

CATEL – EHESP

Paris 15 Octobre 2015

Montage de projets opérationnels en e.Santé

CONSTRUIRE LE MODÈLE ÉCONOMIQUE DE SON PROJET D'E-SANTÉ

Pr Robert LAUNOIS

Président de la Société Française d'Economie de la Santé

REES Réseau d'*E*valuation en *E*conomie de la *S*anté

28, rue d'Assas - 75006 PARIS

<http://www.rees-France.com>

Les Financements Orientés vers L'Investissement

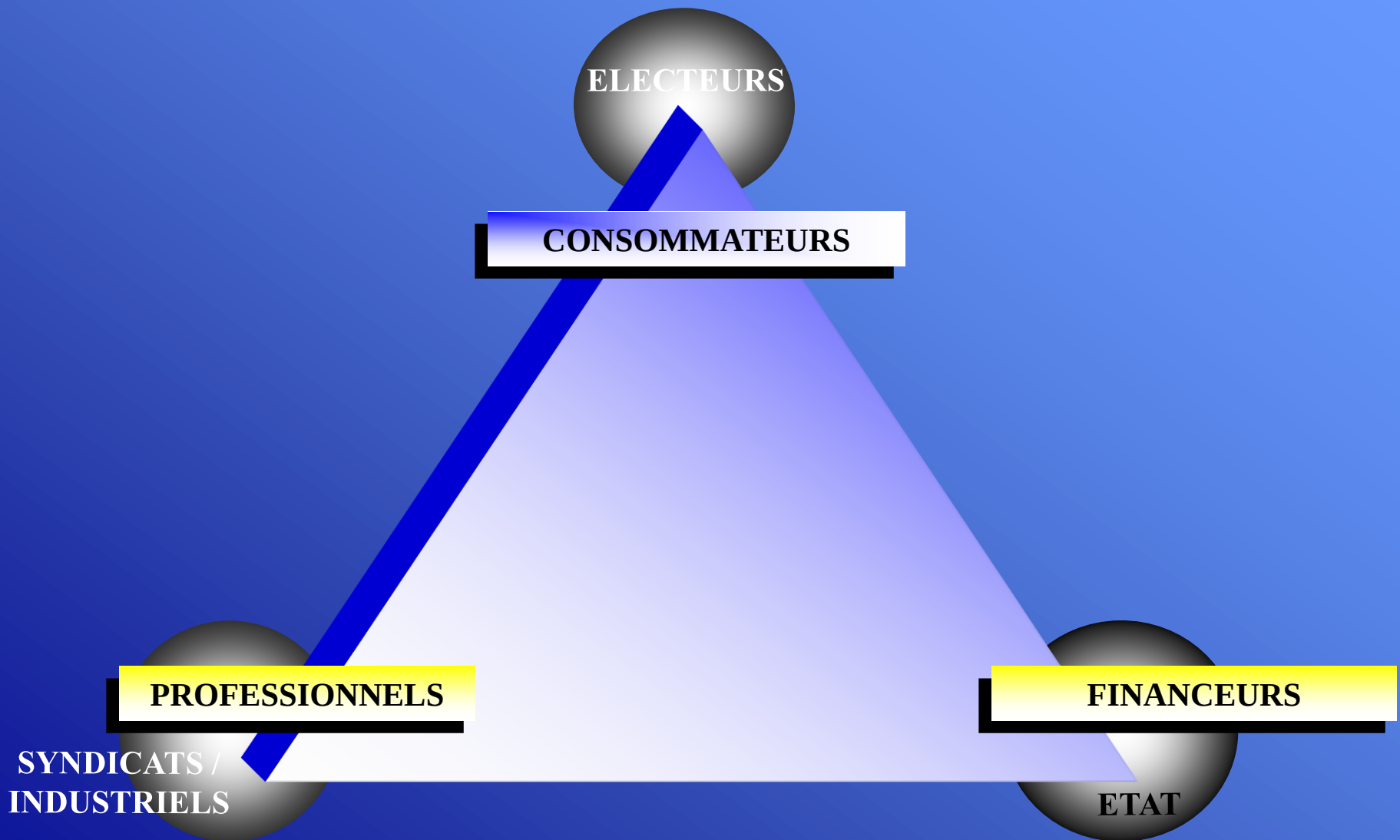
- **Fonds européens** du « Digital Agenda for Europe », (39 M € en 2013),
- Fonds à visée d'aménagement du territoire comme le Fond européen de développement régional (FEDER) et la DATAR
- Jusqu'en 2012, les trois fonds gérés par la DGOS et déconcentrés auprès des ARS ;
 - Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP) :
 - Mission d'Intérêt Général (MIG) pour les dpes non couvertes par les tarifs MCO ;
 - Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FICQS) destinés à favoriser le décroisement ville/hôpital ;
- Après 2012 Création du Fonds d'Intervention Régional par la LFSS pour 2012
- Les subventions directes de l'ASIP Santé sur des projets sélectionnés par appel d'offre (5,8 millions d'Euros sur 3 ans);
- Le Fond pour la Société Numérique animé par le Commissariat Général à l'Investissement, sur deux appels d'offres successifs « e-santé » (10 millions et 30 millions € respectivement) ; un nouvel appel d'offre lancé en 2014,

Les Financements Adaptés à La Rénumération Pérenne des Producteurs

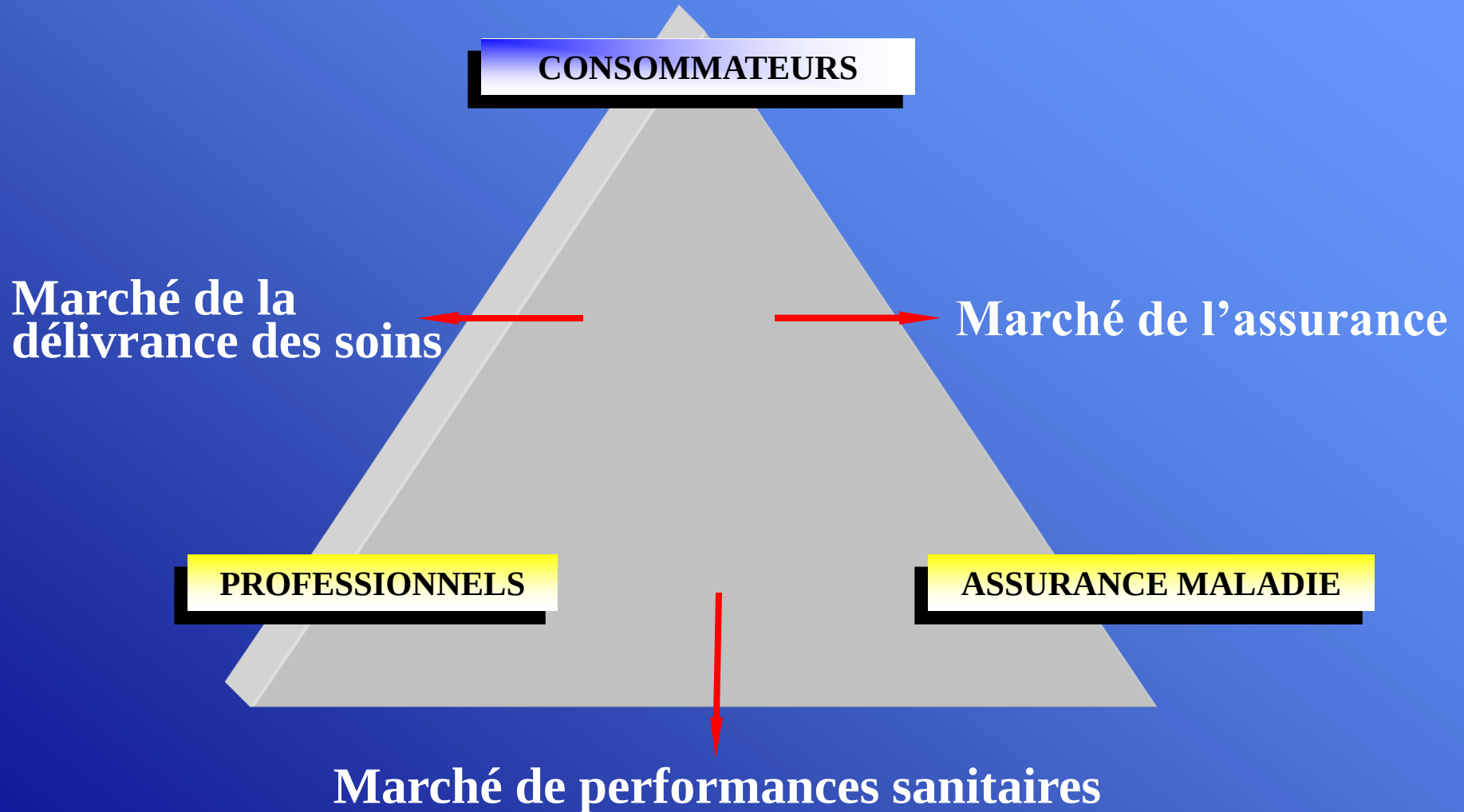
- ENMR
- Forfait Innovation Article CSS 165-1-1 PLFSS 2009
- Intégration à la LPPR des équipements à domicile et des dispositifs communicants
- Art 36 PLFSS 2014 crédits fléchés vers les neufs
ARS pilotes : Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays-de-la-Loire et Picardie. Tarif préfigurateur 28€ téléconsultation 14€ téléexpertise

