Frédéric Massé se dit « convaincu qu'en apportant des produits, des méthodes, mais surtout une expérience, SAP apporte aussi des retours d'expériences sur des pays qui nous sont comparables. Un certain nombre de pays européens ou de grands pays dans le monde qui ont réussi ou subi des échecs, dont nous devrions savoir tirer les conséquences. »

6.2 Les conditions du développement industriel

6.2.1 La responsabilité du tiers technique

« Un opérateur me disait récemment que tant que tout ne sera pas clarifié au niveau de la responsabilité de l'opérateur, on ne mettra pas les pieds dans la santé », lance Jacques Marceau.

Sur ce point, la position des autres opérateurs semble arrêtée.

Richard Lalande pour SFR : « Nous sommes des postiers. Nous ne pouvons pas rentrer dans ce qui peut correspondre à une responsabilité médicale. Notre rôle est de transporter d'une manière sécurisée et de qualité. Notre responsabilité s'arrête là. »

Orange a la même position : « on ne se substituera en aucun cas au choix des contenus d'informations qui doivent circuler », déclare Patrice Cristofini.

« Qui est responsable en cas d'incident ? » demande Béatrice Falise Mirat. « On aura des solutions globalisées avec du transport de données, mais aussi une machine au bout qui va récupérer une image,

un dossier patient. L'ensemble doit être cohérent pour répondre aux exigences de sécurité : en particulier l'opposabilité du tiers technique va se mettre en place. De nouvelles interrogations vont se poser aux industriels. »

6.2.2 La chaîne de valeur

« Pour transmettre une information d'un patient à un médecin, d'un médecin de ville à un hôpital, d'un patient à un hôpital, on doit définir en amont qui sont les acteurs impliqués. » Pour Patrice Cristofini, cette chaîne de valeur est :

- fonctionnelle : « qui fait quoi ? »
- technologique : « quels seront les différents composants ? »

« Cette chaîne de valeur, nous l'avons définie », affirme Nicole Hill. « A la différence d'autres pays, il y a eu une vraie structuration en France entre la définition de la télémédecine dans l'organisation des soins et la télésanté. Les champions industriels français peuvent avoir un rayonnement en France et à l'international. L'industrie pharmaceutique est également forte. Et je peux vous dire qu'elle s'intéresse à proposer de nouveaux services incluant ces technologies. Enfin, nous sommes prêts à travailler sur ces modèles médico-économiques d'usage et des modèles coûts-bénéfices, qui permettront cette émergence. Enfin, il faut permettre la constitution de consortiums bien définis, ne pas oublier les grandes entreprises, et associer les PME. Seul un cadre à la fois juridique et financier porteur peut nous y amener. »

6.2.3 L'interopérabilité

« Toutes les industries qui se sont concentrées dans les systèmes d'information sont passées par la définition de normes, de standards, de référentiels communs, connus, partagés, pérennes », affirme Christian Nibourel. « On attend des normes et des standards sur les systèmes d'information, sur les grands référentiels qui doivent piloter l'activité de santé, mais aussi sur l'interopérabilité pour pouvoir bâtir des logiciels et investir dans des infrastructures qui supporteront toute cette activité. »

Béatrice Falise Mirat : « pour un vrai déploiement de grande ampleur, l'interopérabilité est un sine qua non. Il faut suivre les indications de l'ASIP. »

Indispensable aux fonctionnements des systèmes de santé, « l'interopérabilité est-elle réellement adaptée aux pratiques médicales ? » s'interroge Gérard Domas, président d'Interop'Santé. « L'hétérogénéité des pratiques médicales est un frein à la progression des systèmes d'information de santé. Jusqu'à présent, on a surtout progressé par l'informatisation des silos. »

Gérard Domas rappelle en effet que « 70% des établissements hospitaliers ne disposent pas de systèmes d'information médicale partagés qui prennent en compte l'ensemble des processus métiers, que ce soit avec les autres services d'un même hôpital, ou avec d'autres hôpitaux ».

Béatrice Falise Mirat confirme : « Les systèmes d'information hospitaliers sont peu matures sur un versant clinique. Moins de 30% de nos hôpitaux français sont sans papier, sans radio, totalement dématérialisés. »

Nicole Hill est résolument optimiste : « nous pensons que les télécoms créent ce lien crucial pour éviter ces silos d'information, en permettant aux personnels de santé d'être physiquement ou virtuellement présents au pied du patient. » Elle cite en exemple le Children's hospital du Univertsity of Pittsburgh medical Center à PIttsburgh Usa « un hôpital sans papier, où le personnel soignant est équipé de PC mobiles installés sur des chariots leur permettant ainsi de passer plus de temps au pied du patient ».

