

Le Livre blanc du diabète

« La télémédecine est absolument essentielle, a souligné le Pr Serge Halimi (CHU Grenoble), face au double enjeu d'« améliorer le parcours de soins et l'éducation thérapeutique des patients », à l'occasion de la présentation du Livre blanc du diabète, fin mars. Cet ouvrage collectif, publié sous l'égide de la Société francophone du diabète (SFD), s'adresse aux pouvoirs publics et aux parlementaires. Il comporte sept propositions dont une bonne part réalisables avec l'appui des nouvelles technologies. La SFD souligne en effet que la télémédecine devient un « outil formidable pour prévenir l'hospitalisation ».

« Le livre blanc du diabète : sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXI^e siècle », par Alain Coulomb, Serge Halimi et Igor Chaskielevitch.

H2AD® au LESISS

Cofondateur et Président de H2AD®, le Dr Paul Verdiel est désormais administrateur de la fédération LESISS (Les Entreprises des Systèmes d'Information Sanitaires et Sociaux). Cette organisation professionnelle a fait preuve, ces derniers mois, d'un grand dynamisme qui s'est notamment traduit par un rythme accéléré d'adhésions. Elle rassemble aujourd'hui plus de 110 acteurs industriels.

<http://www.lesiss.org>

Protection des données de santé

Le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) demande que soit rapidement organisée, sous l'égide du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, avec les contributions de toutes les instances et organisations concernées, une Conférence nationale de consensus pour définir les conditions juridiques et les règles déontologiques indispensables à la collecte, au partage, à l'échange et à l'hébergement des données de santé informatisées. Ce débat servirait utilement le travail législatif et réglementaire ultérieur, souligne l'organisation de médecins dont le vice-président, le Dr Jacques Lucas, préside le Comité d'éthique placé auprès de l'Asip Santé.

H2AD® cofondateur de l'AFHADS

H2AD® a constitué, avec 6 autres entreprises et organisations, l'Association Française des Hébergeurs Agréés de Données de Santé à Caractère Personnel (AFHADS). Rappelez qu'H2AD® figure parmi les tous premiers hébergeurs agréés dès 2010. L'Association se donne pour buts de promouvoir l'agrément auprès des usagers, des professionnels et établissements de santé, et de l'ensemble des acteurs de la e-santé. Elle représente les hébergeurs agréés auprès des instances législatives, administratives et normatives. Elle s'est dotée d'un logo dès le mois de janvier dernier. Elle compte aujourd'hui 12 membres et contribue aux réflexions de l'ASIP Santé sur l'évolution, prévue à terme, de la procédure d'hébergement.

<http://www.afhads.fr>

Les prestataires de santé à domicile s'engagent

Le SYNALAM et le SNADOM* rappellent, dans leur dernier Livre blanc, qu'ils sont « prêts à s'engager collectivement sur des obligations fermes » auprès des patients et des professionnels de santé. Ils annoncent la construction d'un véritable référentiel qualité et soulignent vouloir poursuivre leurs efforts de professionnalisation, liés à la formation de leurs salariés et à la définition de bonnes pratiques professionnelles. Plus de 30 prestataires ont d'ailleurs à ce jour adhéré à la « Charte de la personne prise en charge par un prestataire de santé à domicile », développée à l'initiative de la

Fédération française des associations de malades insuffisants respiratoires (FFAAIR).

Leur Livre blanc a également pour but de « faire connaître et reconnaître » leur métier afin que leur rôle « dans l'optimisation du système de santé effesse s'exercer pleinement ». Plus de 800 000 personnes recourent en effet chaque année à leurs services.

*Syndicat national des prestataires de santé à domicile et Syndicat national des associations d'assistance à domicile

La dépendance en débat

Le débat sur la dépendance a été lancé lors d'un colloque le 8 février. Il doit se dérouler dans toutes les régions jusqu'au mois de juin. Quatre groupes de travail ont par ailleurs été mis en place. Le groupe « accueil et accompagnement des personnes âgées » doit aborder la question de la place des technologies de l'autonomie, l'évolution des métiers au service des aînés, le soutien aux aidants familiaux, l'évolution de l'habitat et de l'urbanisme, l'offre de services, aussi bien à domicile qu'en établissement.

Ses réflexions doivent contribuer à définir les conditions permettant de garantir le libre choix des citoyens entre l'hébergement en établissement spécialisé et le maintien à domicile.

En savoir plus, y participer : <http://www.dependance.gouv.fr/-La-concertation-.html>

Oui, je m'abonne à "solutions ouvertes en télésanté"

Complétez et signez ce formulaire, puis envoyez le, accompagné de votre chèque libellé à l'ordre de H2AD®, à l'adresse ci-dessous.

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

à : _____ le : ____ / ____ / ____

Signature : _____

 H2AD SAS - 7, parc Métrotech - 42650 Saint-Jean-Bonnefonds

solutions ouvertes en télésanté

2
05
11

 H2AD

Revue semestrielle d'information
numéro 2 - 1^{er} semestre, mai 2011
H2AD SAS - 7, Parc Métrotech
42650 Saint-Jean-Bonnefonds
Conception graphique, réalisation : Akunah
Rédaction : DL InfoS
Illustrations : Antoine Chereau
Impression : Savoy Offset

éditorial



La télémédecine c'est déjà demain

sommaire

- p.1 > éditorial
La télésanté,
c'est déjà demain
- p.2 > grand angle
Suivi à distance :
qualité et sécurité à la clé
- p.4 > entretien
Michel Gagneux
- p.5 > repères
Bluetooth
- p.6 > décryptage
Accompagner le
vieillesse grâce aux TIC
- p.8 > gros plan
La télésurveillance
médicale à domicile
- p.9 > rencontre
Me Laure Le Calvé
- p.10 > focus
Le pharmacien, acteur et
pivot de la télémédecine
Hébergement de
données de santé
- p.11 > portrait
Dr Bernard Viala
- p.12 > télésanté express

C'est bien une révolution que connaît actuellement notre système de santé au sens où les transformations en cours bousculent radicalement positions acquises et structures établies.

En ouvrant largement la voie à la télémédecine, mais aussi en stimulant les initiatives de coopération entre les professionnels de santé et en renforçant l'ancrage territorial des politiques de santé publique, la loi HPST⁽¹⁾ porte un potentiel exceptionnel d'innovations. Certes, il y a encore loin des intentions à la mise en œuvre et les résistances ont beau jeu de s'exercer. Mais l'acceptation de la rupture fait son chemin et, avec elle, l'adhésion à une vision nouvelle des systèmes de santé où la télésanté prend sa place.

Les associations de patients – ou d'usagers – n'y sont d'ailleurs pas étrangères, la plus engagée d'entre elles, le CISS⁽²⁾, soulignant que « l'évolution des prises en charge et les contraintes dans l'organisation du système de santé réclament le développement de la télésanté ».

Le diagnostic est largement partagé : maintien à domicile et suivi des malades chroniques constituent le premier défi des prochaines années. Ils sont d'ailleurs devenus prioritaires pour les plans Télémédecine régionaux dont la Direction générale de l'offre de soins⁽³⁾ attend la concrétisation dès cette année.

Pour autant, le seul champ d'action désigné par décret à la télémédecine ne suffira pas à répondre aux attentes des citoyens désireux de vivre, être soignés et vieillir chez eux.

C'est à un changement radical de modèle que la e-santé doit maintenant contribuer. Qu'est-ce que cela signifie en pratique ? Tout d'abord, accepter que l'organisation de demain soit véritablement construite autour de l'individu, et non plus centrée sur sa maladie. C'est un discours récurrent depuis quelques années mais il tarde à entrer dans les faits. Ensuite, il s'agit de reconnaître que le cercle des acteurs de soins s'élargit : au patient lui-même, qui s'informe et bénéficie d'une éducation thérapeutique, qui s'implique dans le recueil et le suivi de ses paramètres cliniques et biologiques ; mais aussi à son entourage, ses aidants, et désormais sa communauté, le plus souvent née « en ligne ». On observe d'ailleurs que les professionnels de santé – et leurs sociétés savantes – sont les premiers à militer pour un développement de l'automesure (tension artérielle, INR, etc.).

Et puis le lieu même de la prise en charge se diversifie, intégrant naturellement le domicile et suscitant d'ores et déjà des innovations qui transforment tant l'habitat que la conception des résidences équipées pour accompagner le vieillissement. Au cœur de ces évolutions, la transmission et le partage des informations facilitent continuité et coordination. Alors que l'on sait que le système ●●●



●●● actuel a atteint ses limites et ne permet plus de garantir les meilleures conditions d'accès aux soins et de prise en charge, c'est l'information qui doit se déplacer plutôt que le patient. Or il est déjà démontré que 20 à 30 % des hospitalisations peuvent être évitées grâce à un suivi à distance. Ce partage suppose un nouveau « contrat de confiance » à la fois entre le patient et les professionnels de santé, mais entre ces professionnels eux-mêmes et avec les acteurs de l'hébergement de données de santé.