MODULER LES RÉMUNÉRATIONS EN FONCTION DE
L'ORGANISATION DU SYSTÈME

La Santé : Un Théâtre d'Ombres

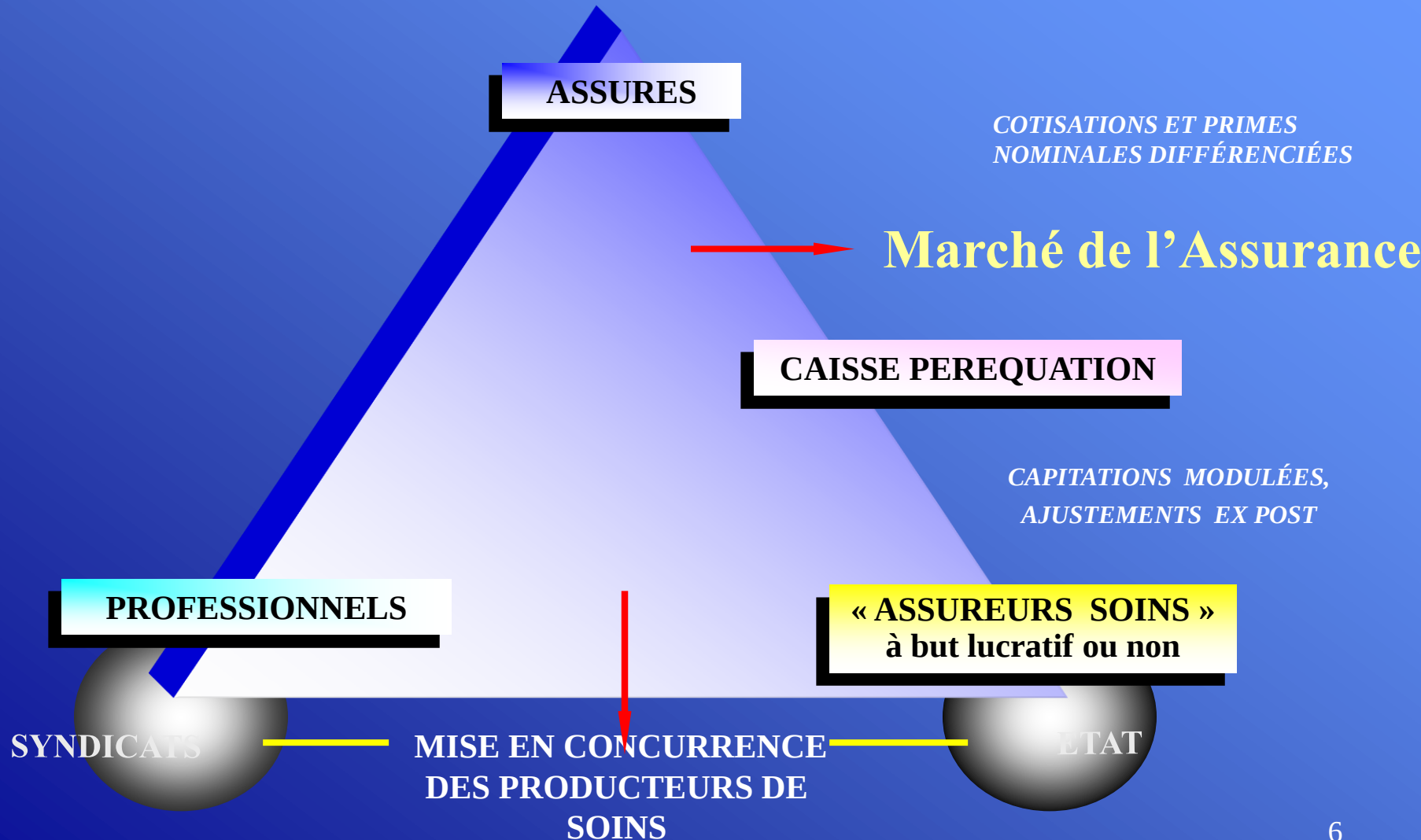


Le Forfait à la Pathologie (FAP) Quelle institution porteuse?



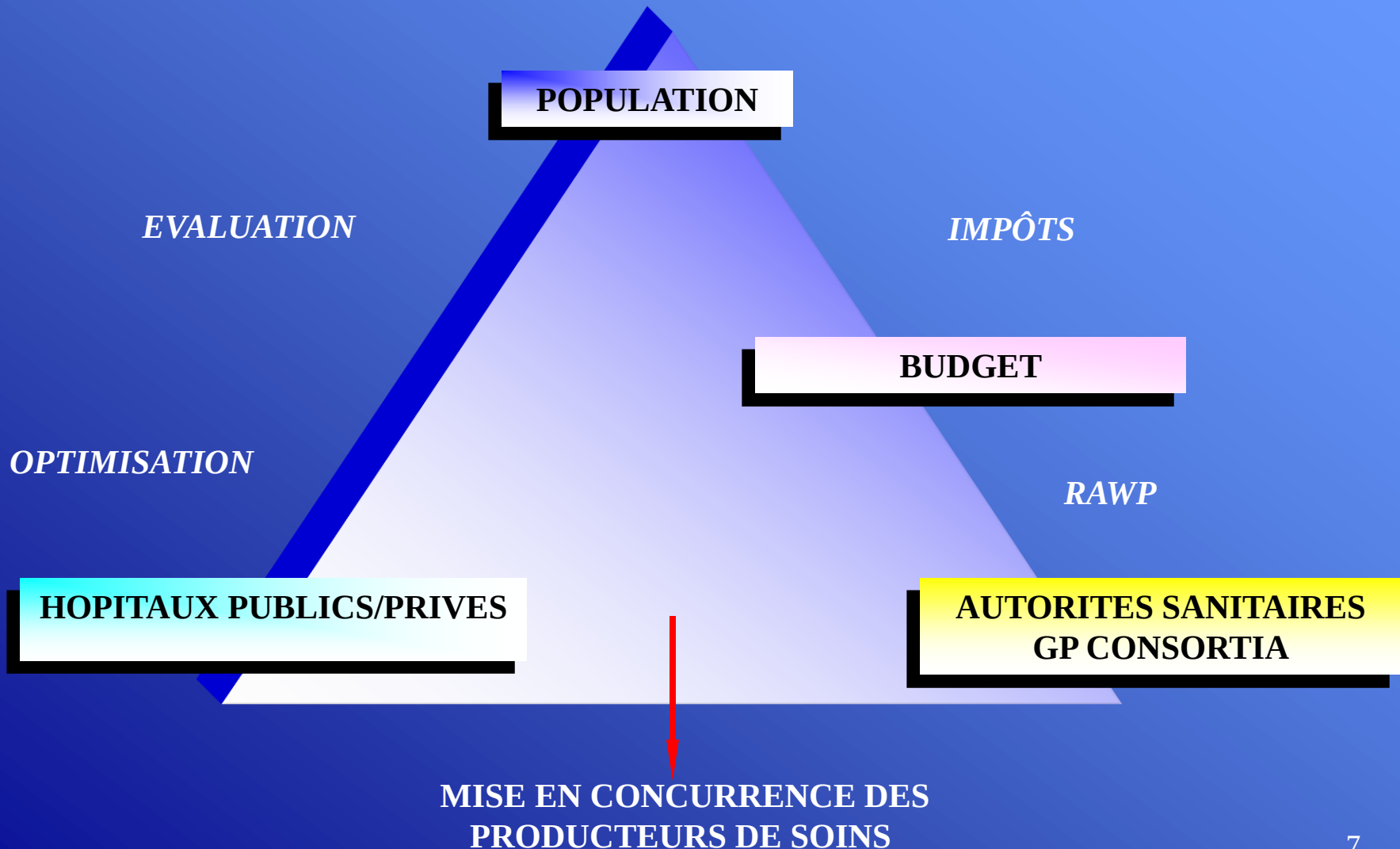
Assurance Maladie Obligatoire Avec Libre Choix de l'Organisme Assureur