Jean-François Thébaut pense avant tout au dossier médical partagé entre les professionnels. En raison du très grand nombre d'intervenants qu'implique la télémédecine, y compris le secteur paramédical, « c'est la pierre angulaire du dispositif de télémédecine ». À ce titre, « l'interopérabilité sera indispensable pour se raccorder à tel processus, à tel cabinet de radiologie, ou à tel centre de cancérologie. Pour le médecin traitant comme pour le spécialiste, il faut que tout cela soit simple, transparent, efficace. »

6.2.4 Les partenariats et la collaboration

« Il ne suffit pas de décréter des standards, encore faut-il les mettre en situation d'utilisation », poursuit Gérard Domas. « On appelle cela profiler les standards, c'est-à-dire travailler sur les cas d'usage, afin de vérifier s'ils sont bien adaptés aux pratiques médicales. Cette mise en situation ne peut passer que par un travail de collaboration entre les professionnels de santé et les industriels. »

C'est précisément ce que fait Interop'Santé. Depuis 20 ans, cette association travaille sur la mise en place de standards en informatique de santé permettant l'échange des informations entre les différents systèmes. Ces travaux internationaux réunissent deux standards : HL7 (Health Level Seven International) et IHE (Integrating the Healthcare Enterprise), lequel permet de définir les cadres d'échanges entre les professionnels de santé.

« Le temps, la conduite du changement, la collaboration avec les professionnels de santé : là réside la condition de la réussite », estime Gérard Domas. « Les médecins sont toujours un peu réticents à l'idée de participer à des projets communs. La complémentarité entre ces différents projets, l'attirance pour la technologie de la pratique médicale, doivent se confirmer sur l'ensemble des projets intra-hospitaliers. » Et c'est « ensemble que nous devons construire des maîtrises d'ouvrage solides, qui permettent de coordonner tous ces projets ».

Interop'Santé associe dans ses travaux visant l'interopérabilité des industriels, des professionnels de santé et des représentants de la gouvernance. À titre d'exemple, « l'essentiel du cadre d'interopérabilité, qui est devenu opposable grâce à l'action de l'ASIP, est constitué de la reprise et de la continuité des travaux d'IHE ».

Richard Lalande appelle lui aussi de ses vœux « un partenariat, un travail en commun ». « Le développement de la télémédecine à grande échelle va nécessiter une adaptation réciproque entre FAI haut débit, le monde médical et les patients. Au-delà du partage de responsabilités entre professionnels de santé, il y a aussi un partage de responsabilités entre le monde de la médecine et le monde des opérateurs. Si la transmission est notre métier, tout ce qui relève de la médecine n'est pas le nôtre. Il faudra bien réguler ce problème de partage. Il faudra aussi définir des interfaces communes, des modes d'interfonctionnement, permettant à chacun d'avoir le choix de son service. Ce travail de normalisation, de mise au point d'interfaces communes, doit permettre de maintenir le choix et de réduire les coûts. »

Chez Orange, « les partenariats stratégiques sont incontournables pour pouvoir délivrer une solution esanté totalement fiable. Notre vision consiste à partir de l'échelon régional, en France comme à l'international », confie Patrice Cristofini.

D'une façon plus générale, Steven Andlauer pointe « nos excellences pertinentes pour l'e-santé, à la fois académiques et industrielles, dans la mesure où l'on parvient à les faire converger : la médecine, les mathématiques, le droit et la déontologie, les nanotechnologies, la pharmacie, les télécoms, les assurances, et les jeux vidéo ».

6.2.5 La maîtrise d'ouvrage

Pour Nicole Hill, « il ne faut pas mettre trop de préalables à l'action. Des industriels se sont positionnés sur cette chaîne de valeur. On s'appuie sur les rapports sur la télémédecine et la télé santé. Ce qui peut favoriser l'émergence de la télémédecine, c'est vraiment la création de maîtrise d'ouvrage, dans laquelle les acteurs industriels, en collaboration avec les professionnels de santé, les patients, les payeurs publics et privés, et autres acteurs de la chaîne de valeur, vont pouvoir travailler ensemble pour monter ces fameux partenariats public-privés »

Patrice Cristofini rejoint cet avis : « les règles doivent être définies au départ dans la maîtrise d'ouvrage. Tant que la maîtrise d'ouvrage ne sera pas parfaitement définie, il nous sera impossible de délivrer une maîtrise d'œuvre qui soit à la hauteur des enjeux de projets de technologie. Les investissements doivent être suffisants sur l'approche de maîtrise d'ouvrage. »

6.3 La conduite du changement

Patrice Cristofini a un slogan : « la réussite, c'est un peu de savoir, un peu de savoir faire, et beaucoup de faire savoir. Dans la réussite des projets technologiques, 20% c'est de la technologie, 80% c'est de l'usage et de l'accompagnement au changement. »

Pour cela, il faut « une vision autour d'une stratégie établie », estime Christian Nibourel. « La sous-estimation de la conduite du changement au niveau organisationnel, c'est la perte de tous les projets. Quand on met 100 dans un système d'information, il faut mettre 100 dans la conduite du changement. Le rythme, ce n'est pas une question de niveau d'ambition. Le rythme doit être à l'intérieur du niveau d'ambition dans lequel je me situe. Si je me place à un niveau d'ambition de 20, et que toutes les composantes de ce projet pour réussir sont là, alors mon rythme est garanti, parce que demain, je vais passer à 30. » [...] Ce qui manque, c'est le rythme dans les projets. On a besoin de persistance, de rythme, de référentiels qui soient stables. »