Les pistes sont déjà connues et explorées. De nouvelles organisations sont aujourd'hui expérimentées dans tous les pays industrialisés comme l'a encore montré la récente publication commune FIEEC/ASIP Santé⁽⁴⁾. Une étude qui a également le mérite de souligner que le développement de la télésanté, c'est aussi un facteur de succès pour des entreprises françaises à haute valeur ajoutée et déjà bien positionnées dans la compétition mondiale. ■

I Dominique Lehalle

(1) Hôpital, Patients, Santé, Territoires
(2) Collectif Inter associatif Sur La Santé, à l'occasion d'une audition à l'Assemblée nationale, octobre 2009
(3) Agences Régionales de Santé
(4) <http://esante.gouv.fr/actualites/publication-de-letude-europeenne-fieec-asip-sante-sur-la-telemedecine-et-la-telesante>



Suivi à distance : qualité et sécurité à la clé

Le retard de la France en matière de télémédecine n'est pas une fatalité. En retrait dans le domaine de l'autocontrôle de l'INR, elle fait en revanche référence pour la télésurveillance des patients équipés de stimulateurs ou défibrillateurs cardiaque. Dans les deux cas, l'expérience et les services d'H2AD[®] sont mis à contribution.



Vincent Péters, directeur des Affaires réglementaires de Biotronik

La nécessité de faire évoluer notre système de soins vers de nouveaux modes de prise en charge des patients fait consensus. Et les arguments en faveur de la place à accorder à la télémédecine dans cette transformation sont de mieux en mieux entendus. Au point que la publication du décret Télémédecine talonne la création des ARS (Agences Régionales de Santé) au chapitre des événements marquants pour le monde de la santé en 2010. Il est vrai que les bilans statistiques enfoncent le clou d'année en année. Un assuré social sur sept est désormais pris en charge au titre d'une affection longue durée (ALD) ; une population qui croît au rythme annuel de 3,5 %. En tête, les maladies cardio-vasculaires contribuent pour 38 % à l'augmentation du nombre des ALD. Une évolution qui pèse lourd sur les dépenses d'assurance maladie. Sur les 150 milliards d'euros de soins remboursés par le régime général en 2008**, près de 35 milliards sont consacrés à la prise en charge de malades traités pour des pathologies cardio-vasculaires. Au total, les pathologies chroniques (en ALD ou non) ont contribué pour 80 % à la croissance des dépenses observée entre 2005 et 2008, en raison notamment d'une

très forte dynamique des maladies cardio-vasculaires qui concourent pour un quart à cette aggravation.

Or les études ne manquent pas qui montrent que le suivi à distance, en facilitant la détection précoce des signes avant-coureurs de détérioration de l'état de santé, favorise la qualité et la sécurité des soins aux patients chroniques. Certes, les conclusions médico-économiques restent à consolider. Mais on sait déjà que la maîtrise accrue de sa pathologie par le patient qui joue le jeu de la télésurveillance conduit à diminuer sa « consommation » de services de santé : consultations espacées, hospitalisations évitées...

La démonstration en est particulièrement frappante dans le cas du télé suivi des patients équipés de prothèses cardiaques et dans l'exemple de la surveillance de la coagulation, deux domaines dans lesquels H2AD[®] apporte son savoir-faire.

Au sommaire :

- La télécardiologie en routine
- Surveillance de la coagulation : la télémédecine à la rescousse

*Points de repère CNAAMTS. Décembre 2009. N°27
**Charges et produits pour l'année 2011. Conseil de la CNAAMTS. 8 juillet 2010.

La télécardiologie en routine

C'est la cardiologie qui illustre aujourd'hui le mieux la capacité de la télémédecine à améliorer la qualité de suivi des patients, tout en permettant d'espacer leurs consultations de contrôle.

Sur environ 70 000 personnes appareillées chaque année en France avec un stimulateur ou un défibrillateur conçus pour transmettre des données à distance, 6 500 bénéficient effectivement de la télésurveillance. « Nous observons une progression très importante, note Vincent Péters, avec 2 500 patients de plus chaque année ». Pour le directeur des Affaires réglementaires de Biotronik, la France constitue d'ailleurs une référence. C'est en effet le seul pays à avoir opté pour la prise en charge des dispositifs au titre de la liste des produits et prestations remboursables. Ce, dès novembre 2009 pour le stimulateur cardiaque double chambre Philos II DR-T, puis en juin dernier pour la gamme Evia. Une avancée qui relativise donc l'attentisme habituellement reproché à la France !

L'Allemagne (siège de la société européenne) est fréquemment montrée en exemple parce qu'« elle rembourse la téléconsultation de cardiologie (l'examen des données à distance) au même tarif qu'une consultation physique depuis déjà deux ans, explique Vincent Péters. Alors que l'absence de rémunération pour le médecin reste un frein impor-

tant dans l'hexagone ». Il n'en reste pas moins que notre marché représente un modèle pour Biotronik qui y soutient de longue date une active stratégie d'études (voir Repères). La plate-forme d'hébergement de données de Biotronik est située à Berlin, pour l'ensemble de ses activités mondiales, et la filiale française va déposer une demande d'agrément Hébergeur auprès de l'ASIP Santé. Mais elle se montre intéressée par la double expertise d'H2AD[®] : en matière d'hébergement et de plate-forme téléphonique.

« Nous étudions un partenariat qui nous permettrait d'accroître notre efficacité en matière de télé suivi des patients », annonce Vincent Péters. Le pionnier de la prothèse cardiaque envisage également de faire appel aux services d'assistance téléphonique d'H2AD[®] qui prendraient alors le relais de son propre service la nuit, les jours fériés et les week-ends. « Il s'agit d'un suivi très spécifique qui exige de bien connaître le dossier du patient, le fonctionnement des équipements, de mettre en place des protocoles précis. Nous avons pu mesurer le savoir-faire d'H2AD[®] dans ce domaine ». Une expérience effectivement rassurante compte tenu des objectifs de développement de Biotronik France. Vincent Péters estime que le nombre de patients équipés de pacemakers et suivis à distance devrait rapidement doubler. ■

Surveillance de la coagulation : la télémédecine à la rescousse

La Slovénie fait mieux que la France ! Le Pr Marie-Christine Alessi, chef de service du laboratoire d'hématologie à l'hôpital de La Timone (Marseille), déplore que notre pays reste décemment à la traîne dans la prise en charge des patients traités par anticoagulants antivitamine K⁽¹⁾. Un retard d'autant plus préoccupant que leur nombre a doublé en dix ans pour atteindre quelque 900 000 personnes. Résultat : ces médicaments restent à l'origine du plus fort taux d'hospitalisations dues à un effet indésirable, et les campagnes sur le bon usage des traitements, régulièrement relancées par l'AFSSAPS, ressemblent à des coups d'épée dans l'eau. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé fait ainsi état d'un taux d'incidence passé de 0,41 % en 1998 à... 0,45 % en 2007. Sur la même période, la proportion d'hospitalisations pour effet indésirable lié aux AVK n'a que très faiblement diminué : de 13 à 12,3 %⁽²⁾.

Le contrôle biologique régulier de l'INR (International Normalized Ratio) constitue un élément clé du suivi. Et c'est là que le bât blesse. Comme l'a souligné une enquête bretonne, présentée au Printemps de la Cardiologie 2010, un tiers seulement des analyses effectuées en ambulatoire (qui totalise un prélèvement sur deux) respecte les recommandations de qualité de l'AFSSAPS. Quand ces analyses sont réalisées ! Car un patient sur quatre néglige ce suivi, tandis que 4 sur 10 ne connaissent de toute façon pas leur INR cible...

Face à ces résultats, les professionnels de santé et leurs sociétés savantes sont de plus en plus nombreux à militer pour un développement de l'automesure. Une évolution dont la Haute Autorité de Santé a reconnu l'intérêt dans un rapport d'évaluation publié en octobre 2008. Sans pour autant recommander la prise en charge des dispositifs d'automesure par l'assurance maladie car, pour l'organisme de santé publique, la priorité doit aller

à l'éducation thérapeutique. Répandus de longue date dans d'autres pays, tels que l'Allemagne, ces dispositifs ont cependant fait leur entrée sur le marché français. Ils sont même remboursés, depuis juin 2008, pour les enfants traités au long cours. Il est vrai qu'il s'agit d'une population limitée - 500 à 1000 enfants - et surtout très précisément encadrée, avec quelque 25 centres de référence chargés de leur éducation thérapeutique.

Les résultats de l'étude 4A (voir encadré) changeront-ils la donne ?

Les TIC pourraient en tout cas s'en mêler. Une application Twitoo[®] de télétransmission des INR, recueillis par le lecteur d'automesure CoaguCheck XS de Roche Diagnostics, est en cours de développement chez H2AD[®]. « Depuis la commercialisation du CoaguCheck en France à la mi-2008, de plus en plus de patients prennent l'initiative personnelle de s'équiper à domicile avec le CoaguCheck, mais la télésurveillance les rassurerait encore bien davantage, ainsi que leur famille », commente le Dr Frédéric Eberlé, responsable médical chez Roche. Effectivement, le rappel au patient qu'il doit effectuer sa mesure à des périodes précises et le fait que le résultat soit transmis et analysé aussitôt par H2AD[®], sont, à ses yeux, des éléments-clés pour sécuriser la prise d'AVK. « Surtout, l'avantage apporté par la solution H2AD[®] est de laisser le libre choix au patient de décider qui, du médecin traitant ou de l'équipe médicale de H2AD[®] assurait une astreinte téléphonique 24h/24, ajuste la dose d'AVK », conclut-il. ■

I Dominique Lehalle (DL InfoS)

(1) theheart.org. 21 avril 2010.
(2) Etude EMIR. Effets indésirables des médicaments : Incidence et risque. Décembre 2007.