Allemagne (1996) , Pays-Bas(2003) ,



Systeme National de Santé et Concurrence entre les Producteurs

* Angleterre 1991, Pays Scandinaves



Assurance Maladie Obligatoire Sans Libre Choix de l'Organisme Assureur

France,

ASSUJETTIS

*COTISATIONS NIVELÉES
ASSISES SUR LE SALAIRE*

PEREQUATION

*COMPENSATIONS
INTERREGIMES*

PROFESSIONNELS

ASSURANCE MALADIE

CONVENTIONS

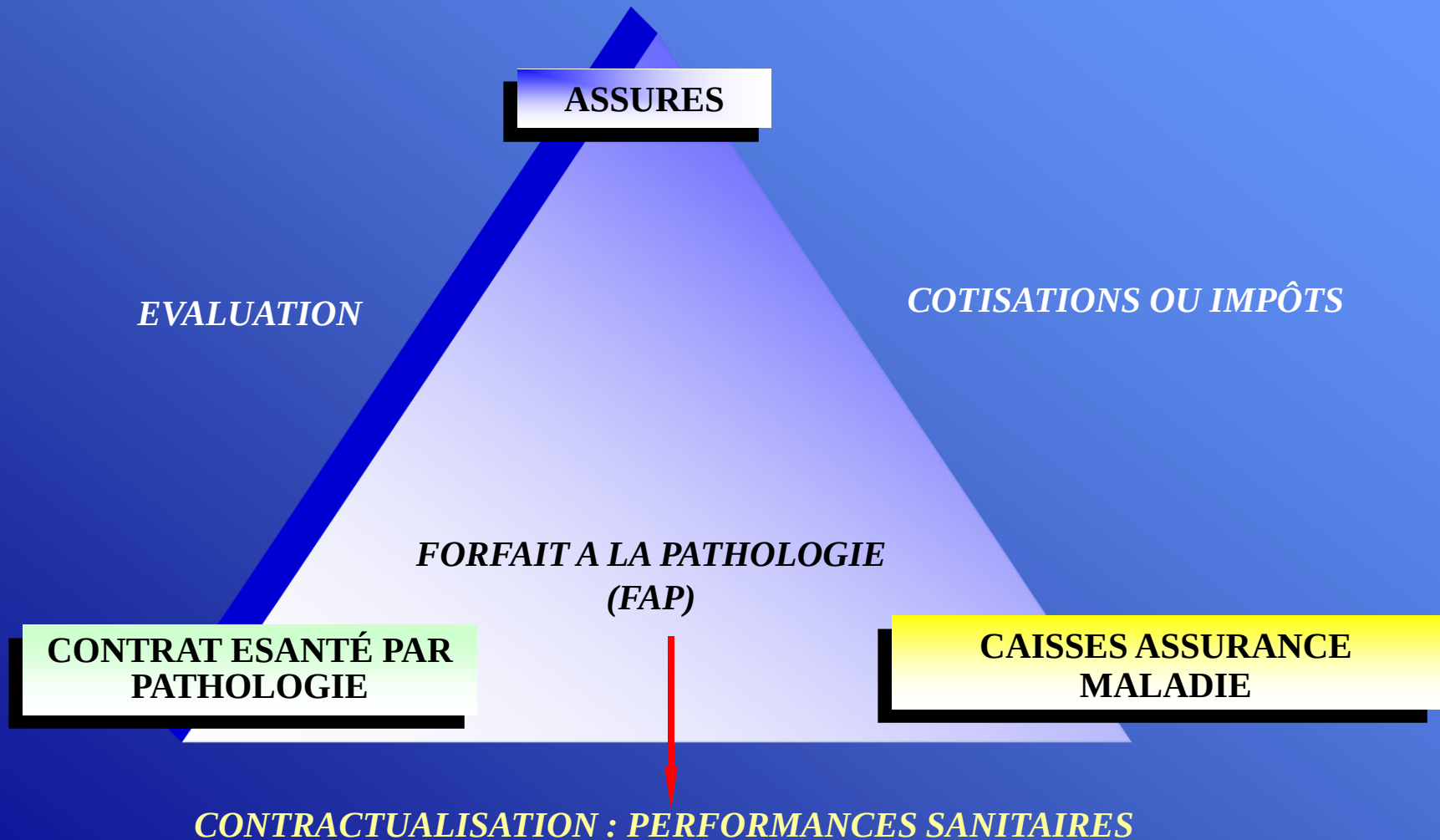
SYNDICATS

Tiers Garant ou Tiers Payant direct

ETAT

**Marché des
Soins** *PAIEMENTS A L'ACTE*

Pour la France Maintien de la Solidarité et Mise en Place de Contrat Esanté intégré par Pathologie



Le FAP Quel périmètre ?



Le FAP Pour Travailler Avec Qui ?

Le FAP recouvre **un espace** au sein duquel les professionnels de santé d'horizons différents **se sont mis d'accord** sur des **objectifs** et un **cadre d'analyse** de leur performance collective.

Pour que cet espace se constitue en organisation, il faut qu'il y ait un **partage négocié des pouvoirs, des gains et des notoriétés.**"

Naiditch

Le FAP Pour Quoi Faire ?

- Eduquer
- Former
- Partager
- Standardiser
- Evaluer
- Rémunérer
- Gérer

La Démarche Qualité : Au Cœur de la Prise en Charge Globalisé

CONTRAT DE SANTE INTEGRE

Cellule Fédérative d'Amélioration de la Qualité

Missions :

- Eduquer les patients,
- Former les praticiens,
- Partager l'information,
- Évaluer les pratiques,
- Restituer l'information,
- Gérer le risque.

Organisation :

- Présence d'un **leader médical** ,
- **Cercles de qualité** dans les domaines qui posent problèmes rassemblant praticiens et soignants sous l'autorité d'un chef de file

Nouvelles
Plateformes de
Services

Téléconsultation, téléassistance

Régulation des urgences

Hôpitalisation, Soins à domicile

COMMENT PASSER DES MODELES EXPERIMENTAUX A LA VRAIE VIE ?

Faire Une Revue Bibliographique

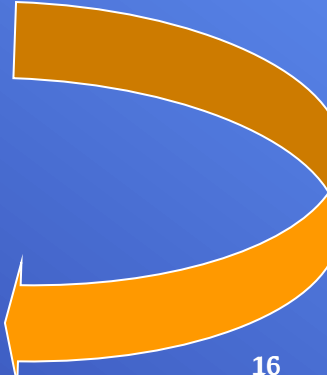
- **Revue critique (narrative) :**
 - Sans protocole d'interrogation prédéfini
 - Sélection subjective des données
 - Un expert choisi les études « les plus importantes », les commente et donne un avis souvent « politique »
- **Revue méthodique exhaustive à la manière « cochrane »**
 - Avec protocole d'interrogation prédéfini
 - Exhaustivité dans la recherche les données : 2 bases au moins
 - Sélection sur critères d'inclusion/ d'exclusion / de qualité
- **Revue méthodique ciblée (overview, rapid review method):**
 - Avec protocole d'interrogation prédéfini,
 - Absence d'exhaustivité dans les données, 1 base utilisée
 - Sélection partiellement argumentée des données
- **Revue méthodique mixte pour la modélisation économique**
- **Revue méthodique quantitative ou méta analyse**
 - Regroupement en un seul indice des quantités d'effet

Revue Méthodique Exhaustive : les Etapes

Revue méthodique qualitative (7 étapes)

- 
1. **Formulation d'une question principale unique** en s'aidant des critères PICOS : Population-cible, intervention, comparateur, outcome, schéma d'étude
 2. **définition ex ante des critères d'éligibilité** et de **non éligibilité** des études
 3. **Identification des descripteurs** correspondants (CISMef, EMTREE, MESH ou autres) et Ecriture de l'équation de recherche
 4. **Interrogation des bases** documentaires (*deux* au moins) sur la *période 2000-2010*
 5. **Sélection sous END Notes**, des articles qui répondent aux critères d'éligibilité, fusion, sélection et présentation du diagramme de flux
 6. **Evaluation de la qualité** des études (validité interne-externe)
 7. **Tableau Résumé des Données Colligées (TRDC ou SOF SUMMARY OF FINDINGS en anglais: items à définir a priori, 3 / 4 jours de travail) + Résumé en langage simplifié PLAIN LANGUAGE; Finalité Présentation claire des sources**

Revue méthodique quantitative (4 étapes)

1. Synthèse données probantes : MA, MCT
 2. Estimation de l'hétérogénéité
 3. Neutralisation des Biais : méta Régression
 4. Vérification de la cohérence sur les boucles (MTC)
- 

L'Etude Idéale

- **Randomisation** → *Populations comparables*
 - Distribution identique des facteurs de risques
 - Pas nécessairement toujours vrai (nouveaux médicaments & nouveaux utilisateurs)
- **Placebo** → *Effets comparables*
 - Neutralisation des facteurs de confusion susceptibles d'affecter les résultats
 - Pas d'effet structure, pas d'effet patient, pas d'effet blouse blanche
- **Double aveugle** → *Même information*
 - Elimine les jugements a priori sur l'efficacité
 - A tous les niveaux : patient, médecin, évaluateur, analyste, etc ...
- **Mais de puissants biais de sélection !**