« Actuellement, ce rythme, je ne peux pas l'avoir », témoigne Pierre Espinoza, en charge de l'évaluation télémédecine à l'hôpital Georges-Pompidou. « Il nous manque peut-être quelques instituts de télémédecine dans différentes régions françaises pour que les utilisateurs puissent faire promouvoir l'ensemble des nouvelles organisations indispensables. Le promoteur d'une technologie doit pouvoir concrétiser ses travaux sur le terrain. »

6.3.1 La pérennité des investissements

N'oublions jamais que le but pour un entrepreneur est « d'assurer la stabilité de l'entreprise et la pérennité des investissements ». Christian Nibourel relate sa propre expérience à Accenture. « On y croyait tellement au dossier médical personnalisé que l'on a même créé une filiale ad hoc sur le conseil des professionnels de santé. On a même participé aux premières expérimentations. Au final, on n'a pas pu répondre au DMP. C'était trop tard. Cet investissement a été perdu. »

Pour Gérard Domas, « le risque est de voir une dispersion importante des moyens. Les moyens financiers peuvent déshériter certains projets. Aujourd'hui nous manquons singulièrement d'une coordination, d'une délégation ou d'une direction stratégique pour réussir à harmoniser tout cela. Exemple : on parle beaucoup des projets de l'ASIP, mais on s'aperçoit que les systèmes d'information hospitaliers sont dans une phase de changement. On ne sait plus très bien comment assurer la continuité du plan hôpital 2012 et son volet système d'information. Les systèmes d'information hospitaliers ne peuvent-ils pas constituer une épine dorsale pour les Espaces régionaux de santé ? »

6.3.2 Efficacité et pertinence

Frédéric Massé appelle cela « la mise en musique ». « La définition d'une vision industrielle du déploiement des technologies de l'information et de la communication dans le monde de la santé passe par les enjeux de l'hôpital 2012 par rapport aux enjeux de la télémédecine et aussi par la question de l'ambulatoire, de la permanence du soin, en termes de cartographie par exemple. Une vision holistique signifie la mise en place d'une gouvernance qui va permettre de gérer les risques et les priorités. C'est un arbitrage politique. »

« Avant de se poser la question de l'efficacité, il faut aussi se poser la question de la pertinence. Peut-on par exemple assigner à la télémédecine l'objectif de générer des économies ? Le pilotage de l'efficacité de l'efficience, c'est-à-dire du système d'information des systèmes d'information, nous permettra de dire que » :

- ce qu'on a décidé de faire est pertinent ;
- on le fait de manière efficace ;
- en plus, on peut garantir qu'on le fait au meilleur coût.

« Cela s'inscrit par construction dans la gestion de ces projets et de ces programmes », conclut Frédéric Massé.

C'est pourquoi le Syntec Santé réclame « une gouvernance claire ». « La loi hôpital 2012, la création de

l'ASIP et de l'ANAP montrent la voie. Ils sont des interlocuteurs qui nous permettent de travailler dans la durée », affirme Christian Nibourel.

Mais quelles sont les missions et les actions d'une jeune agence comme l'ANAP au juste?

6.3.3 L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

« Pas de nouvelles organisations et pas de systèmes d'information sans nouvelles technologies », déclare Béatrice Falise Mirat.

Créée le 23 octobre 2009, l'ANAP regroupe les expertises fortes du Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) et la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) sous la forme juridique d'un Groupement d'intérêt public (GIP). Ce GIP réunit l'Etat, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

- Sa mission :
 - l'appui et l'accompagnement des établissements sanitaires ou médico-sociaux ;
 - l'appui aux Agences régionales de santé (ARS).

L'ANAP travaille en mode projet pour venir en appui à la performance.

- Les actions de l'ANAP se déclinent à plusieurs niveaux :
 - la création d'outils ;
 - l'accompagnement d'établissements sur deux trois ans ;
 - la capitalisation sur les retours d'expériences ;
 - la méthodologie sur les nouvelles organisations : promotion et mise en place de la chirurgie ambulatoire dans les établissements, décloisonnement dans le parcours de patients dans les territoires (lien sanitaire et social, coordonner aval et services d'urgences).
- Pour structurer son action, l'ANAP se base sur la définition qu'en donne l'OMS :
 - la qualité des soins ;
 - la satisfaction des personnes qui y travaillent ;
 - l'équilibre médico-économique.

« On touche notamment aux ressources humaines et aux organisations dans les établissements, que ce soit la gestion du patrimoine, les nouvelles technologies et les systèmes d'information », précise Béatrice Falise Mirat.

- Les clés de la réussite de la télémédecine :
 - un cadre financier abouti;
 - un cadre juridique abouti;
 - une organisation qui a été pensée et structurée ;
 - l'analyse des usages.

