Table ronde 3
e-santé : évolutions en cours, besoins en services et réseaux

- **Élisabeth HUBERT**, Présidente - FNEHAD (Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile)
- **Solange MÉNIVAL**, Vice-présidente en charge de la santé et des formations sanitaires et sociales - Aquitaine
- **Augustin VALLET**, Médecin - Projet ETTIC (Corse)
- **Jean-Louis FUCHS**, Chef de projet SI de santé - ARS Lorraine
- **Aymeric BUTHION**, Chargé de mission Pôle ANT - Commissariat Général à l'Égalité des Territoires

Animation : Patrick VUITTON, Délégué général de l'AVICCA

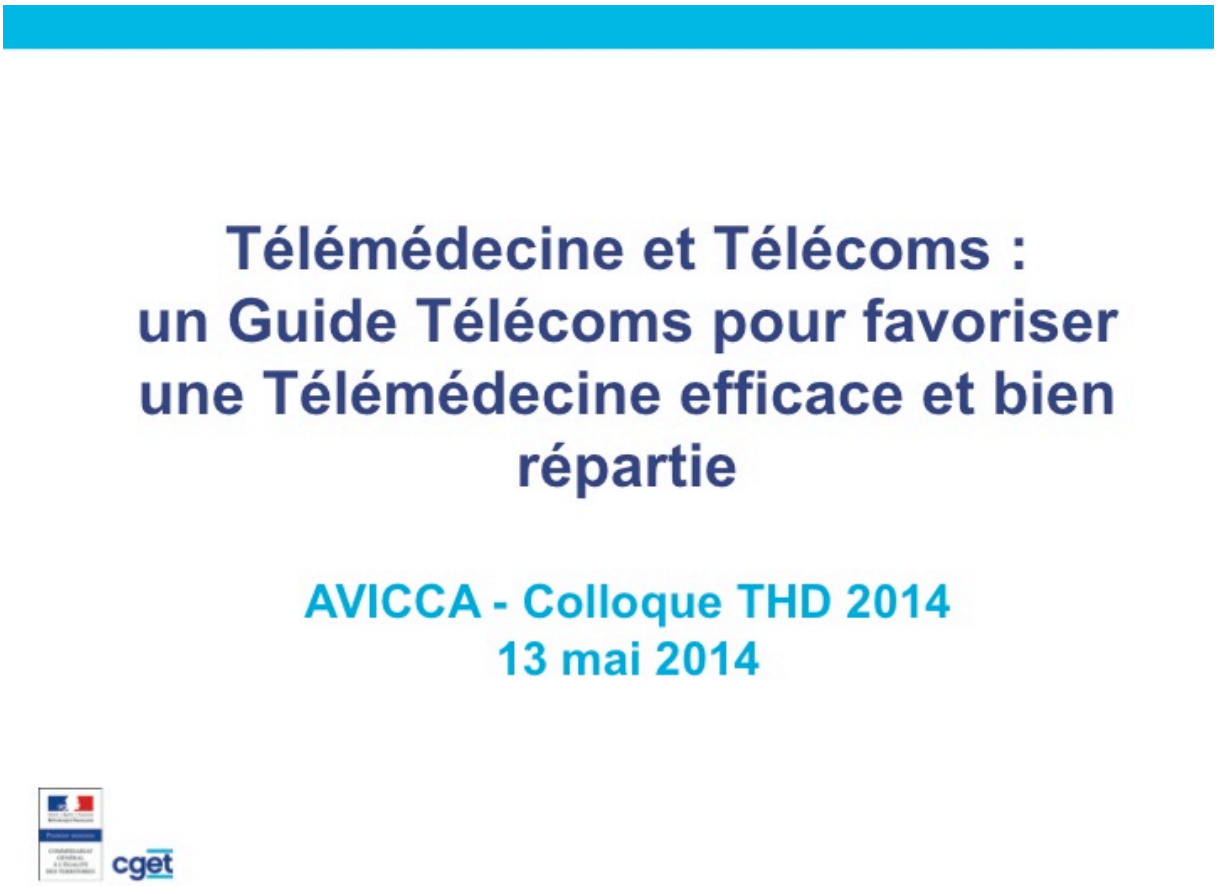


(...)
Patrick VUITTON

Nous allons conclure avec Aymeric BUTHION du CGET avant de prendre quelques questions.