Les Limites des Essais Randomisés

- Comparaison impossible de toutes les options thérapeutiques
- Vision tronquée du génie évolutif de la maladie
- Négation des réalités épidémiologiques et institutionnelles locales
- Scotomisation d'éléments décisifs pour la prise de décision politique *(Evénements indésirables, QdV, trajectoires et contacts, diversité des modes de prises en charge , toutes informations autres que celles se rapportant à la taille des effets)*

Les Résultats des Essais Cliniques sont Difficilement Transposables

Par rapport à la pratique quotidienne les essais sont trop :

- **R** restrictifs dans leurs critères d'inclusion
- **É** triqués dans leurs critères de jugement
- **T** emporellement limités dans la durée de leur suivi
- **R** igoristes dans leurs conditions de surveillance
- **hO** mogènes dans leur population

Les Enquêtes d'Observation Descriptives n'ont Pas de Comparateur

- Une enquête est dite observationnelle lorsque tout se serait passé *de la même façon si il n'y avait pas eu d'étude*
- Les études observationnelles descriptives partent des *réalités de terrain* pour les décrire de la manière la plus fidèle possible
- L'absence de plan expérimental multiplie les *risques de biais* et rend impossible l'analyse de causalité

**UNE TELEMÉDECINE
FONDÉE SUR LES
PREUVES..... MAIS DE
QUELLES PREUVES S'AGIT-IL
?**

Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Etudes Moins Dogmatique ?

Étude descriptive–Étude normative

Absence de
preuve

NON

Comparaison
exposée /non exposée ?

OUI

(1)
Au même
moment et sur le même
Groupe ?

NON

(2)

(3)

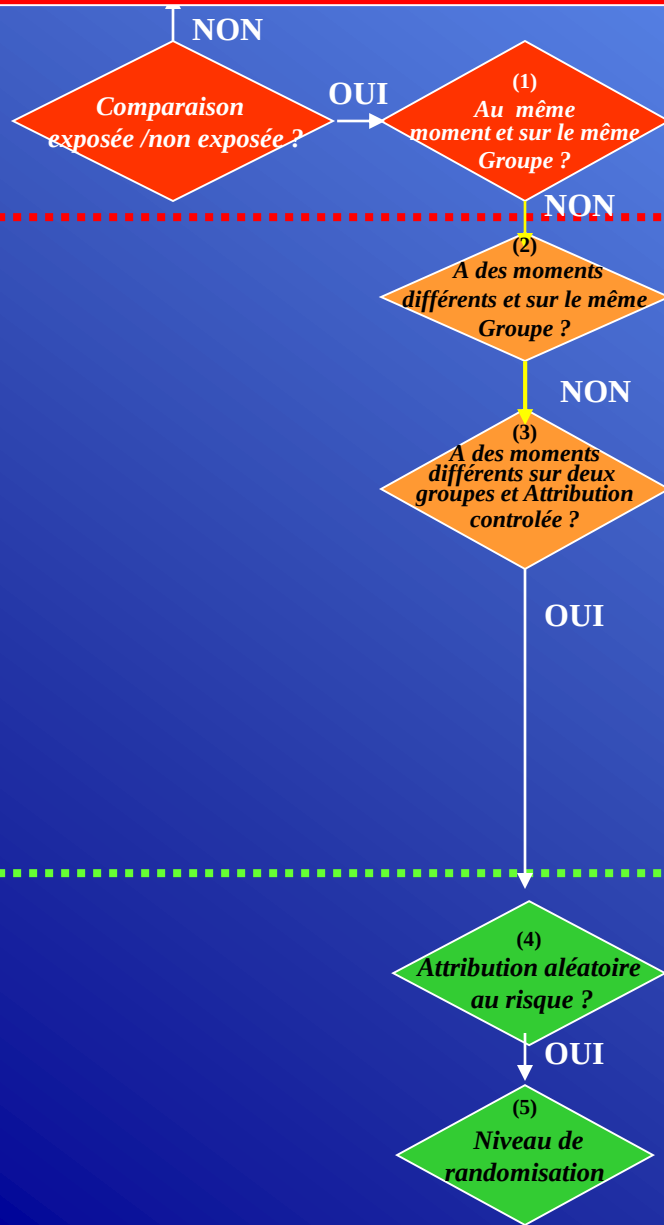


(5)

Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Etudes Moins Dogmatique ?

Étude descriptive–Étude normative

Absence de
preuve



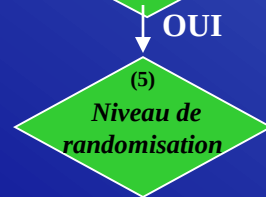
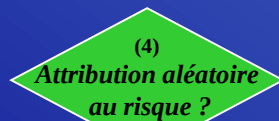
Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Etudes Moins Dogmatique ?