« Pourquoi et avec qui on la fait ? Quels sont les usages et comment vont-ils modifier le travail des personnes ? Quelle est l'organisation qui va la sous-tendre ? On voit que lorsque la bonne volonté qui a fait naître un pilote de télémédecine disparaît, très souvent ce pilote meurt, ou du moins, diminue fortement en activité. »

6.3.4 Quelques pistes de réflexion de l'IDATE

Steven Andlauer égrène quelques éléments clés du développement de l'e-santé en France, sans exhaustivité :

- s'inscrire dans un marché intérieur a minima européen ;
- **sélectionner un projet industriel prioritaire** : « c'est-à-dire résister à la tentation de viser toutes les expertises industrielles » ;
- **éviter le méga-projet** : « déployer plutôt régionalement, en priorité dans les régions petites ou à faible densité, plus simples à mettre en œuvre » ;
- assurer la **cohérence financière** et **l'interopérabilité** au niveau national ; Notamment avec une gouvernance claire.
- **la formation**: « favoriser la formation des opérationnels à la gestion du changement organisationnel que ces projets impliquent. On parle de gros projets informatiques qui ne sont pas forcément dans le cursus d'apprentissage des médecins » ;
- les usages : « considérer que si c'est plus pratique d'usage ou que les résultats sont meilleurs, les médecins, les patients, les aidants, les auxiliaires de soin, utiliseront les outils numériques de la vie courante (en général leur iPhone), sans attendre un feu vert ou un plan national ».

7. Quel cadre organisationnel et juridique pour la télémédecine et le mobile health?

7.1 Le décret relatif à la télémédecine

« La DGOS pilote la télémédecine et non la télésanté. La télésanté est beaucoup plus large. Elle pose des problèmes que ne pose pas tant que cela la télémédecine. » En tant que directrice de la DGOS, Annie Podeur concentre donc ses propos sur la télémédecine, qui constitue « un sous-ensemble de la télésanté », et pour lequel « nous avons maintenant une stratégie qui se dessine, et qui génère de nombreux impacts sur l'approche du diagnostic et du soin ».

Un socle fondamental

« Le décret relatif à la télémédecine du 21 octobre 2010 constitue un socle fondamental qui vient préciser la voie ouverte, définit une stratégie par rapport à la loi HPST ». Annie Podeur estime en effet qu'« on dispose à la fois d'un dispositif et d'une stratégie équilibrée et consensuelle », à travers la définition :

- des 5 actes constitutifs de la télémédecine.
- des conditions de mise en oeuvre et de financement de ces actes,
- des modalités de pilotage, de régulation et d'organisation sur un territoire de santé.

Ce décret « va permettre de soutenir et de développer de façon volontariste la télémédecine » :

- en adéquation et en réponse aux besoins identifiés ;
- en veillant à travailler sur les organisations ;
- en veillant à la performance globale, c'est-à-dire l'efficience et la qualité conjuguées, parce que ce n'est pas antinomique.

Les perspectives de déploiement

Pour Annie Podeur, ce décret nous permet de passer « du temps des pionniers à l'ère de l'industrialisation, et ce, dans un cadre sécurisé ». C'est « un instrument au service des politiques de santé publique, des professionnels de santé et des patients ».

« Mais le pilotage demande une véritable conduite du changement. Concrètement, il s'agit de mobiliser les acteurs d'un territoire de santé autour de nouvelles logiques d'organisation. Si on ne bouscule pas les

organisations, on ne déploiera pas la télémédecine, et ce, pour une prise en charge optimale. »

Annie Podeur en appelle à l'implication de l'ensemble des acteurs. « Il faut que tous les acteurs, à l'échelle nationale, à l'échelle régionale, ceux qui sont juste à la conjonction du haut et du bas, puissent accompagner cette importante gestion du changement, préparer les modifications organisationnelles afférentes, et faire preuve de pragmatisme et de faculté d'adaptation. »

- « Nous sommes encore aujourd'hui au stade d'expérimentation » :
 - le cadre économique est à construire : « avec les autres ministères, en particulier l'Industrie, avec l'Assurance Maladie, les sociétés savantes, les professionnels de santé de terrain et les usagers » ;
 - il manque de nombreux éléments techniques, industriels ;
 - il reste des problèmes juridiques, sociologiques, éthiques, tels que la eprescription;

« Ces jalons d'une nouvelle forme d'organisation des soins […] imposent que nous travaillions encore ensemble et que nous conduisions un travail de fond. »

7.2 Les obstacles au déploiement

7.2.1 De nombreux freins

« Avec la parution du décret relatif à la télémédecine, cette application quitte enfin son statut expérimental. Définitions, conditions de mise en oeuvre, et organisation sont à présent codifiés », reconnaît Pierre Lasbordes. « Pour autant, la mise en place de ce cadre légal ne doit pas faire oublier qu'il existe encore des obstacles au déploiement, qui devront également faire l'objet de précisions législatives de la part des pouvoirs publics. Ce décret ne constitue qu'un pré-requis au développement de la télésanté. »

Ces obstacles, on l'a vu, sont exprimés à la fois par les patients, par les professionnels de santé (> ch. 4, Des craintes) et par les industriels (> ch. 6.2, les conditions du développement industriel).

Citons pêle-mêle:

- l'organisation (répartition des rôles et conduite du changement);
- les règles de responsabilité ;
- les problèmes de rémunération ;
- la tarification des actes ;
- le financement ;
- l'interopérabilité (cloisonnement des procédés et des logiciels de télémédecine);
- le risque de déshumanisation lié à l'utilisation des TIC ;
- la crainte d'une médecine sous-traitée ;
- l'acceptabilité à cet usage (perte de temps et utilité)
- le respect des droits du patient.