Repères

- La 1ère télétransmission automatique sans fil des données d'un stimulateur a eu lieu en 2001.
- La prothèse est dotée d'une antenne qui communique avec un boîtier installé au domicile du patient, lequel transmet, via le réseau de télécommunications, à la fois les données du rythme cardiaque et celles de l'état de l'appareil vers une plate-forme technique.
- 90 % des défibrillateurs et plus de 30 % des pacemakers implantés sont activés pour la télésurveillance.
- Les résultats de l'étude rétrospective Aware (publiée en 2007) soulignent que près de la moitié des patients avec un stimulateur ont présenté des événements détectables beaucoup plus tôt grâce au télé suivi.

L'étude CEdipe (publiée en 2008) a montré que la télécardiologie permet de réduire la durée moyenne de séjour (DMS) totale et la DMS postopératoire des patients monitorés à domicile.

Une première synthèse de l'étude COMPAS a été présentée à Cardiostim en juin dernier. Elle confirme que le suivi par télécardiologie des pacemakers est une alternative sûre au suivi traditionnel et réduit la fréquence des consultations.

D'autres études médico-économiques sont en cours concernant les défibrillateurs implantables : Ecost, sur l'efficacité du suivi à distance des patients, et Evatel, pour l'évaluation de la téléconsultation comparée à la consultation classique.

Un fort taux d'adhésion

Le Pr Raymond Roudaut, chef du Service de cardiologie-valvulopathie-maladie coronaire-réadaptation, au CHU de Bordeaux, a présenté les résultats préliminaires de l'étude 4A, fin octobre 2010, au Groupe d'Etudes Hémostase et Thrombose de la Société française d'hématologie. Menée depuis début 2007 par 23 établissements, cette étude évalue l'impact médico-économique de l'autocontrôle de l'INR chez des patients ayant récemment bénéficié d'une valve mécanique avec une comparaison vis-à-vis du suivi standard en laboratoire. Elle montre que la pratique de l'automesure ne modifie pas significativement les résultats cliniques. L'explication principale avancée est importante à prendre en compte : tous les patients de l'étude ont bénéficié d'une excellente éducation thérapeutique au moment de leur inclusion dans l'étude, puis d'un suivi strict de leur INR ; de fait, il y a eu peu d'évènements cardio vasculaires dans chacun des deux groupes de patients.

En revanche, on observe un fort taux d'adhésion à l'automesure (83,5 %) qui « pourrait constituer une alternative intéressante quand l'accès aux analyses biologiques est difficile », note le Pr Roudaut. Rappelons que les enquêtes montrent que « plus de la moitié (des patients) ne connaît pas les signes annonciateurs d'un surdosage et le pourcentage de temps passé en dehors de la zone thérapeutique est d'environ 40 % » (source HAS).

« Nous en sommes aux investissements d'amorçage »

Pour Michel Gagneux, 2011 constitue bien « l'an 1 de la télémédecine en France ». Explications.



Michel Gagneux, Délégation des systèmes d'information de santé.

Michel Gagneux, Chef de la mission de préfiguration de la Délégation des systèmes d'information de santé et Président de l'ASIP Santé, a ouvert la Journée Télésanté – en visio conférence mondiale – le 31 mars dernier*. Il a alors pu préciser ce que le cadre de la gouvernance de la télésanté finit de se construire. La Délégation des systèmes d'information de santé voit en effet le jour, qui a vocation à veiller à la « mise en cohérence de toutes les initiatives prises en matière de systèmes d'information de santé et de télésanté. » Elle s'accompagne d'un ensemble d'actions destinées à créer les prérequis d'un déploiement de la télémédecine : préparation d'un plan national élaboré sous l'égide de la DGOS (Direction générale de l'Offre de soins, auprès du ministère), volets Télémédecine des Projets Régionaux de Santé, investissements d'appui et appel à manifestation d'intérêt (tout juste publié au JO)... Ce qui conduit Michel Gagneux à voir en 2011 « l'an 1 de la télémédecine en France ». Quelques semaines plus tôt il avait répondu aux questions de Solutions Ouvertes en Télésanté et souligné le défi organisationnel auquel notre pays est désormais confronté.

Solutions Ouvertes en Télésanté :
Quels moyens la France est-elle prête à mettre dans la télémédecine ?

Michel Gagneux : La principale mobilisation de moyens est moins budgétaire qu'organisationnelle et d'infrastructures. On ne fait pas de télémédecine sans un travail sur la définition des moyens propres à l'organiser, à s'adapter aux pratiques professionnelles, à les faire évoluer, à disposer des infrastructures indispensables en termes d'interopérabilité, de réseau, de sécurité et de confidentialité, qui constituent une sorte de socle commun nécessaire à tous les actes fondés sur la télémédecine.

La dimension budgétaire reste difficile à apprécier globalement car elle passe par une contribution de tous les acteurs. Nous en sommes aux investissements d'amorçage : avec l'appel à projets lancé par l'ASIP Santé, à l'automne dernier, pour aider les territoires et les régions à s'organiser, le volet e-santé du Grand Emprunt, prévu pour favoriser la recherche et développement, sans oublier l'appel à projets du ministère de l'Industrie qui vise à faire émerger des solutions innovantes pour la prise en charge des malades chroniques.

Il ne faut pas perdre de vue que la télémédecine s'inscrit dans une action globale d'amélioration de l'organisation et de l'offre de soins, via les ARS (Agences Régionales

de Santé) notamment. On ne fait pas de télémédecine pour être moderne ou pour utiliser la technologie numérique à tout prix. On fait de la télémédecine pour répondre aux finalités du système de santé : une meilleure prise en charge du patient avec une maîtrise des coûts.

SOT : Vers quels modèles économiques s'orientent-on ? Peut-on déjà cerner le périmètre de ce qui doit être pris en charge par l'Assurance-maladie ?

MG : Téléradiologie, téléconsultation, télésurveillance... recouvrent des modalités d'action très différentes qui vont devoir trouver un modèle économique qui ne peut pas se réduire à la seule prise en charge par l'Assurance-maladie bien sûr. Le travail de réflexion a commencé avec tous les acteurs, professionnels et industriels. C'est la tâche qui nous attend tous pour les deux à trois ans qui viennent.

Nous n'avons pas, aujourd'hui, assez de recul sur les usages. Nous ne pourrions dégager des modèles économiques types qu'en examinant la façon dont les pilotes se développent. Comment évoluent les pratiques, quel est leur impact sur le système de santé, quel est le coût des investissements, de l'exploitation... : nous n'avons actuellement que des hypothèses. Tout ce qui va être lancé grâce aux appels à projets nous permettra de mesurer, d'évaluer, de bien définir des dispositifs de télémédecine viables, tant sur le plan des usages que sur le plan technologique, médical et économique.

Un socle de conditions clés

SOT : Quelles orientations doivent être privilégiées ? Celles qui sont tracées par les grands plans de santé publique ?

MG : Il faudra, bien sûr, que les pilotes et les premiers projets de télémédecine répondent à des finalités de santé publique. Mais, s'il y a des objectifs de santé publique définis à partir des pathologies ou des types de risques, il y a aussi des enjeux territoriaux en santé publique. Couvrir, par exemple, des zones dans lesquelles l'offre médicale « physique » n'est pas proche des patients et met en cause la qualité de l'accès aux soins, la sécurité ou la qualité de la prise en charge. Du point de vue des finalités, il faut éviter de ne raisonner que par type de pathologie ou de risque d'affection. En outre, un autre axe de réflexion s'impose : la plupart des actes

de télémédecine réclament un socle de conditions clés communes. Elles concernent les systèmes d'information, les réseaux, l'interopérabilité, les normes, la politique de sécurité, l'applicabilité par les organisations de soins...

C'est par cette triple approche : des pathologies, des enjeux territoriaux, du socle technologique, que l'on aborde les thématiques prioritaires à privilégier. Evidemment, les Plans Régionaux de Santé qui vont être élaborés par les ARS seront des instruments absolument indispensables dans le dispositif.

SOT : L'étude européenne FIEEC/ASIP Santé vient d'être rendue publique**. Que nous apprennent les expériences étrangères ?

MG : Nous retenons plusieurs grandes leçons de cette étude comparative. La première : il faut une gouvernance et un pilotage rationnels. Ensuite, il ne s'agit pas de développer des outils pour des outils mais de répondre à des finalités reconnues comme telles par les acteurs de la santé, patients et professionnels. Le défi de la télémédecine n'est pas technologique : il est celui de la conduite du changement et du modèle économique. On réussit bien le développement de la télémédecine lorsque l'on a des approches extrêmement pragmatiques, fondées d'abord sur des pilotes conduits dans des territoires à échelle humaine plutôt que sur des grands projets nationaux centralisés. Enfin, les outils de télémédecine doivent être intégrés avec tous les éléments structurants des systèmes d'information. On ne fait pas de télémédecine sans dossier médical électronique, référentiels et annuaires fiables, processus de sécurité et d'identification... Il s'agit là d'impératifs que nous devons rendre très concrets dans la manière de piloter le développement de la télémédecine en France dans la décennie qui vient. ■

I Propos recueillis par D.L.

