

Télémédecine : quel cadre, quels niveaux de preuves, quelles modalités de déploiement

Faiez Zannad¹, Philippe Maugendre², Antoine Audry³, et les participants à la table ronde N°5 de Giens XXIX : Carole Avril⁴, Lucile Blaise⁵, Olivier Blin⁶, Philippe Burnel⁷, Béatrice Falise-Mirat⁸, Danièle Girault⁹, Isabelle Giri¹⁰, Jean-Marie Goehrs¹¹, Catherine Lassale¹², Roland Le Meur¹³, Pierre Leurent¹⁴, Christelle Ratignier-Carbonnel¹⁵, Patrick Rossignol¹, Evelyne Satonnet⁷, Pierre Simon¹⁶ et Laurent Treluyer^{17†}

1 Centre d'investigations cliniques plurithématique 9501, INSERM, CHU de Nancy, Nancy, France

2 Laboratoire Sanofi Aventis, Paris, France

3 Medtronic France, Boulogne Billancourt, France

4 Fédération française des diabétiques, Paris, France

5 Resmed, Saint Priest, France

6 AP-HM, Pharmacologie médicale, Marseille, France

7 Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris, France

8 Orange Healthcare, Paris, France

9 Laboratoire Novartis Pharma, Rueil Malmaison, France

10 Access Conseil, Verrières le Buisson, France

11 JM Goehrs Partners, Versailles, France

12 LEEM, Paris, France

13 Careinnovations, Montmorency, France

14 Voluntas, Suresnes, France

15 CNAMTS, Paris, France

16 ANTEL, Evry, France

17 ARS Ile de France, Paris, France

Texte reçu le 21 février 2014 ; accepté le 27 mai 2014

Mots clés :

télémédecine ;
télésurveillance
médicale ;
maladies chroniques ;
évaluation ;
prise en charge
déploiement

Résumé – Le concept de télémédecine a été officialisé en France avec la loi hôpital patients santé territoires (HPST) de 2009 et le décret d'application de 2010. De nombreuses expérimentations ont été mises en œuvre et les institutions de régulation (Ministère, Agence régionale de santé [ARS], Haute autorité de santé [HAS]...) ont émis diverses orientations et recommandations tant sur le volet organisationnel que sur les attentes d'évaluation. C'est dans ce contexte que la table ronde a souhaité émettre des recommandations sur différents axes de la télésurveillance médicale (la place de la télésurveillance médicale, le parcours réglementaire, les principes d'évaluation, les modalités de prises en charge et les conditions pour un déploiement pérenne et fluide).

Si les nouvelles approches utilisant la télésurveillance médicale, font l'objet de nombreuses études conduisant au postulat qu'il existe un bénéfice à la fois sur un plan clinique et pour la qualité de vie du patient, la démonstration de l'impact sur l'organisation des soins et du bénéfice médico-économique restent à mieux préciser (critères, méthodes, moyens).

De même, les cadres contractuels du déploiement de la télésurveillance existent mais sont complexes ; ils font appels à de nombreux interlocuteurs (Direction générale de l'offre de soins [DGOS], ARS, HAS, Agence des systèmes d'information partagés de santé [ASIP], Commission nationale informatique et libertés [CNIL], Conseil national de l'ordre des médecins [CNOM]...) qui bénéficieraient du partage d'une même approche et de fluidifier les partenariats.

À ce stade, l'enjeu est aussi de définir les conditions permettant la validation d'un modèle économique stable pour engager des changements organisationnels. La problématique est ici de mener de front son évaluation et sa mise en œuvre. L'accès aux données patients, en particulier à celles des caisses d'Assurance maladie et leur exploitation, pourrait permettre une plus grande efficacité de la démarche.

† Les articles, analyses et propositions des Ateliers de Giens n'engagent que leurs auteurs et ne préjugent pas de la position de leur organisme de tutelle.

De plus, la non-fongibilité budgétaire des différentes enveloppes budgétaires des différents secteurs d'activités limite la consolidation des impacts économiques. Les modalités de financement devront donc être adaptées à cette nouvelle répartition des rôles, à la fois au cœur du système de santé et de l'écosystème industriel.