Outre la crainte d'une « médecine dépersonnalisée et sous-traitée », Pierre Lasbordes s'attarde en particulier sur quatre points :

• L'interopérabilité: « il existe aujourd'hui un cloisonnement des procédés et logiciels de télémédecine. La plupart des grands projets qui se développent en France ou dans le monde se heurtent à cette difficulté. Les prestataires de soins développent des pratiques, des langages, et des processus fortement disjoints. Or garantir l'interopérabilité, c'est garantir la flexibilité et l'autonomie des acteurs, sans pour autant exiger l'instauration ni bien sûr l'uniformisation. »

• Les règles de responsabilité : « Les textes réglementaires devront être accompagnés par la mise en place du groupe de réflexion sur l'élaboration de conventions types afin de fixer les règles de responsabilité de chacun des acteurs. C'est encore plus impératif dans le cadre de la télésanté où de multiples professionnels ont vocation à intervenir : médecins, infirmiers, pharmaciens, aidants. Le déploiement optimal demande une forte volonté, un travail commun entre tous, y compris avec les complémentaires de santé. »

Sur ce point, Jean-Marc Thébaut indique que le Syndicat national de cardiologie a fait faire « une analyse juridique complète de ces textes, afin de voir quelle était notre responsabilité. Hormis le problème de la confidentialité des données, on est strictement dans le droit commun, le droit civil, le droit déontologique. Le fait que ce soit télémédecine ou pas ne change rien. »

• La propriété des données médicales : « Les patients devront également bénéficier d'un strict respect de leurs droits et d'une véritable information quant au traitement de leurs données médicales : qui pourra y accéder ? Sous quelles conditions ? Comment et par qui seront-elles archivées ? »

Sur ce point, Emmanuel Pavageau, coordination du pôle "Solutions technologiques et produits" de la Commission parlementaire Télésanté, indique que les maisons médicales de garde et les réseaux d'urgence vitale font signer des « consentements éclairés » qui donnent le droit aux professionnels concernés de faire circuler leurs données de santé. « Depuis dix ans, j'ai constaté que les consentements éclairés étaient une pratique qui marche. » Toutefois, il se dit surpris. « Depuis dix ans, je n'ai pas vu un seul cas où un patient a demandé à regarder ces informations, alors que tout le dispositif informatique sous-jacent est disponible. En ce qui concerne les professionnels, une vingtaine seulement ont demandé à intervenir sur la responsabilité du patient. Sachant que c'est le frein le plus puissant sur l'accumulation de données patient, doit-on aller plus loin dans le consentement éclairé, qui est une simple formalité ? Doit-on expliquer au patient ce qu'est l'authentification, l'hébergement ? »

• Le financement des actes de télémédecine : Pierre Lasbordes en appelle à une « véritable concertation entre les professionnels concernés et l'Assurance Maladie. La révision de la nomenclature des actes devra se faire avec le souci d'une limitation du risque inflationniste en adoptant une tarification maîtrisée. »

7.2.2 La complexité du cadre légal

« Nous en sommes aux septièmes assises, souligne Olivier Mariotte. « Ces questions sont dans les réflexions de l'ensemble des acteurs depuis une bonne vingtaine d'années. Ces pistes technologiques sont utilisées par des enfants à l'heure actuelle. L'Internet et les outils de communication font partie du vécu quotidien des enfants, au point que cela charge le budget des familles. Ce qui me choque, c'est que tous ces outils, on les attend encore en télésanté! »

Et pourtant : « on a un corpus législatif qui donne la possibilité de passer à l'acte ; le décret va faire en sorte de passer à l'acte ; à partir de là, on va retomber dans un système qu'on connaît pour l'évaluation du dispositif médical et du médicament. Ce système, extrêmement long, va devoir intégrer des données de l'AFSSAPS, de la HAS, de la Direction générale de la santé et de l'ensemble des directions centrales. La télémédecine en 2020 ? En tant que citoyen, je ne vois pas », conclut Olivier Mariotte.

Jean-Marc Thébaut rappelle la classification des quatre types de télémédecine : téléconsultation, téléexpertise, télésuivi, téléassistance. Si le décret Télémédecine « encadre de manière extrêmement précise cette activité, chacune de ces rubriques va nécessiter la mise en place de réglementations et d'autorisations » :

- Les actes médicaux « relèvent du champ de la Commission de hiérarchisation des actes et des prestations (CHAP) ».
- La prise en charge des dispositifs et des services, « qui peuvent concerner des opérateurs comme l'industrie pharmaceutique, relèvent plutôt du mécanisme Haute autorité de santé (HAS), Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), Comité économique des produits de santé (CEPS) ».

• L'organisation du reste est soumise à autorisation régionale, « qui relève des ARS et de la DGOS, avec un verrouillage complet des possibilités d'expérimentation en région. Pour promouvoir une expérience de télémédecine finançable aujourd'hui, il faut être missionné par une ARS ».

Ce faisant, Jean-Marc Thébaut dessine la complexité de la mise en place de ce cadre légal. Il identifie essentiellement deux « freins » au déploiement de la télémédecine :

- le financement ;
- les enjeux de pouvoir entre les prérogatives des différentes structures ARS, DGOS, et syndicats médicaux.