*http://www.journee-teleante.com/index.php?option=com_content&view=article&id=128&Itemid=3
**Disponible sur : http://esante.gouv.fr/sites/default/files/Etude_europeenne_Telesante_FIEEC_ASIPsante.pdf

« La télémédecine s'inscrit dans une action globale d'amélioration de l'organisation et de l'offre de soins via les ARS. »

Un guide méthodologique

La directrice générale de l'offre de soins, Annie Podeur, a annoncé, fin mars, que le guide méthodologique consacré à l'élaboration des plans télémédecine des Agences régionales de santé serait prêt au mois de juin. Ces plans doivent être guidés par cinq chantiers prioritaires : permanence des soins en imagerie médicale, prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, des maladies chroniques, soins en milieu carcéral, au domicile et en structures médico-sociales.

Bluetooth au service de la e-santé

Le standard Bluetooth, qui facilite la connexion sans fil d'équipements électroniques sur une courte distance, est particulièrement adapté à l'évolution des dispositifs médicaux dans l'univers de la e-santé.

Le symbole de ces croisillons blancs sur fond bleu devient familier : le logo Bluetooth s'est répandu en moins de dix ans sur toute une série d'appareils électroniques qui ont élu domicile dans le grand public. Périphériques d'ordinateurs, consoles de jeu, téléphones portables (et oreillettes)... et maintenant dispositifs médicaux utilisent la technologie radio courte distance qui permet les connexions sans fil. Bluetooth est désormais largement assimilé à l'essor du « mains libres ».

Objectif : établir un cadre d'interopérabilité pour les dispositifs et services de télésanté afin de garantir qu'ils communiquent correctement entre eux. Première traduction de cette garantie : le logo « Continua certified » qui assure que les produits mis sur le marché suivent les recommandations et standards de la communauté industrielle.

Pourquoi Bluetooth ? Le surnom d'un roi danois (l'homme à la dent bleue), connu pour avoir réussi, au Xe siècle, à apaiser les ardeurs belliqueuses du Danemark, de la Norvège et de la Suède, a inspiré cette appellation. Le logo est d'ailleurs calqué sur ses initiales en alphabet runique. Il faut rappeler que c'est le fabricant suédois Ericsson qui a initié la norme en 1994. Quatre ans plus tard, il était rejoint par une demi-douzaine de majors des télécoms et de l'informatique avec lesquels il a formé le Bluetooth Special Interest Group (SIG)*. La première spécification était prête mi-99.

Aujourd'hui, le SIG rassemble, dans le monde entier, plus de 13 000 entreprises de l'électronique, des automatismes, des réseaux, et bien sûr de l'informatique et des télécoms. Il s'est donné pour objet de publier les spécifications du standard, de gérer le programme de certification, de protéger la marque et de développer les usages. A ce titre, son rapport annuel 2009 identifie précisément la santé et le bien-être (avec la sécurité et

les loisirs à domicile) parmi les marchés à fort potentiel de croissance. Et le SIG se félicite d'y avoir consolidé la place de Bluetooth dans la mesure où sa technologie faible consommation d'énergie a été retenue dans le cadre des guidelines de l'Alliance Continua (voir Solutions Ouvertes N°1, page 5). Fin 2009, le groupe de travail Dispositifs médicaux du SIG a d'ailleurs publié un livre blanc spécifique pour guider l'implémentation de Bluetooth par les industriels de ce secteur.

Une édition du magazine publié par l'organisation (Signature, septembre 2010**) consacre un dossier complet aux perspectives dans la santé, du monitoring à domicile de patients chroniques au marché du fitness en passant par les aides techniques dans des contextes de handicap. Il cite notamment une prévision d'IMSResearch qui annonce un volume de dispositifs médicaux Bluetooth supérieur à 150 millions d'unités d'ici à 2018. Il est vrai que sa capacité à faciliter la transmission de données entre des équipements grâce un circuit radio de faible coût, et avec une faible consommation électrique, donne au Bluetooth de sérieux atouts sur ce marché. La norme évoluant régulièrement, notamment en matière de débit, un appareil Bluetooth est généralement caractérisé par sa version de la norme et sa classe. Les produits de la classe 2, qui offrent une portée d'une dizaine de mètres, sont actuellement les plus répandus. La norme la plus courante (2.0+EDR) offre une vitesse de transfert jusqu'à 2,1 mégabits/s. La version 2.1, plus récente, a amélioré la simplicité de jumelage des appareils. ■

I H.O.

Pour en savoir + :
*<http://www.bluetooth.org>
**<http://www.bluetooth.com/English/Products/SIGNature/Pages/default.aspx>

agenda

30 juin-1er juillet 2011
Forum « Innovations et nouvelles technologies en santé »

Le 1er Forum « Innovations et nouvelles technologies en santé » (INTS) organisé par Les Echos a pour objectif de favoriser le développement de l'innovation et des nouvelles technologies dans le domaine des soins et de la prévention pour améliorer la santé dans une logique économique et financière efficiente. Les thèmes abordés traiteront des problématiques telles que le DMP, l'hôpital numérique, la prévention, l'éducation thérapeutique, etc.

<http://www.iesechos-conferences.fr/cc/catalogue/conferences/sante/nouvelles-technologies-dans-sante.html>

22-23 Juin 2011
Doctors 2.0 & Vous

Cette conférence européenne mettra en avant la façon dont les praticiens, en Europe et aux États-Unis, utilisent les nouvelles technologies, les outils 2.0, les médias sociaux pour communiquer avec leurs collègues des professions de santé, leurs patients, leurs payeurs, le gouvernement et autres organisations. Organisé par Basil Stratégies.

A Paris.
<http://www.doctors20.fr/>

14-15 septembre 2011
2nd Southern African Telemedicine and eHealth Conference

Cette rencontre rassemble chercheurs, professionnels de santé, ingénieurs et entreprises autour de la place centrale que la télémédecine est amenée à prendre dans les systèmes de santé.

Elle traitera de dispositifs médicaux, Santé et informatique médicale.

A Cape Town (Afrique du Sud),
<http://www.satelemedicine.co.za>

17-18 novembre 2011
Journée Européenne de l'ANTEL

La rencontre annuelle de l'association Nationale de Télémédecine a choisi pour thème « La télémédecine, pour une prise en charge améliorée du patient ». Elle permettra de présenter les réalisations les plus récentes dans diverses disciplines : cardiologie, néphrologie, neurologie, diabétologie. Une conférence plénière sera consacrée à l'évaluation clinique de la télésurveillance médicale à domicile. Une table ronde traitera de la place et des droits des usagers dans l'exercice de la télémédecine.

A Paris.
<http://www.antel.fr>



A domicile ou en résidence : accompagner le vieillissement grâce aux TIC

Appartements évolutifs équipés de divers services d'alerte, téléassistance couplée à l'utilisation d'un bracelet électronique pour veiller sur les personnes fragiles ou à un système d'appel direct installé en résidence pour retraités : H2AD[®] est partie prenante dans plusieurs actions qui préfigurent les réponses à apporter face au défi du vieillissement.

Les politiques publiques axées sur le vieillissement se sont longtemps limitées aux périmètres de la santé et de la dépendance. Elles s'intéressent désormais à l'environnement quotidien des seniors, et plus précisément à l'habitat. En témoignent les missions récemment confiés tant aux parlementaires⁽¹⁾ qu'au Centre d'analyse stratégique⁽²⁾ ou à Muriel Boulmier⁽³⁾ et bien sûr à la Mission Vivre chez soi⁽⁴⁾.

Tous ces travaux s'accordent sur la place à donner aux technologies de l'information et de la communication dans la mobilisation des moyens et des solidarités au service du « bien vieillir ».

Sur le terrain, de nombreuses initiatives voient d'ores et déjà le jour. Les technologies et services d'H2AD[®] sont tout particulièrement associés à trois opérations emblématiques des innovations qui transforment, et sécurisent, tant l'habitat que les résidences conçues pour les seniors.

Au sommaire :

- **Vivalib et Agelib : une gradation de services**
- **BlueHomeCare : un bracelet de répit**
- **Emera : un parcours résidentiel**

(1) Valérie Rosso-Debord. Mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Juin 2010.

(2) Vivre ensemble plus longtemps : enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française. Rapport remis à Nathalie Kosciusko-Morizet, secrétaire d'État à la Prospective et au Développement de l'Économie numérique. Juillet 2010.

(3) Directrice générale du groupe Ciliopée, Présidente du groupe de travail Evolutions démographiques et vieillissement du CECODHAS (Fédération européenne du logement social). Rapports présentés à Benoit Apparu, secrétaire d'État au Logement, octobre 2009 et juin 2010.