Étude descriptive–Étude normative

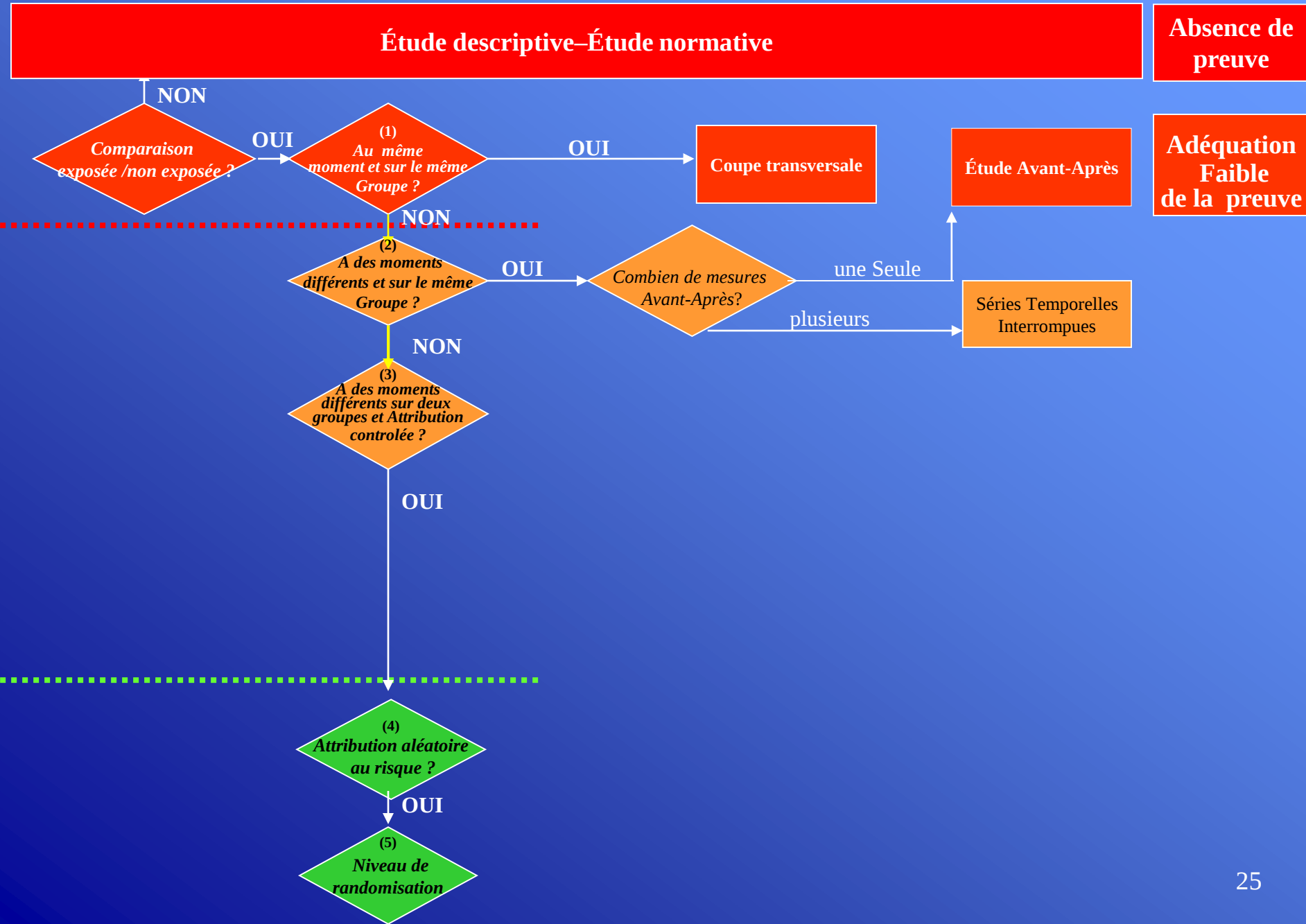
Absence de
preuve



Adéquation
Faible
de la preuve



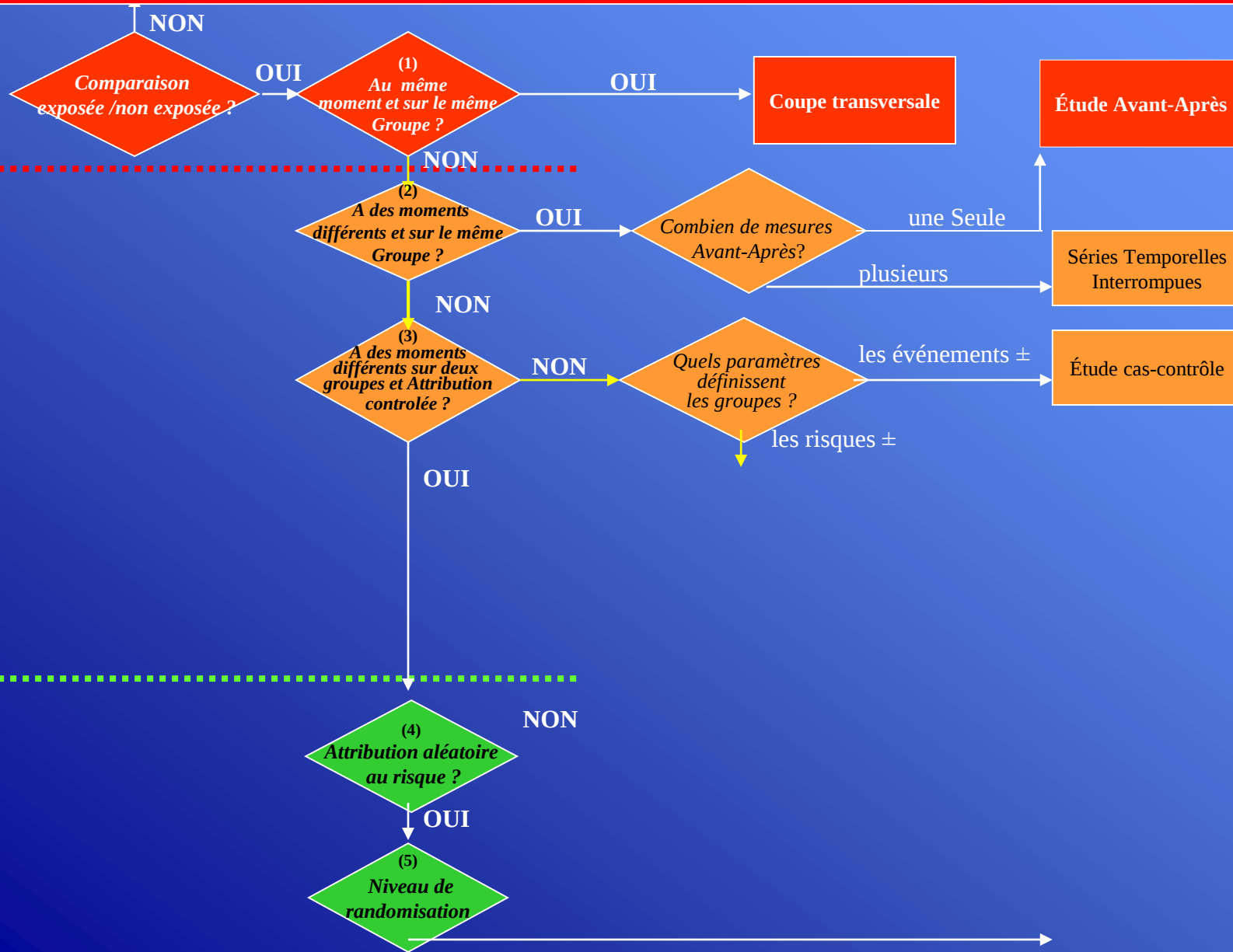
Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Etudes Moins Dogmatique ?



Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Etudes Moins Dogmatique ?

Étude descriptive–Étude normative

Absence de
preuve

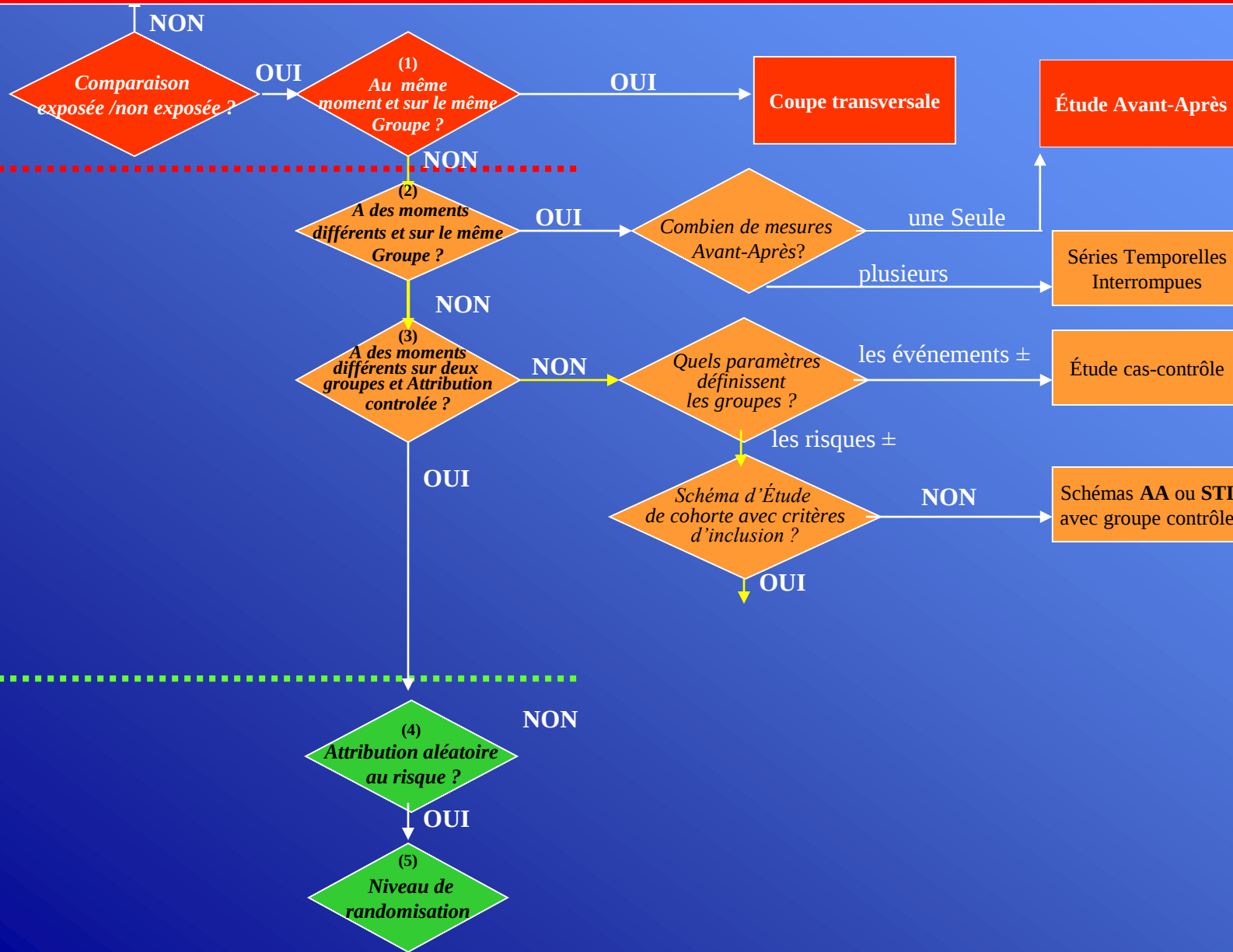


Adéquation
Faible
de la preuve

Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Etudes Moins Dogmatique ?