7.3 Le financement de la télémédecine

7.3.1 Des crédits déconcentrés en région

« Nous avons des moyens d'intervention en termes de financement », indique Yannick Leguen, sousdirecteur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins à la DGOS. « Les régulateurs régionaux seront en première ligne pour déployer le cadre de la télémédecine », avec :

- Le volet télémédecine du Projet Régional de Santé : « Indépendamment du décret Télémédecine, chaque région doit définir un volet Télémédecine dans le cadre du Projet Régional de Santé pour la fin de l'année 2011. »
- 2 fonds déconcentrés au niveau régional :
 - des fonds dits fixes destinés à la médecine libérale,
 - des fonds destinés aux établissements de santé (fonds SBP).

« Ils vont permettre aux régulateurs régionaux d'impulser et de coordonner les modalités de déploiement. »

7.3.2 Comment préserver l'équilibre du financement ville-hôpital ?

Au sujet de ces deux fonds, Jean-Marc Thébaut craint un risque de « basculement des budgets réservés à l'ambulatoire vers les budgets hospitaliers ». « On renvoie tout aux ARS : cette structure omniprésente en région n'est pas loin de nous terroriser. Actuellement, les ARS nous paraissent plutôt limiter les initiatives. En région, j'ai l'impression que la télémédecine va permettre de régler les problèmes de démographie médicale, notamment dans les hôpitaux régionaux où l'on manque de bras et d'expertise. Tous les moyens financiers vont être mis sur ce nouveau mode d'organisation interhospitalière, plutôt que sur la médecine ambulatoire. »

Yannick Leguen explique que « le déploiement passera en priorité par le premier recours, à charge pour les régions de positionner ce déploiement dans le cadre global de l'organisation. C'est pourquoi les régions seront les maîtrises d'ouvrage prioritaires dans ce domaine, indépendamment du futur modèle de tarification dans 4 - 5 ans. »

7.3.3 Les professionnels de santé réclament une tarification des actes

Cinq ans, c'est un peu long pour Jean-François Thébaut. « Pierre Lasbordes, dans le PLFSS de 2009, a fait passer la possibilité de facturer à l'acte hors présence du malade, ce qui était impossible auparavant. Il a fait passer également la possibilité de partager un acte entre professionnels, ce qui était déontologiquement impossible. La loi HPST a fait passer les actes de télémédecine. Le décret est sorti. Pour les actes qui existent déjà, qu'est-ce qui nous empêche de les facturer ? »

Dr Pierre Espinoza pilote un projet qui fonctionne en routine sur l'hôpital Georges-Pompidou. S'il se dit « convaincu que les modèles économiques à venir doivent concerner la ville et l'hôpital », il est en revanche impatient lui aussi au sujet de la tarification des actes. « Je travaille avec deux équipes médico-économiques. L'une maîtrise complètement des processus, des méthodes médico-économiques traditionnelles : dans ce cas, on peut sortir des modèles de tarification. L'autre équipe, le laboratoire

Génie industriel (LGI) de l'école Centrale Paris, travaille sur de nouveaux modèles qui ne verront leur émergence que dans quelques années. On ne va pas attendre que ces modèles-là sortent pour que la classification se fasse. Il faut un courage politique pour prendre les bonnes décisions, pour ne pas débloquer ce qui est absolument nécessaire, c'est-à-dire un déploiement de la télémédecine concret, parce que si on n'a pas ces tarifications de la CNAM, si on n'a pas une réelle décision politique, peut-être dans une situation de transition, alors en 2020 il y aura des zones blanches et de grosses difficultés d'accès aux soins! »

7.3.4 Les pouvoirs publics attendent une étude économique

« L'Assurance Maladie ne peut plus prendre en charge un acte sans avoir une étude économique sévère », déclare Serge Larue-Charlus, président de la Commission de hiérarchisation des actes et des prestations (CHAP). « Aujourd'hui, il lui manque beaucoup d'éléments. Il faudra rassurer l'Assurance Maladie. Et on ne peut le faire que par les remontées du terrain et des professionnels qui auront à démontrer l'apport attendu, l'amélioration du service rendu au patient. Avec les possibilités que l'on doit trouver dans les ARS. »

Yannick Leguen rejoint cette position. « Pour nourrir ce modèle de tarification à un niveau national, on a besoin d'expériences multiples dans la totalité des régions. Ce que nous n'avons pas aujourd'hui. [...] C'est bien l'objet de notre financement qui permettra aux régions de s'engager avec des opérateurs, des professionnels, pour dire : indépendamment de la tarification actuelle, je vous donne un forfait, je contractualise sur le fait que vous allez pouvoir travailler et prendre en charge les téléconsultations. Le sujet, c'est d'abord l'usage. Les problèmes de responsabilité, il y en aura toujours. »

7.4 La tarification des actes

7.4.1 Une question de sémantique

« Tout le monde ne retrouve pas ses petits » dans le décret Télémédecine. Par exemple, « le coaching téléphonique dans l'éducation thérapeutique, c'est à la fois du télésuivi et de la téléconsultation », fait observer Jean-Marc Thébaut.