Toutes ces évolutions contribueront à ce que les responsables de notre système de santé puissent porter cette nouvelle ambition en étroite relation avec tous les acteurs de cette économie.

Abréviations : voir en fin d'article.

1. Préambule, définitions, limites du sujet

La télémédecine est définie dans la loi hôpital patients santé territoires (HPST) 2009^[1] comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique ».

Le décret télémédecine du 19 octobre 2010^[2] détermine le cadre réglementaire de la télémédecine. Il définit 5 actes de télémédecine : « La téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance médicale, la téléassistance médicale et la régulation médicale téléphonique du 15 ».

C'est dans ce contexte que s'inscrit la table ronde (TR) n°5 des XXIX^{es} Rencontres nationales de pharmacologie et recherche clinique, innovation et évaluation des technologies de santé consacrée à la télémédecine.

Les participants à cette TR ont souhaité limiter leur réflexion au sujet de la télésurveillance médicale. La télésurveillance médicale est la situation où un médecin a la responsabilité de la surveillance et de l'interprétation à distance des paramètres médicaux d'un patient, l'enregistrement et la transmission des données pouvant être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. La TR a précisé le champ de sa réflexion à la télésurveillance médicale des pathologies chroniques chez les patients ayant une pathologie sévère et/ou un traitement complexe pris en charge par le secteur ambulatoire ou hospitalier. Parmi ces pathologies chroniques pour lesquelles des expériences sont déjà concluantes ou en cours d'analyse, il a été souvent question pendant les débats de la TR du diabète requérant une insulinothérapie complexe, de l'insuffisance cardiaque, de l'insuffisance rénale grave en dialyse ou en post-greffe, et de l'insuffisance respiratoire grave.

La TR a souhaité faire le point sur l'état des lieux actuel et proposer des recommandations pour favoriser le déploiement de solutions de télésurveillance médicale au domicile (*home tele monitoring*) en France.

2. Cadre conceptuel de la télésurveillance médicale

Même si le niveau de preuve de l'efficacité clinique de la télésurveillance médicale reste encore à confirmer pour certaines pathologies chroniques (voir plus loin), la TR a considéré comme acquis que le bénéfice clinique/social de la télésurveillance médicale au domicile et son acceptation par les patients qui y voient une amélioration de leur qualité de vie sont aujourd'hui validés dans la littérature scientifique.

Il est d'abord important d'affirmer que la télésurveillance médicale n'est qu'une composante au sein d'un parcours de soins. Elle doit être conçue, évaluée, déployée et prise en charge comme un des éléments d'une organisation coordonnée d'un parcours de soins dédié à une pathologie ou des multipathologies chroniques. En conséquence, il faut toujours tenir compte des modes d'organisation et de coordination qui peuvent être différents selon les acteurs impliqués.

Le modèle d'évaluation n'est pas encore formalisé, et dans les évaluations publiées il est souvent difficile de faire la part entre ce qui est attribuable spécifiquement à la composante télésurveillance et ce qui relève de l'organisation et de la coordination au sein des parcours de soins. Ces parcours de soins sont parfois construits autour de solutions de télésurveillance innovantes. D'autres fois, c'est l'introduction, ou l'évolution d'une solution de télésurveillance, souvent (mais pas toujours) basée sur un dispositif médical au sein d'un parcours déjà organisé qui est proposée. Dans tous les cas c'est bien l'ensemble, solution de télésurveillance au sein d'un parcours de soins, qui doit être évalué.

À ce jour, la plupart des solutions de télésurveillance médicale sont naissantes, essentiellement à visée clinique en l'absence d'un modèle consolidé de prise en charge financière, et au regard des difficultés pratiques encore à résoudre au plan opérationnel. Ces difficultés sont liées entre autres au besoin d'une clarification consensuelle du périmètre réglementaire couvert par la notion de dispositif

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2578831>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2578831>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)