Étude descriptive-Étude normative

Absence de preuve

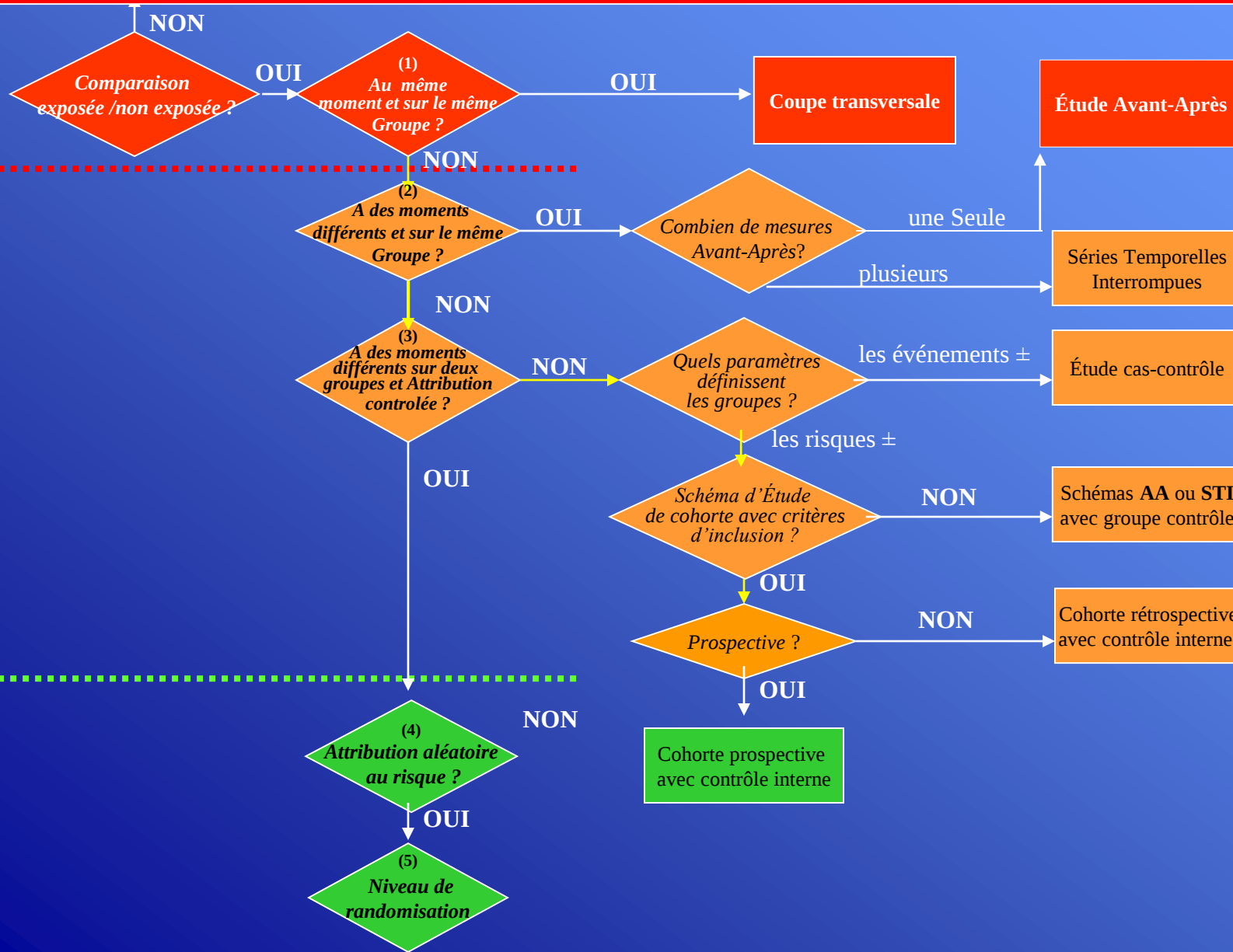


Adéquation
Faible
de la preuve

Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Etudes Moins Dogmatique ?

Étude descriptive-Étude normative

Absence de preuve



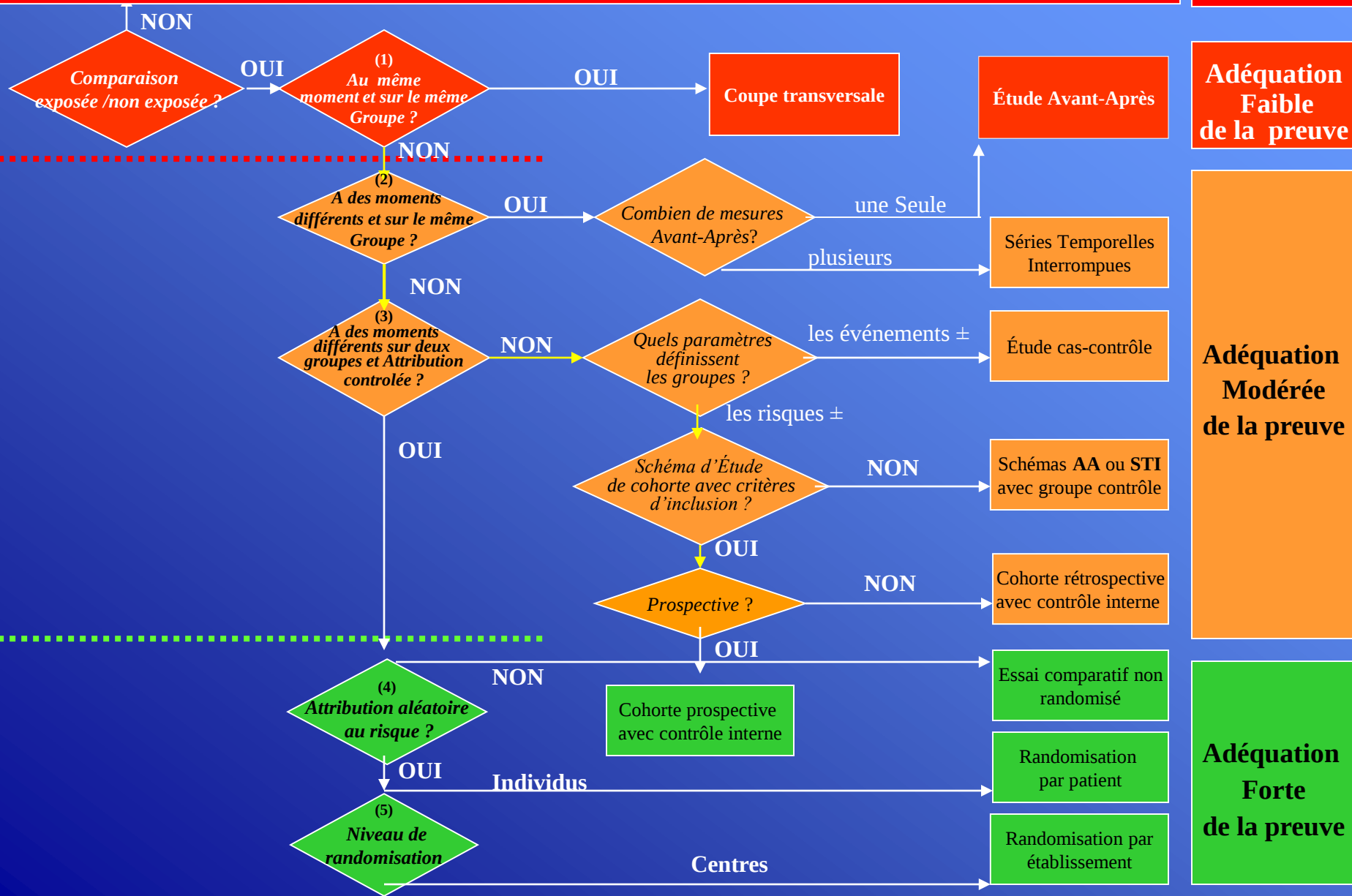
Adéquation
Faible
de la preuve

Adéquation
Modérée
de la preuve

Vers une Hiérarchie des Protocoles d'Etudes Moins Dogmatique ?

Étude descriptive–Étude normative

Absence de preuve



La Force des Recommandations

(ANAES 2000)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grades des recommandations
Niveau 1 - Essais comparatifs randomisés de forte puissance - Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés - Analyse de décision basée sur des études bien menées	A Preuve scientifique établie
Niveau 2 - Essais comparatifs randomisés de faible puissance - Etudes comparatives non randomisées bien menées - Etudes de cohorte	B Présomption scientifique
Niveau 3 - Etudes cas-contrôle Niveau 4 - Etudes comparatives comportant des biais importants - Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale) - Etudes rétrospectives - Séries d'observations	C Faible niveau de preuve scientifique

La Grande Diversité des Plans d'Expérience

- **Etude Télésage** : objectif montrer les bénéfices de l'application Diabéo (gestion du diabète par le patient lui-même) trois groupes de patients utilisant ou non la télémédecine, au niveau national. Etude prospective, interventionnelle, comparative.
- **Projets Vigisanté**, hypertension artérielle, comparaison du groupe intervention à un groupe témoin issu de la base de données de consommation de soins de la CNAMTS DICS.
- **Projet e-chronic/e-nephro** : étude clinique inter-régionale observationnelle pour une région et **randomisée** pour une autre de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques
- **Respir@dom** objectif diminuer les risques lié à l'apnée du sommeil est en cours auprès de 200 patients suivis en télémédecine par rapport à la pratique traditionnelle dans le cadre d'un **essai contrôlé randomisé**.
- **Projet Domoplaie** prise en charge et suivi de plaies chroniques via la télémédecine au sein des réseaux Telap et Cicat-Lr. **Essai contrôlé randomisé**

L'Essentiel : le Bénéfice Apporté au Malade en Contrepartie des Sommes Investies

- **Bénéfice Clinique :**

- ✓ Contrôle et non-contrôle de la maladie
- ✓ Effets de l'éducation du patient
- ✓ Impacts de la formation des soignants