(4) Rapport présenté à Nora Berra, secrétaire d'État en charge des Aînés. Juin 2010.

Vivalib et Agelib : une gradation de services

Les premiers « appartements évolutifs » voient le jour. Depuis fin 2010, dans le 17^e arrondissement de Paris... et maintenant à un rythme qui ne devrait pas faiblir puisque le promoteur du concept, la société Vivalib, spécialisée dans l'ingénierie des lieux de vie destinés aux seniors, en compte 900 en chantier d'ici fin 2011, tous situés à distance raisonnable de commerces, services et moyens de transport.

Le cahier des charges qui préside à la réalisation de ces logements a demandé plus de deux ans de recherche et développement. Il s'intègre, sous la marque AGELIB[®] dans le parc social ou VIVALIB[®] dans le parc privé, au sein d'appartements situés en rez-de-chaussée ou au premier étage, dès la conception d'immeubles à bâtir ou à restructurer. Ce cahier des charges ne laisse rien au hasard. De l'architecture à la surveillance à distance du bon fonctionnement des équipements, en passant par la prise en compte des déficits sensoriels, cognitifs et physiques qui peuvent progressivement affecter leurs occupants, de même que du rôle des aidants familiaux ou professionnels, ces appartements sont faits pour accompagner le vieillissement.

De l'avance sur le marché

Gérialtes, aidants professionnels, experts en gérontechnologies, et bien sûr panels de personnes âgées, y ont contribué, aux côtés des équipes de Vivalib et des bailleurs séduits par la démarche. Mais l'intérêt du concept ne repose pas seulement

sur le caractère ergonomique et évolutif des appartements. « La solution est opérationnelle et déployée en qualité standard au plan national, tout en maintenant pour les résidents des loyers sociaux ou très sociaux », souligne Muriel Dunoyer, directrice générale de VIVALIB[®].

Les TIC ont naturellement trouvé leur place dans ces appartements évolutifs qui seront systématiquement connectés à la plate-forme H2AD[®]. « Nous avons prévu deux niveaux de services et toute une gradation possible en fonction des besoins qui évolueront dans le temps, permettant ainsi d'optimiser le rapport qualité-prix du service, explique Muriel Dunoyer. Le service de base offre à la fois une veille des équipements de l'appartement et l'écoute du résident. » Qu'il s'agisse d'une alerte générée par un détecteur de fumée ou de la détection du dysfonctionnement d'un équipement, comme de l'utilisation d'un bouton d'appel d'urgence, la plate-forme déclenche les interventions appropriées. Le deuxième niveau de services s'adresse aux seniors qui nécessitent un suivi médicalisé. « Dans ce domaine, le fait de travailler avec H2AD[®] nous aide à prendre de l'avance sur le marché grâce à son statut d'hébergeur agréé de données de santé ».

Tout est donc prévu, dès que le locataire s'installe, pour qu'il puisse non seulement rester à domicile mais conserver le même logement sur la durée, quelle que soit l'évolution de son état de santé. Vivalib a placé, avec H2AD[®], le curseur assez loin dans les réponses à donner au défi de l'adaptation de l'habitat face à la révolution démographique qui s'annonce. ■

BlueHomeCare : un bracelet de « de répit »

Longtemps occultée en France, la place des aidants dans la prise en charge des aînés dépendants gagne peu à peu en reconnaissance. Au point de donner lieu à une première Journée nationale des aidants familiaux, le 6 octobre dernier, qui a mobilisé pas moins de quatre ministres. L'aide de proximité implique aujourd'hui entre 3,3 et 3,7 millions de personnes... et elle en concerne de près ou de loin environ 10 millions ! Un récent sondage (BVA pour Novartis Fondation d'entreprise) révèle qu'un aidant sur quatre ne dispose d'aucune solution de recours et que six sur dix souhaiteraient que l'on s'inquiète de leur propre état de santé. Ils se retrouvent en effet fréquemment menacés d'épuisement.

C'est dans ce contexte que la société Blueinea a mis au point un concept de télésurveillance et téléassistance médicalisée des personnes vulnérables à domicile : BlueHomeCare. « La solution se présente comme un « bracelet de répit », explique Laurent Levasseur, directeur général de Blueinea. Programmé par défaut pour être activé la nuit, il peut aussi être utilisable dans la journée, à la demande, afin de veiller sur la présence du patient quand l'aidant doit s'absenter... ou se reposer ». Le bracelet permet de déclencher une alerte automatiquement transmise, via le boîtier Twitoo[®] (lire page 8), vers le plateau d'H2AD[®], où elle est traitée en fonction du protocole retenu au préalable.

L'originalité du projet tient non seulement à son potentiel d'évolution vers un suivi médicalisé mais aussi à la constitution d'un réseau d'entraide et,

surtout, à son ambition de déploiement. Laurent Levasseur vise en effet un premier seuil significatif de 5000 personnes.

Mobiliser toute la chaîne des acteurs

Présenté dans le cadre de l'opération Train Alzheimer, en septembre dernier, BlueHomeCare devrait mobiliser toute la chaîne des acteurs concernés. Des Agences Régionales de Santé et collectivités locales aux CLIC (Centres locaux d'information et de coordination en gérontologie), en passant par les sociétés de services à la personne et grandes entreprises de services dotées de réseaux d'agences de proximité, les partenaires potentiels sont actuellement sollicités pour une contribution logistique et/ou budgétaire. Si l'enjeu est avant tout humain et clinique, il est également financier, souligne Laurent Levasseur qui compare le coût pour la collectivité d'un placement en institution (7 à 10 000 euros par mois) à celui d'un équipement BlueHomeCare (1 000 à 1 500 euros, puis 50 euros mensuels).

En outre, une fois le domicile équipé, l'offre pourra évoluer, en fonction des besoins, vers une prise en charge médicalisée à distance, grâce à l'emploi d'un carnet de correspondance informatique et de capteurs de monitoring. « Nous nous appuyons pleinement sur les compétences d'H2AD[®] dans la gestion des alertes et sa maîtrise de la transmission sécurisée de données de santé », précise le promoteur de BlueHomeCare. ■

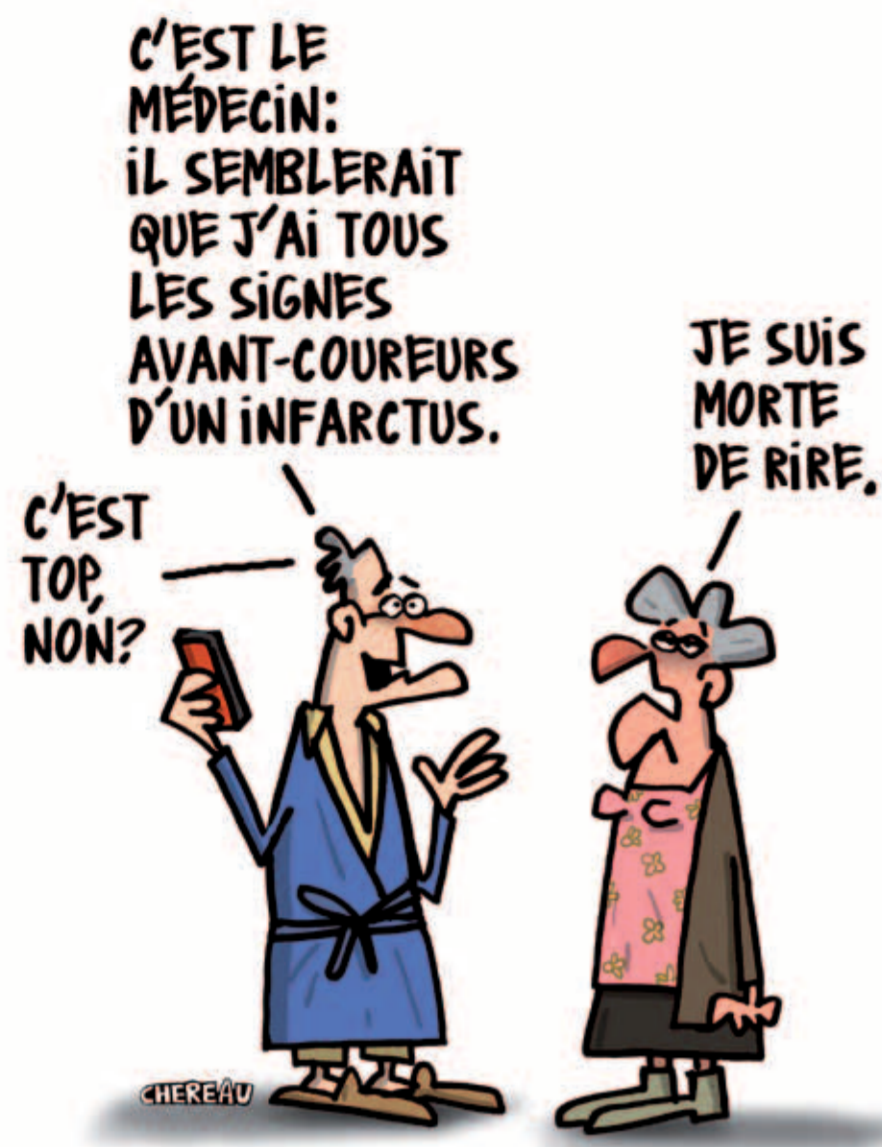
« Les aidants se retrouvent fréquemment menacés d'épuisement ».