Pour Serge Larue-Charlus, « le vrai problème, c'est de savoir si les cinq actes décrits dans le décret de télémédecine sont des actes médicaux ou des outils organisationnels qui permettent une activité médicale. Or la loi HPST renvoie à un décret et les définitions varient d'un rapport à l'autre » :

- Pour l'Ordre des médecins (janvier 2009), « la télémédecine est une des formes de coopération dans l'exercice à distance ». « Pour l'Ordre des médecins, il s'agit donc d'un outil organisationnel », commente Serge Larue-Charlus.
- Dans le rapport de M. Lasbordes, il est aussi dit qu'il s'agit d'une « forme de pratique médicale utilisant des technologies de l'information et de la communication ». « On n'est pas directement dans l'acte médical », commente Serge Larue-Charlus.
- Dans le décret relatif à la télémédecine d'octobre 2010, à propos de ces cinq actes, il est question alternativement « d'activité médicale » ou « d'actes médicaux ».

« Au niveau de la CHAP, on ne peut analyser que des retours de la HAS », rappelle Serge Larue-Charlus. « Si je m'en tiens à la lettre de la loi, il faudrait présenter ces actes à la HAS pour qu'elle nous donne son avis sur le service rendu au patient. » Charge ensuite à la CHAP de « hiérarchiser tous ces actes ».

7.4.2 La classification commune des actes médicaux

« À mon sens, quatre problèmes demeurent », poursuit Serge Larue-Charlus :

- 1. Le risque de dévoiement de la classification commune des actes médicaux : « 7600 actes sont classés en fonction de cinq critères : la durée, le travail, le stress, la compétence, l'effort mental. Faut-il classer la téléconsultation ? La hiérarchisation des actes est faite pour évaluer le travail médical, et non pas pour évaluer l'outil avec lequel on réalise cet acte médical. »
- 2. La définition des bonnes pratiques : « il reste quantité de choses à préciser quant au service attendu vis-à-vis du patient dans différents domaines et spécialités. »

- 3. La propriété de l'équipement : « on sait faire entre médecins, on ne sait pas complètement faire quand il s'agit de professions médicales différentes. »
- 4. La responsabilité partagée : « relativement simple entre médecins, elle est plus compliquée entre des professionnels de santé de profession différente. »
- « Si l'on ne résout pas ces quatre problèmes, les questions viendront polluer toutes les négociations qui concerneront la prise en charge des actes de télémédecine. »

7.4.3 Faut-il classer la téléconsultation ?

« Qu'est-ce qu'une téléconsultation ? » se demande enfin Serge Larue-Charlus. « Une consultation par téléphone. C'est déjà rémunéré. Qu'est-ce que le téléphone vient faire dans le travail médical ? Ce n'est pas à la CHAP de hiérarchiser l'élément téléphone dans l'acte de consultation. Les organismes de Sécurité Sociale savent financer l'outil pour réaliser les actes, ils savent même mettre en place des primes pour favoriser l'utilisation de tel outil si le service attendu au patient est supérieur. Tout est possible. »

Alain Houpert pense qu'il faut « séparer téléconsultation et télémédecine ». Mais « quand on interprète un scanner devant sa console, que le patient soit situé à deux mètres ou à cinquante kilomètres, la durée est la même. La télémédecine, il faut la codifier. C'est un acte intellectuel, parce que l'acte est là, la responsabilité est là. C'est un service apporté par la science, la technique, qui permettra de faire des économies et d'apporter dans les territoires des plateaux techniques qui n'existent pas actuellement. »

8. Des propositions pour la conduite du changement

8.1 Une structure task force

« À qui s'adresser pour mettre en valeur toutes les expériences qui existent en France ? » demande Pierre Lasbordes. « La loi a été votée en juillet 2009 et ce n'est seulement qu'en octobre 2010 que le décret est sorti. » Cela signifie que c'est très « complexe », « en raison du grand nombre d'intervenants, et qu'il faut être très précis au plan de l'organisation [...] À terme, qui va s'assurer de l'évaluation de la formation du personnel ? de la conduite du plan de changement ? »

« C'est pourquoi nous avons proposé une structure task force, qui s'appuierait sur les directions opérationnelles des différents ministères concernés par ces sujets, en particulier le ministère de la santé et le ministère des affaires sociales. Elles ont vocation à pérenniser la démarche. »

- « Provisoire », sa mission serait de :
 - coordonner les actions de ces différents services ;
 - porter un certain nombre de responsabilités en matière d'appel à proposition ;
 - garantir la cohérence des politiques liées à cette démarche ;
 - promouvoir des référentiels ;
 - généraliser à plus grande échelle des dispositifs qui sont jugés efficaces ;
 - faire une évaluation : « on constate qu'il y a beaucoup d'expériences. Le décret de télémédecine donne une certaine légitimité. Mais comment s'assurer que toutes ces expériences sont valables, qu'elles ne vont pas nous amener dans des trous financiers ? »

Pour Pierre Lasbordes, « le fruit est mûr. Le pouvoir politique est prêt à mettre en place de manière assez rapide cette démarche. Il existe beaucoup d'expériences au niveau national sur la base du bénévolat. Soyons attentifs. Si on ne met pas en place cette conduite du changement, les professionnels de santé ne seront pas aguerris et les patients s'inquièteront du risque de déshumanisation de la médecine. »