- **Bénéfice Humain :**

- ✓ Réduction du handicap social
- ✓ Amélioration de la qualité de vie des patients
- ✓ Accroissement de la satisfaction des bénéficiaires

- **Bénéfice Financier : Réduction du fardeau de la maladie et des coûts pour les familles**

Un Exemple

Préfigurateur : Le Réseau RESALIS

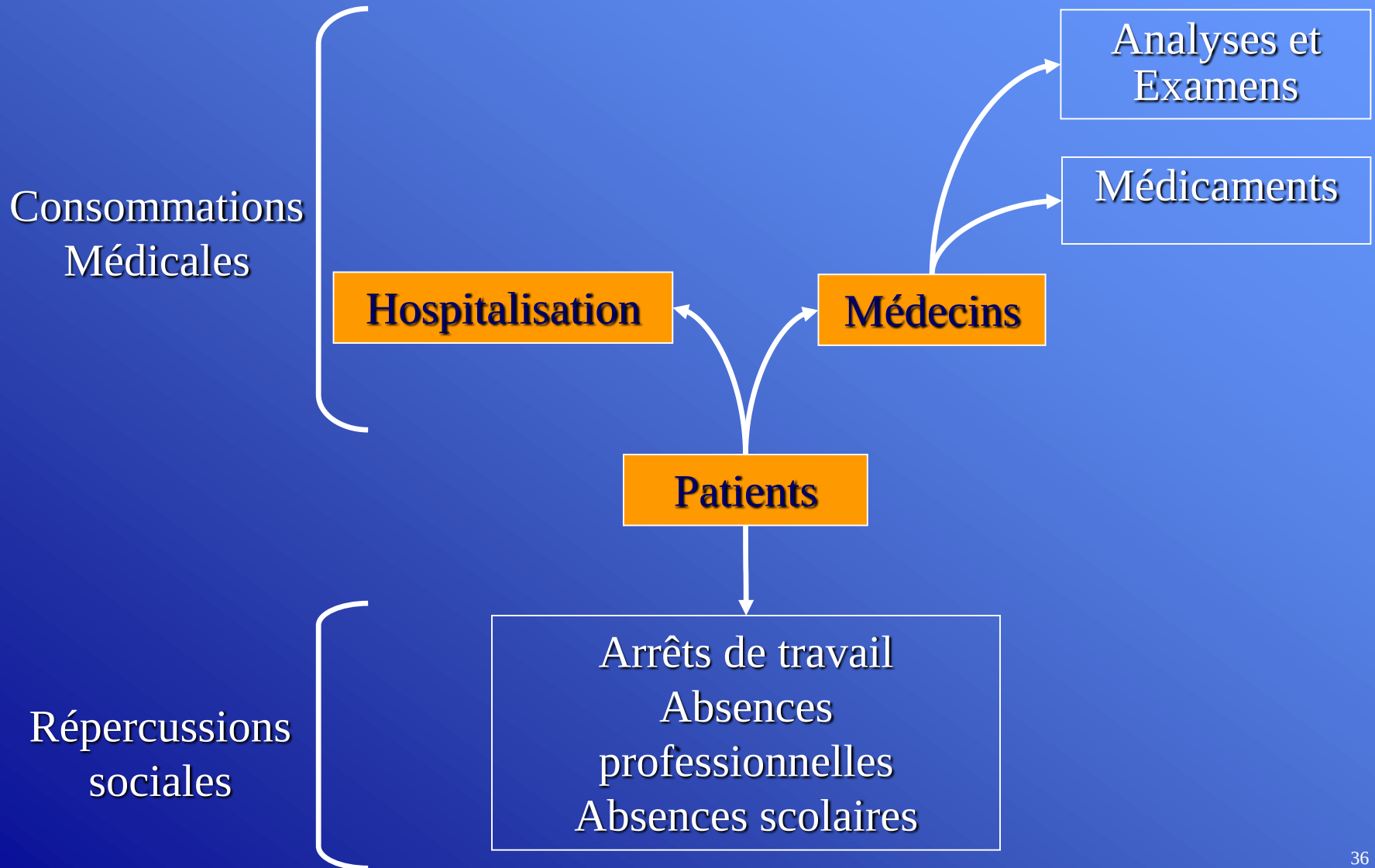
Les Moyens Mis en Œuvre par RESALIS

- Le Groupe de professionnels de santé
- Un référentiel raisonné de pratique médicale : OMS, ANAES
- Un programme de FMC adapté
 - Prise en Charge de l'asthme
 - Utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
- Un programme d'éducation des patients
- Un système d'information sécurisé
 - Dossier électronique + messagerie sécurisée
- Un programme d'évaluation
 - Recueil des pratiques en continue, sur une base de données spécifique

Mise en Place de Systèmes de Collecte de l'Information

- Informations requises
- Façades de saisie
- Liste de variables

Informations Minimales Requises



Façade de Saisie

RESALIS [fenêtre] [icone] [x]

Fichier Edition Insertion Enregistrements Fenêtre ?

TITI CAMARA (Né(e) le 22/11/69) Dr. Florian LANCON

Questionnaire suivi

Consultation/visite initiale

Recours Médical/Prescriptions Prescriptions/Issue Prescription médicaments

MEDICAL

Réalisation d'une mesure du DEP ☐ Non ☒ Oui	Meilleure des trois mesures du DEP (l/mn) 0	Réalisation d'une désensibilisation ☐ Non ☒ Oui	Asthme allergique ☐ Non ☒ Oui ☐ Ne sait pas
--	---	--	--

PRESCRIPTION

Prescription de séance(s) de kinésithérapie respiratoire ☐ Non ☒ Oui Nombre de séances 0	Prescription d'exams paracliniques hors biologie ☐ Non ☒ Oui Radiographie thoracique Radiologie des sinus (Autre) 	Prescription d'exams biologiques ☐ Non ☒ Oui NFS VS IONO Plaquettes Gaz du sang Théophyllinémie (Autre)
---	--	--