Emera : un parcours résidentiel

« C'est un véritable élément de différenciation pour notre offre de Résidences Services », Emmanuel Blanquart, directeur Développement d'Emera, observe avec satisfaction que le partenariat noué avec H2AD[®] à l'occasion de l'ouverture de la résidence d'Annecy a porté ses fruits. Les locataires se voient en effet proposer une option, comprise dans leur forfait de charges, d'accès aux services de la plate-forme stéphanoise qui leur assure une téléassistance 24/7. Les appartements sont équipés d'un appel direct et leurs occupants bénéficient de l'ouverture d'un D2P[®] qui garantit que la réponse et l'orientation les plus adéquates leur seront données quelle que soit la nature et la gravité du problème à traiter. Qu'ils aient simplement perdu leurs clés ou qu'ils aient fait une chute, les permanenciers et médecins d'H2AD[®] les prendront en charge, à distance, selon des protocoles prévus au départ qui font intervenir les équipes les plus efficaces. Un confort tel que la plupart des locataires optent d'ailleurs pour l'extension de service qui leur permet d'être assistés même s'ils sont à l'extérieur de leur appartement.

« Cela fait plusieurs années que nous y réfléchissons et nous avons saisi l'opportunité d'une construction récente, ouverte à Annecy avant l'été », commente Emmanuel Blanquart qui a l'intention de développer l'offre sur l'ensemble des résidences de cette nouvelle gamme du groupe Emera.

Créé en 1987 et aujourd'hui composé de 25 résidences en France et une en Suisse, Emera promeut un concept de « parcours résidentiel ». « Résidence Services et Résidence Retraite sont situées dans le même immeuble, à des étages différents », explique le directeur Développement. Ce qui permettra aux locataires de la Résidence Services d'être admis en priorité dans l'EHPAD si elle en éprouve le besoin, cela sans qu'elle change d'environnement. « La communication politique est aujourd'hui consacrée au « bien vieillir à domicile », mais il ne faut pas oublier que la plus grande des maltraitances vis-à-vis des personnes âgées reste l'isolement, la solitude », insiste-t-il. ■



La télésurveillance médicale à domicile à portée de tous

Le concept Twitoo® repose sur la facilité et la simplicité d'usage, pour les patients comme pour les professionnels. Illustration avec le témoignage du Dr Patrick Dary, cardiologue en Haute-Vienne.

Le concept Twitoo® repose sur la facilité et la simplicité d'usage, pour les patients comme pour les professionnels. Illustration avec le témoignage du Dr Patrick Dary, cardiologue en Haute-Vienne.

Avec Twitoo®, H2AD® a mis au point une solution de surveillance médicale à distance facile à utiliser par les professionnels comme par les patients. Le principe qui préside à la conception de Twitoo® est simple. Les malades chroniques contrôlent eux-mêmes, à domicile, l'évolution de tous les paramètres cliniques (tension, poids, saturation en oxygène...) permettant d'alerter sur une dégradation de leur état de santé. Les résultats sont transférés sur une interface web sécurisée où ils peuvent être consultés à tout moment par le patient et par les professionnels de santé qu'il aura désignés.

Au domicile, les dispositifs médicaux sans fil (Bluetooth, homologués) se synchronisent automatiquement avec la passerelle Twitoo® qui fonctionne en plug and play, à la manière des équipements électroniques grand public. Sur son « Espace médical » en ligne, grâce au viewer D2P® (Dossier Patient Participatif), l'utilisateur visualise ses données médicales dont la lecture est facilitée par une présentation sous forme de courbes ou de graphiques. Ces informations sont stockées en toute garantie de sécurité et de confidentialité grâce au statut d'hébergeur de données de santé à caractère personnel de H2AD® (lire page 10).

Un euro par jour

Chez le professionnel de santé, la surveillance est optimisée entre deux consultations. La plateforme Twitoo® permet un paramétrage affiné pour définir des seuils d'alarmes et faciliter la gestion des protocoles de suivi (qui doit être alerté, comment, en fonction de quel événement).



Docteur Dary, « militant » de la télésurveillance

L'innovation n'est pas seulement technologique. Le concept de Twitoo® consiste à offrir, sur un marché mondial, une solution à coût réduit pour le patient (à partir d'un euro par jour), qui apporte, dans la sphère santé – bien être, des services électroniques aussi simples à utiliser que ce que les consommateurs ont déjà adopté en matière de loisirs notamment. D'ores et déjà diffusé en France, en Suisse et au Canada, Twitoo® est prêt pour une distribution internationale, sous forme de licences, grâce à une plateforme web multilingue facilement adaptable aux spécificités locales.

Dépister la tachycardie

A Saint-Yrieix-la-Perche, le Dr Patrick Dary se montre impatient de débiter un programme de télésurveillance qu'il promet dans le cadre de l'opération « Au cœur de l'AVC ». Dès qu'il a eu connaissance de cette campagne internationale de sensibilisation à la fibrillation auriculaire et à la prévention de l'AVC, le cardiologue limousin a présenté pas moins de trois dossiers. Très rapidement, le projet D.E.T.E.C.T. (Dépister En Télésurveillance la Tachycardie) a recueilli les meilleurs suffrages. Il propose d'améliorer le dépistage de la fibrillation sur une population d'hypertendus de plus de 65 ans grâce au monitoring à distance : ECG et automesure tensionnelle.

Une démarche qu'il mène déjà, à petite échelle, en prêtant un équipement, fourni par H2AD®, à ses patients à risque. « Chaque fois que D. se plaint de palpitations, il vient en consultation en urgence et, chaque fois, son rythme est régulier, raconte le médecin. Que faire ? Je lui ai proposé de lui prêter un enregistreur de rythme. Après 72 heures de calme, il a une crise de 10 mn et fait un enregistrement, sur son lieu de travail. Je reçois le tracé 5 mn après. Le rythme est irrégulier, c'est bien une fibrillation auriculaire ». Des exemples similaires, le Dr Dary en rencontre régulièrement. Et c'est ce qui l'a motivé à agir. D'autant plus que le libéral exerce également à l'hôpital où il a vécu les urgences pleines à craquer et les patients dispersés dans des salles d'examen où ils étaient pris en charge dans de mauvaises conditions.

Une alternative à l'hospitalisation

« C'est indispensable de pouvoir proposer autre chose que l'hospitalisation systématique, insiste-t'il. Aussi bien en amont, qu'en aval. Avec un dispositif

de surveillance à distance, nous pourrions, dans bien des cas, sécuriser le retour des patients à domicile, surtout quand ils sortent de l'hôpital un vendredi soir ». Avec enthousiasme, il a commencé à « évangéliser » ses confrères et les acteurs institutionnels de la région. D'une rencontre de FMC associative à un rendez-vous avec l'Agence Régionale de Santé, en passant par le Conseil régional de Haute-Vienne, il explique et convainc. « Quand je montre le Dossier Patient Participatif aux médecins traitants, ils voient bien l'intérêt de solutions facilitant la continuité de prise en charge ». Du côté des tutelles, l'argument économique force aussi l'écoute.

Quant aux patients, ils sont plutôt séduits. Il faut dire que le cardiologue prend tout le temps nécessaire à expliquer le maniement des appareils. « Le plus compliqué, c'est de faire son ECG soi-même », admet-il. Il lui reste donc à mettre en place étude de faisabilité et analyse médico-économique pour lesquelles il envisage de recruter 500 patients sur 2 ans. Il saura fin juin s'il peut obtenir une bourse du programme « Au cœur de l'AVC », mais il n'est, de toute façon, pas près d'arrêter de faire campagne pour le développement de la télésurveillance ! ■

I D.L.

<https://www.aucoeurdelavc.fr/aredien>

« La surveillance est optimisée entre deux consultations »

Laure Le Calvé >

conseille les acteurs de la santé sur leurs problématiques métiers au sein du Cabinet Beslay + Le Calvé, qu'elle a fondé avec Nathalie Beslay. Reconnu pour ses compétences dans le domaine de la e-santé, de la protection des données de santé, de la recherche clinique ou encore de la vie des produits de santé, leur cabinet a été classé cette année par le magazine « Décideurs - Stratégie Finance Droit » comme un cabinet de forte notoriété dans le domaine de la santé.



« L'obligation d'information du patient va très loin »



Spécialisée dans le secteur santé et plus précisément les dispositifs médicaux, Laure Le Calvé relève et analyse pour les lecteurs de S.O.T. les notions fondamentales attachées à l'exercice de la télémédecine. Entretien.

Solutions Ouvertes en Télésanté : Quelles sont les notions fondamentales à retenir sur le plan juridique dans l'exercice de la télémédecine ?