8.2 Un plan national du déploiement

Annie Podeur annonce que « dès 2011, la DGOS va lancer le plan national de déploiement de la télémédecine, avec l'appui de la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé et la

collaboration des autres ministères concernés. Le pilotage transversal et pluridisciplinaire demande une gouvernance collective. L'organisation et le calendrier du plan sont en cours de préparation. »

Les axes de travail:

- Dans un premier temps, la validation des stratégies prioritaires pour les trois prochaines années. « On peut toujours compter sur le dynamisme du terrain si on donne des axes prioritaires simples à mettre en oeuvre. »
- La régulation, la contractualisation de l'activité télémédecine. « Dès le premier trimestre 2011, la DGOS devra fournir un guide méthodologique pour l'élaboration des programmes régionaux de télémédecine, qui viendront s'inscrire dans les projets régionaux de santé. Chaque ARS devra se l'approprier avec la marge de manœuvre nécessaire. »
- L'élaboration de recommandations de bonnes pratiques. « Avec la HAS, des travaux sont en cours sur les maladies chroniques, en particulier l'insuffisance rénale chronique et l'insuffisance cardiaque sont des pathologies qui peuvent être prises en charge avec l'avantage de la télémédecine. Je pense aussi à la téléimagerie, qui est une question de volonté, sans surcoûts faramineux. »
- Un cadrage éthique et juridique. « Le décret commence à clarifier les principes, mais pas les modalités sur la responsabilité médicale, sur la question de la prescription, sur les compétences au niveau de l'ensemble des professionnels de santé, sur les coopérations interprofessionnelles qui sont inscrites dans la loi HPST à l'article 51, sur la formation initiale et continue, en particulier à son utilisation dans le cadre du DPC. »
- La construction du modèle économique. « S'il est assez aisé sur le champ hospitalier, il reste plus complexe au niveau de la médecine de ville. Nous ne ferons pas l'économie d'une réflexion sur l'inscription des actes de télémédecine dans la CCAM, ou au moins de prise en compte des actes de télémédecine dans le cadre de la rémunération des professionnels de santé libéraux. Ce travail doit être abordé avec détermination, en association avec la CNAMTS, l'UNCAM, la Direction de la Sécurité Sociale et la HAS. Très souvent, certains déploiements ont été freinés par l'incertitude sur la solvabilisation, sur la rémunération d'un service rendu. »

« Le ministère de la santé, avec l'ensemble des acteurs, s'engage dans la conduite du changement, étape par étape, sans précipitation, avec prudence, et détermination [...], afin que son pilotage nous permette d'atteindre l'objectif, c'est-à-dire le juste soin, au juste prix, sur l'ensemble du territoire, et au profit de l'ensemble des patients. La loi HPST et le décret définissent la stratégie. Merci de votre volonté d'y aller avec nous. »











Sur la base de 50 personnes. Accueil de vos invités

à 19h30, autour d'une coupe de champagne. Cocktail dinatoire gourmand jusqu'à 21h00.

Après ce délicieux moment d'échanges,

place au Théâtre...

100 % de vos invités répondront présents!

Avec une surprise en prime :



Pour plus d'infos, Aromates relations publiques

169, rue d'Aguesseau - 92100 Boulogne

psaumon@aromates.fr

Pascale Saumon

Tél: +33 (0)1 46 99 10 80















Photos: Cyrille Cirard © - "Théâtre Edouard VII - Café Guitry"

Vous avez aimé notre colloque?

Continuons ensemble!

Aromates : une offre complète pour vos relations publiques

Conseil stratégique

- Cartographie de parties prenantes
- Elaboration de discours et argumentaires
- Définition de stratégies de relations publiques
- Définition de plans d'actions par catégories de publics
- Veille et accompagnement stratégiques

Relations presse

- Définition de plans d'actions presse
- Elaboration et gestion de fichiers presse
- Rédaction de communiqués et dossiers de presse
- Organisation d'interviews, reportages, conférences de presse
- Entretien de la relation avec les journalistes
- Relances ciblées
- Veille de l'actualité
- Médias training

Affaires publiques

- Elaboration et gestion de fichiers de parties prenantes institutionnelles
- Entretien de la relation

- Définition de plans d'actions
- Rédaction de notes d'informations, livres blancs, argumentaires,...
- Organisation de rencontres personnalisées
- Veille projets de lois et travaux législatifs

e-reputation

- Définition de stratégies web et plans d'actions
- Création et animation de blogs dédiés, forums, wikis
- Relations avec les blogueurs
- Veille internet
- · Création de profils et animation de communautés et réseaux sociaux
- · Optimisation du référencement naturel
- Création et diffusion de newsletters. e-mailings ciblés,...

Evénements

- Création d'événements sur-mesure
- Conférences, débats et collogues
- Séminaires, réunions de comités de direction
- Rencontres professionnelles



Pour exister et agir dans un monde en réseaux

Ce colloque a été organisé grâce au soutien de :





















Et en partenariat avec :



























Aromates remercie Monsieur Pierre LASBORDES, député de l'Essonne pour son parrainage et tous les intervenants pour leur participation.