Fermer Continuer > 

Avez-vous prescrit au patient des examens biologiques ? MAJ NUM

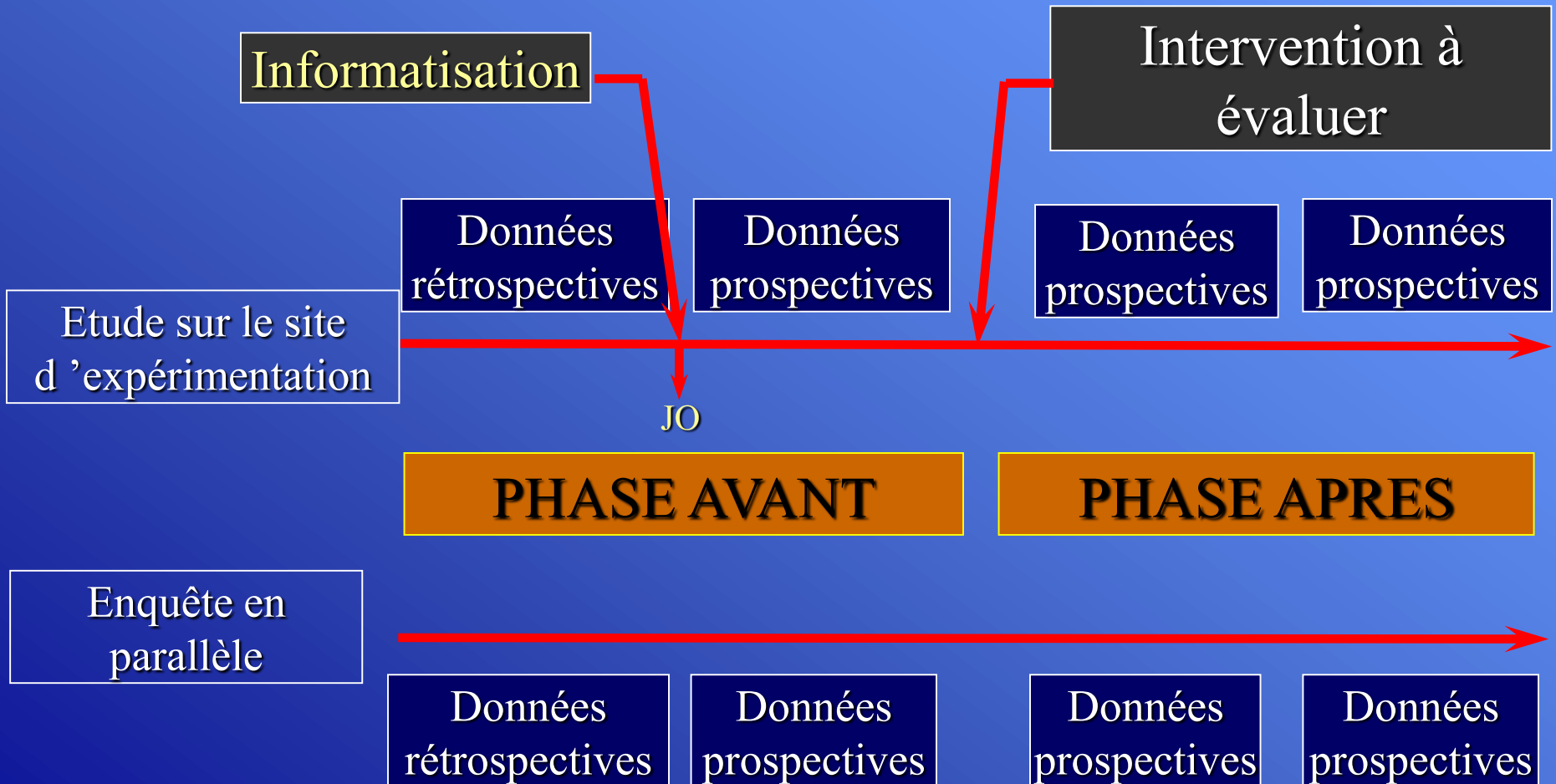
Structure de la Base

15 fichiers - 515 variables

Analyse Détaillée des Consultations Ambulatoires

DATSUIVI	Date du recours (AAAAMMJJ)
TYPEREC	Type de recours (visite, consultation, consultation externe, HDJ)
MAJOHONO	Majoration d'honoraires (OUI/NON)
MAJOURG	Majoration urgence (OUI/NON)
MAJONUIT	Majoration nuits (OUI/NON)
MAJODIM	Majoration dimanche (OUI/NON)
PREXABIO	Prescription d'examens biologiques (OUI/NON)
PREDUC	Prescription séance d'éducation (OUI/NON)
PRCURETH	Cure thermique (OUI/NON)
CURHOSP	Avec hospitalisation (OUI/NON)
PRSEJCLI	Séjour climatique (OUI/NON)
AT	Arrêt de travail (OUI/NON)
ATTYPE	Type d'arrêt
ATDUREE	Durée de l'arrêt (en jours)
ABPROFDU	Durée absentéisme professionnel (en jours)

Schéma d'Etude : Avant - Après



Evaluation de la performance :

Au niveau de l'organisation

- Fréquence des contacts
- **Respect des références médicales**
- Qualité de l'observance
- Importance des dépenses reconnues et remboursées par l'organisme assureur
- Amélioration de l'état de santé de la population

Evaluation de la Performance :

Au niveau du malade

- Mesure des taux de réponses
- Fréquence et intensité des toxicités
- Etat fonctionnel
- Qualité de vie
- Satisfaction du patient
- Coût médical direct pour le malade
- Coût non médical direct pour les familles

Evaluation de la Performance :

Au niveau budgétaire

Hospitalisation

Groupes Homogènes de Malades (GHM)

GHM 136 : bronchite, asthme, âge > 69 ans et/ou avec comorbidités associée (CMA)

GHM 137 : bronchite, asthme, âge de 18 à 69 ans et/ou sans

GHM 138 : bronchite, asthme, âge < 18

Ambulatoire :

Consultation médicale

Actes paramédicaux

Actes de radiologie

Actes de biologie

Conditionnement
du médicament

Nomenclature Générale des
Actes Professionnels

Nomenclature des Actes
de Biologie Médicale

Vidal

Evaluation de la Performance :

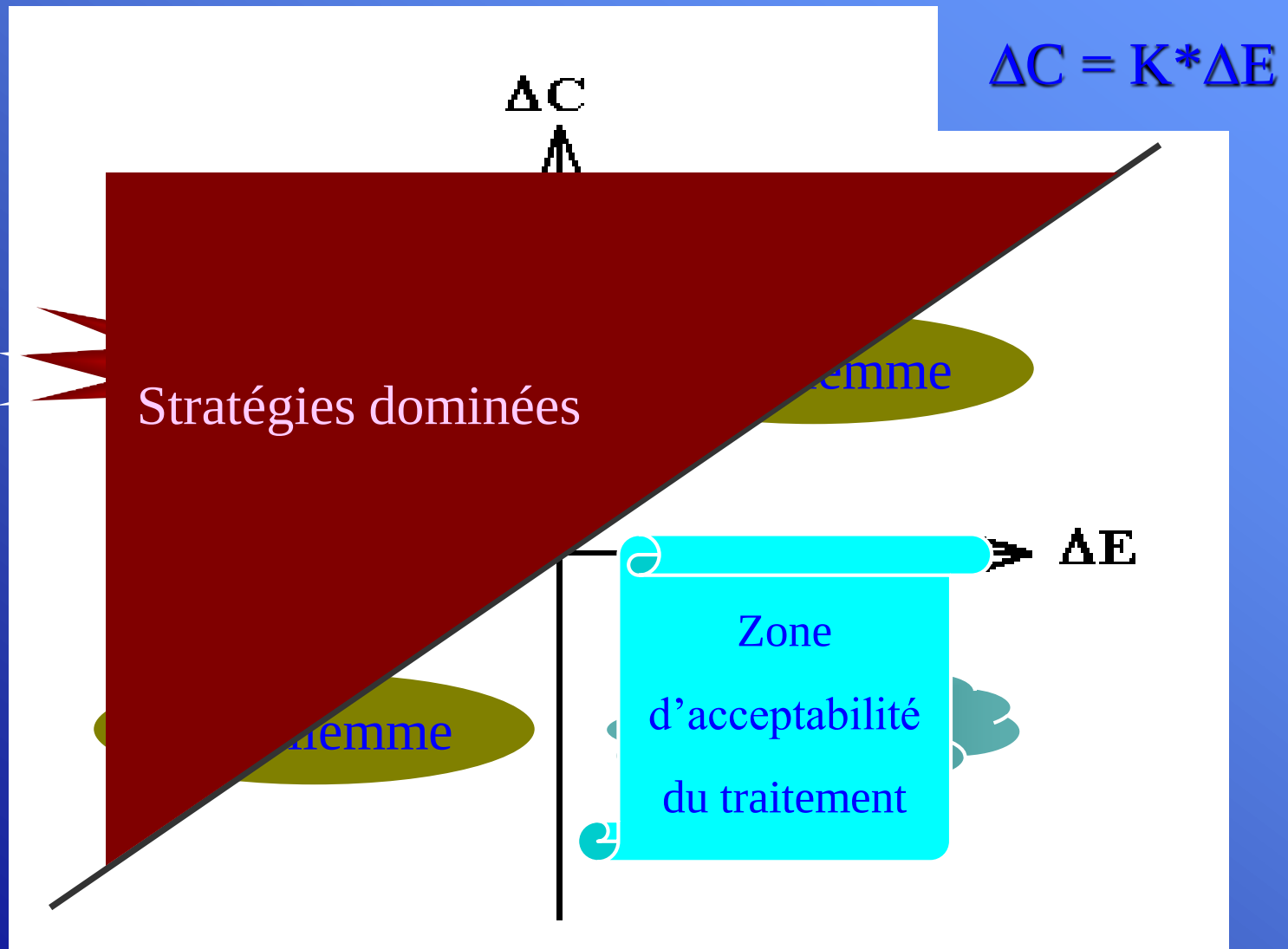
Au niveau Economique

Classement des modes de prise en charge conventionnelles ou en réseau selon l'efficiance du suivi pendant 3 mois

$$\frac{\Delta C}{\Delta E} = \frac{C_{AI} - C_{SI}}{E_{AI} - E_{SI}}$$

- C_{AI} : Coût de la prise en charge après intervention
- C_{SI} : Coût de la prise en charge sans intervention
- E : Nombre de suivis trimestriel avec contrôle
- Δ : Différentiel de coût ou d'efficacité

Le Quadrant Coût-Efficacité



Analyse Statistique

Critères évalués	Indicateurs	Tests statistiques
<i>Efficacité</i>	1/ Taux moyen de contrôle par patient et par trimestre 2/ Temps médian avant non contrôle	1/ Test apparié de Wilcoxon 2/ Test du logrank et modèle de Cox (groupes indépendants)
<i>Coût</i>	Coût moyen par patient et par trimestre de suivi (selon l'état clinique au cours du trimestre)	Tests appariés de Wilcoxon
<i>Qualité de vie</i>	Scores moyens par dimension et par patient	Tests appariés de Wilcoxon

Conclusions

LES AVANCEES DE LA TELEMEDECINE AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES, BOULEVERSENT LES MÉTHODES D'ÉVALUATION

- De *nouveaux critères* de jugement sont introduits :
 - Evaluation de la *qualité de vie*
 - Estimation du *surcroît d'investissement requis* pour obtenir le service attendu ou rendu
- Une nouvelle conception de nos *devoirs* se forge:
« *DONNER LE MEILLEUR* » PAR MILLIERS D'EUROS
INVESTIS