Laure Le Calvé : En faisant entrer la télémédecine dans le Code de la santé publique, la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) souligne que l'acte de télémédecine constitue un acte médical à part entière. Le cadre juridique de la télémédecine est marqué par cette définition. Si l'exercice de la télémédecine pose de nombreuses questions, elles ne sont donc pas insurmontables : il repose notamment sur l'information et le consentement du patient. C'est ce que souligne d'ailleurs le décret Télémédecine, qui stipule que ces actes « sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne ». Ce qui est plus nouveau – et l'Ordre des médecins insiste bien sur ce point dans son Livre blanc – c'est la notion de contrats et de protocoles qui doivent cadrer les relations entre professionnels. Il s'agit en effet d'un aspect fondamental et les médecins ne doivent pas sous-estimer la valeur de ces contrats. Là aussi, le décret est très clair qui précise qu'une convention organise les relations (entre les organismes et les professionnels de santé) et les conditions dans lesquelles ils mettent une activité de télémédecine en œuvre.

SOT : Quelles sont vos recommandations en matière d'information ?

LLC : J'observe que l'obligation d'information du patient va très loin ! Elle se traduit par un grand nombre de procédures et une vaste jurisprudence. Le médecin doit prouver qu'il a bien informé son patient... et cela se révèle souvent impossible. L'outil informatique étant considéré comme un moyen de gagner du temps, les médecins ont en effet tendance à moins documenter leurs systèmes d'information que leurs dossiers papier. Il serait nécessaire que les éditeurs de l'informatique médicale développent des systèmes facilitant la preuve que le médecin a bien délivré l'information nécessaire et qu'il dispose de la trace du consentement. Paradoxalement, alors que notre société entretient un discours sur la responsabilisation du patient, le principe de précaution est poussé à l'extrême. C'est ainsi qu'en France des plaignants se sont vu accorder (fin 2009) un « préjudice d'angoisse » : porteurs de pacemaker, ils ont fait valoir qu'ils s'estimaient en danger en raison de deux décès aux Etats-Unis dus à des défaillances de sondes. Or, dans notre pays, l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) avait simplement conclu à la nécessité d'une surveillance renforcée.

Pour ce qui concerne le consentement, dans le champ de la télémédecine, il ne faut pas oublier que le patient doit consentir à l'acte mais aussi au médecin distant. L'identité du praticien télé consulté doit donc figurer dans les comptes rendus. Ceci est d'ailleurs précisé par le décret Télémédecine.

SOT : Le débat ne semble pas encore préoccuper le grand public, mais les acteurs du système de santé montrent une grande prudence vis-à-vis de l'informatisation des données de santé. Est-ce que l'on dramatise à outrance ?

LLC : Non, il s'agit bien de sujets sensibles. Mais nous pouvons nous féliciter d'avoir un système efficace sur un plan juridique. Aujourd'hui, le respect de la confidentialité et de l'intégrité des données demande des efforts de formation des professionnels de santé aux nouveaux outils de communication. Savoir qu'on ne doit pas confier sa CPS ou son code à un collègue est évident, va sans dire. Le dire est pourtant nécessaire. La sécurité des données devrait également être renforcée par la publication et l'application de référentiels annoncés depuis qu'il est admis que le décret de confidentialité de 2007 n'est pas adapté.

Pour ce qui concerne la jurisprudence en matière de perte d'intégrité des données, on peut d'ores et déjà noter l'existence d'arrêts rendus dans le cadre de perte de dossiers médicaux ou d'atteinte au secret médical, ayant engagé la responsabilité de l'établissement de santé, arrêts qui peuvent sans aucune difficulté être transposés à l'exercice de la télémédecine.

SOT : Vous insistez sur l'importance des contrats dans la mise en œuvre des applications de télémédecine. S'agit-il d'une activité en développement dans votre cabinet ?

LLC : Nous sommes en effet de plus en plus sollicités. En matière de responsabilité, les textes existants ne sont pas modifiés pour l'exercice de la télémédecine, ils donneront lieu à interprétation. C'est pourquoi les contrats doivent contribuer à régler bon nombre de paramètres. Le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) recommande également que ces contrats – de même que les assurances souscrites par les professionnels – soient précisément localisés car l'acte à distance ne connaît pas de frontières. N'oublions pas aussi que les protocoles de soins délivrés dans le champ de la télémédecine devront être approuvés par les ARS. ■

I Propos recueillis par D.L.



Le pharmacien, acteur et pivot de la télémédecine : une avancée remarquable avec Tétra Médical

Le métier de pharmacien se transforme et son rôle dans le système de soins, notamment vis-à-vis des malades chroniques, s'affirme. Annoncé par la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), le décret relatif aux missions des pharmaciens d'officine correspondants est paru début avril qui confirme l'élargissement de leurs compétences.

Pour les plus précurseurs d'entre eux, l'avenir passe aussi par la télémédecine, en faveur de laquelle milite par exemple le président délégué de l'USPO (Union des syndicats de pharmaciens d'officine), Gilles Bonnefond.

« Il faut des pionniers »

Interrogés dans le cadre d'un sondage Direct Medica*, six pharmaciens sur dix se disent convaincus que la télémédecine va se développer, qu'elle permettra de développer la collaboration entre professionnels de santé (pour 52 %) et qu'elle sera le plus facile à mettre en place dans le cadre de la télésurveillance (37 %).

Un acteur industriel de renom, qui figure parmi les leaders de la fabrication et de la distribution de dispositifs médicaux – des compresses aux tensiomètres en passant par les sets de soins –, est d'ores et déjà prêt à accompagner cette révolution. Réactif à un environnement politique et socio-économique qui valorise aujourd'hui à la fois la place du pharmacien et le rôle de la télémédecine dans l'organisation des soins, Tetra Médical se prépare à distribuer les services de H2AD® auprès des officines. « Elles représentent un acteur incontournable, par leur proximité et la gratuité de leurs conseils, pour accompagner les populations auxquelles s'adressent les services de surveillance médicalisée à domicile », estime François Marchal, PDG du groupe. « A l'avenir, le pharmacien participera de plus en plus activement au suivi de ses clients et il peut faire partie des professionnels de santé amenés à contrôler l'évolution de leurs paramètres cliniques ».

« Il faut des pionniers pour défricher ce marché et nous souhaitons en faire partie », ajoute-t-il. ■

*Publié par le Moniteur des pharmacies du 23 oct. 2010.

H2AD® soigne sa cybersécurité avec NTX Research : un partenariat fort pour une confiance sans faille.

Il ne se passe désormais pas une semaine sans que l'on apprenne par les médias un piratage de données hébergées sur internet.

Conscient des enjeux que représente la cybersécurité et la confiance dans l'éco système e-santé, H2AD® s'est allié à la société NTX Research connue pour son expertise et surtout ses innovations en matière de sécurité des systèmes d'information. Elle a déposé ses premiers brevets dès 1996 et n'a pas cessé, depuis, d'investir lourdement en recherche et développement afin de répondre aux attentes des clients les plus exigeants de tous secteurs d'activité. La télésanté s'annonçant comme un domaine où les besoins promettent d'être à la fois énormes et complexes, Francis Melemedjian, Directeur associé, a d'emblée été enthousiaste à l'idée d'établir un partenariat mondial avec H2AD® pour relever les défis de la e-santé.

« Nous sommes le gardien de la sécurité des accès distants par ordinateur, ou mobiles, à l'ensemble du système d'information client d'H2AD®, qu'il s'agisse de patients, personnels de santé ou même d'équipements », explique-t-il. Grâce à la souplesse de nos solutions 100 % logicielles nous serons capable des les faire évoluer en

fonction des besoins de H2AD®, y compris en les adaptant aux usages spécifiques des pays où s'implante Twitoo®.

Ce n'est pas tout de faire de la sécurité, encore faut-il qu'elle ne complique pas la vie des utilisateurs qui s'empresseront alors de contourner les moyens mis à leur disposition. Là, NTX Research a une botte secrète. « Une technologie cryptographique de rupture, XC™, souligne Francis Melemedjian. En règle générale, soit on observe une facilité d'usage (avec identifiant/mot de passe classique) mais un niveau de sécurité incompatible avec les enjeux de la santé, soit on obtient un bien meilleur niveau de sécurité (cartes à puces, jetons ou certificats par exemple) mais alors le système devient lourd, cher et compliqué à déployer en masse. Nous avons, chez NTX Research, réussi à mettre au point une solution d'authentification forte totalement logicielle : elle allie simplicité par la saisie d'un code secret et sécurité par la génération d'un mot de passe à usage unique OTP⁽¹⁾. De plus ce code secret n'est connu que de l'utilisateur, et n'est aucunement stocké, ni coté terminal d'accès, ni coté serveur, ni même transmis sur le réseau. Ce code est inventé par l'utilisateur et donc très facile à mémoriser... dans son cerveau ! » ■

(1) One Time Password, ou mot de passe à usage unique.

Hébergement de données de santé : Comment assurer la continuité de service ?

Avec le lancement du Dossier Médical Personnel auprès du grand public, la notion d'hébergement de données de santé à caractère personnel devient familière. Cette activité n'en est cependant qu'à ses débuts et moins d'une vingtaine de sociétés ont rempli les conditions exigées par le décret⁽¹⁾ pour être officiellement agréées. H2AD® fait partie des toutes premières à avoir passé la procédure avec succès, dès février 2010. Ses experts avaient participé aux travaux du comité de définition du statut d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour compte de tiers. Avec 5 autres organisations, H2AD® a ensuite créé l'association AFHADS⁽²⁾ qui vise non seulement à promouvoir l'agrément auprès des acteurs de la e-santé, mais aussi à veiller à ce que l'évolution de cette activité respecte toutes les garanties requises.

Une information disponible à tout moment

« Le terme d'hébergement reflète assez mal les véritables besoins de notre marché, observe Cédric Wartel, directeur technique. La donnée de santé est une information vivante. Elle ne doit pas seulement être stockée, archivée, mais surtout être disponible à tout moment ». C'est pourquoi H2AD®, en développant son offre sécurisée et mutualisée à l'attention des éditeurs et établissements, apporte une réponse originale aux attentes de continuité de service. Forte de son expérience, la société spécialisée a mis en place une chaîne de supervision qui garantit la qualité et la disponibilité du service 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Placée sous la responsabilité d'un médecin référent, l'équipe de médecins hébergeurs utilise en effet, en cas de besoin, un connecteur permettant d'accéder, en lecture seule, à une partie des données de santé hébergées chez H2AD® pour le compte de ses clients. Un outil qui peut se révéler précieux si l'applicatif hébergé rencontre des problèmes. Grâce à ce dispositif, et en fonction de protocoles établis, le client est assuré de conserver un accès dégradé aux données. ■

(1) du 4 janvier 2006
(2) Association Française des Hébergeurs Agréés de Données de Santé à Caractère Personnel

« Rien n'est jamais figé en médecine. La seule règle qui reste immuable ici, c'est la sécurité »

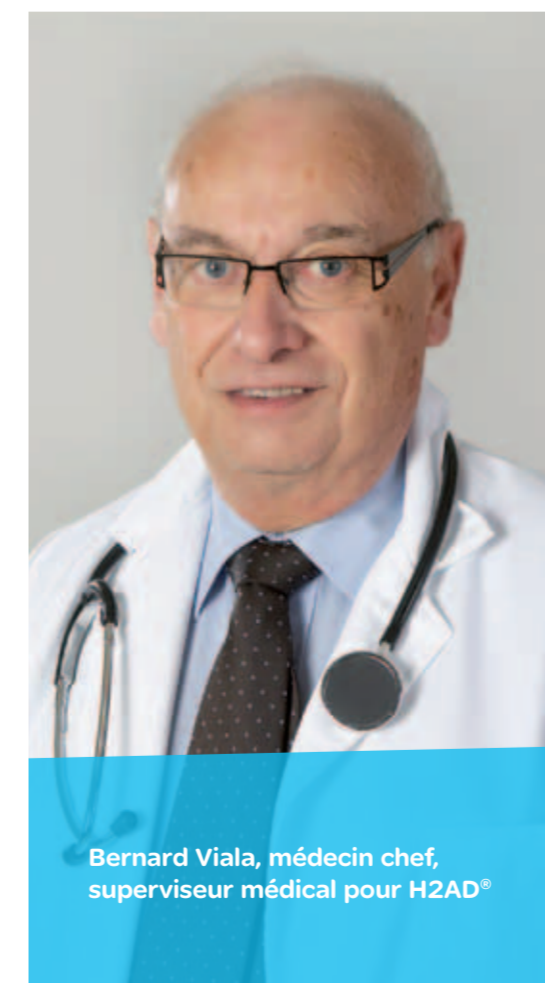
portrait

LA NUIT RISQUE D'ÊTRE LONGUE, SOLDATS. VOTRE MISSION : RÉGULER LE PATIENT ET ASSURER SA SÉCURITÉ.



Aux commandes de la « sécurité médicale, des protocoles et des procédures » du plateau de médecins et permanenciers de H2AD®, le Docteur Bernard Viala joue un rôle clé pour garantir la qualité des interventions de la société de télémédecine.

Portrait.



Bernard Viala, médecin chef, superviseur médical pour H2AD®

C'est un parcours pour le moins atypique qui a conduit le Dr Bernard Viala du Service de santé des Armées, au milieu des années 70, à la responsabilité de médecin chef – superviseur médical pour H2AD®. Quand il prend connaissance des activités de la société de télémédecine, il y a deux ans, il découvre un champ de la médecine et de l'assistance qu'il ne soupçonnait pas... et pourtant sa carrière l'y précipitait bien, qui a fait appel à ses qualités de rigueur mêlées d'humanité !

Diplômé de médecine de catastrophe et de médecine d'urgence et de réanimation, il enchaîne les responsabilités de terrain et d'expertise : à la Brigade des Sapeurs Pompiers de Paris, au Groupe d'Intervention de la Gendarmerie Nationale (GIGN), auprès de la Défense et de la Sécurité Civile (ministère de l'Intérieur). Une vingtaine d'années au cours desquelles il va se frotter, en routine, à l'organisation des secours dans les situations les plus diverses – et les plus dramatiques – : catastrophes naturelles ou industrielles, aide aux réfugiés dans le cadre de conflits, prises d'otages...

Former à la gestion des crises médicales

Il agit, mais il enseigne également et contribue activement à promouvoir la doctrine française de médecine de catastrophe, aujourd'hui universellement reconnue. Il s'implique aussi dans la recherche et développement de matériel de décontamination et de protection des populations. Du Maroc à Haïti, en passant par le Cameroun, son rôle d'expert le conduit à auditer des systèmes de santé hospitaliers et pré-hospitaliers, de même qu'à former des équipes à la gestion des crises médicales pour de nombreux pays.

Sur le terrain, c'est la coordination et la collaboration qui prévalent. Coordination des moyens médicaux dépêchés par la France avec l'action des organismes internationaux généralement mobilisés par les catastrophes majeures. Collaboration avec les autorités gouvernementales des pays concernés. « Les secours, pour moi, cela consiste à gérer en propre, avec intervention de la médecine – et il n'y a pas que la médecine – tout ce qu'il y a autour de la catastrophe, aussi bien l'humanitaire que la structure sociale », expliquait-il à l'occasion d'une journée de formation de l'Institut National d'Etudes de la Sécurité Civile.

Quand il quitte l'armée, il a déjà accumulé autant d'expériences qu'un bataillon de médecins, mais il ne s'arrête pas là. En 2001, il pilote le programme de risques chimiques militaires de la société Prevor, avant de rejoindre la clinique des Franciscaïnes à

Docteur Bernard Viala : Rigueur et humanité

Versailles, où il met en place le service de médecine interne qu'il dirigera durant 5 ans. Mais le stéphanois d'adoption (son épouse est originaire de Saint-Etienne et il y a vécu ses années d'internat) espérait bien que son parcours professionnel le ramène dans la Loire où il a déjà prévu de prendre sa retraite.

Aujourd'hui aux commandes de la « sécurité médicale, des protocoles et des procédures » du plateau de médecins et permanenciers de H2AD®, l'ex baroudeur a vite pris goût à une activité qui n'a rien de routinier. Les pistes de développement et les partenariats se multiplient, qui nécessitent systématiquement l'élaboration de procédures qualité ad hoc. En outre, ces fiches de « conduite à tenir » et autres arbres de décision sont régulièrement mis à jour en fonction de l'évolution des recommandations et guidelines. « Rien n'est jamais figé en médecine. La seule règle qui reste immuable ici c'est la sécurité », insiste le médecin chef. Quel que soit le type d'appel qui arrive sur le plateau téléphonique, 24h sur 24 et 7 jours sur 7, médecins et permanenciers ont en effet deux outils clés pour traiter tout questionnaire : ces protocoles et le D2P® (Dossier Patient Participatif), ouvert pour chaque personne prise en charge. Ils peuvent ainsi rapidement, et de la manière la plus pertinente, orienter un patient (ou son entourage) en difficulté à sa sortie de l'hôpital ou dans l'utilisation d'un appareil médico-technique installé à son domicile⁽¹⁾. « Notre rôle ne se situe pas dans le diagnostic mais dans le conseil », précise Bernard Viala. Les médecins exercent une « régulation éclairée » qui peut conduire le cas échéant à l'intervention des professionnels de santé habituels du patient.

Monsieur « Qualité »

Bien entendu, cette responsabilité de « monsieur qualité » comporte des actions de contrôle et de formation. « Je vérifie que les appels traités correspondent à nos engagements, de délai de réponse notamment, mais les régulateurs gardent une marge de manœuvre dans la mesure où ils sont médecins. » Ces praticiens, qui assurent des vacations pour H2AD®, sont d'ailleurs pour la plupart des urgentistes ou des remplaçants, ce qui garantit qu'ils restent directement confrontés à la pratique de la médecine. C'est aussi cette dimension humaine, très présente dans le concept de télémédecine et d'assistance à domicile, qui plaît à Bernard Viala. « Je suis très heureux de pouvoir, ainsi, continuer à apporter des soins et du réconfort aux personnes isolées, fragiles », avoue-t-il. Tout en appréciant le mode de travail adopté par H2AD® qui fait largement appel à la collaboration entre tous les métiers, médecins et ingénieurs notamment. On peut poser ses valises sans renier ses motivations profondes. ■

(1) Voir les reportages à ce sujet dans SOT N°1