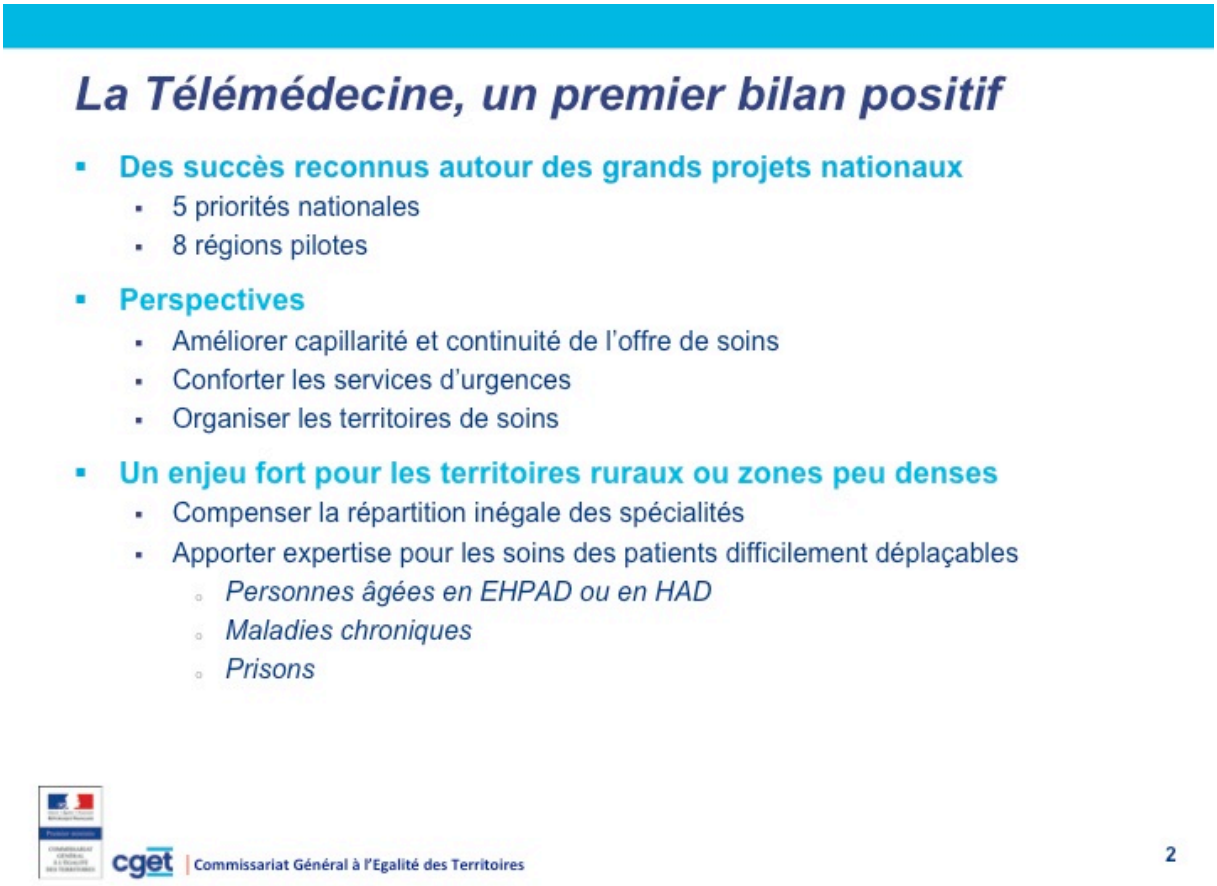
Aymeric BUTHION, Chargé de mission Pôle ANT - Commissariat Général à l'Égalité des Territoires

Notre acronyme a en effet changé, nous étions encore il y a quelques semaines la Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Attractivité Régionale.



Télémédecine et télécoms

Je voulais faire le lien avec la thématique globale de la journée sur l'aménagement numérique du territoire, puisque la DATAR fait partie du Comité de pilotage de la Stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, elle-même pilotée par la Direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé. À ce titre, la DGOS nous a demandé de réaliser un guide méthodologique afin de faire l'adéquation entre d'une part des besoins exprimés par les professionnels de santé et d'autre part des aménageurs qui sont aujourd'hui en prise avec des projets de déploiement du Très haut débit dans les différents territoires, avec les problèmes qu'ils peuvent rencontrer.



La télémédecine, un premier bilan positif

Je passerai assez rapidement sur cette diapositive qui ne fait que reprendre des éléments déjà présentés par mes collègues, mais je repréciserai simplement que la Stratégie nationale compte 5 priorités nationales : la permanence de soins en imagerie médicale, la prise en charge de l'AVC - notamment en Lorraine comme nous l'avons vu -, la santé des détenus, la prise en charge des maladies chroniques et les soins en structures médico-sociales ou en hospitalisation à domicile.

8 régions pilotes ont été désignées, parmi lesquelles la Lorraine, la Picardie, les Pays-de-la-Loire, la Franche-Comté, le Nord-Pas-de-Calais, la Bourgogne, le Midi-Pyrénées et l'Ile-de-France, sur les trois principales thématiques qui étaient la permanence de soins en imagerie médicale, l'AVC et la santé des détenus.

Derrière ces expérimentations, l'idée était d'améliorer la capillarité et la continuité de l'offre de soins, de conforter les services d'urgence qui très souvent sont débordés et enfin d'organiser globalement les territoires de France. C'est cette dernière partie qui intéressait la CGET, puisque la DATAR avait financé l'implantation d'un certain nombre de Maisons de santé publique.

L'idée était également d'améliorer la répartition inégale des spécialistes sur le territoire et d'exporter l'expertise de certains spécialistes au plus près de patients qui sont souvent difficilement déplaçables.



Disparité des moyens télécoms sur les déploiements

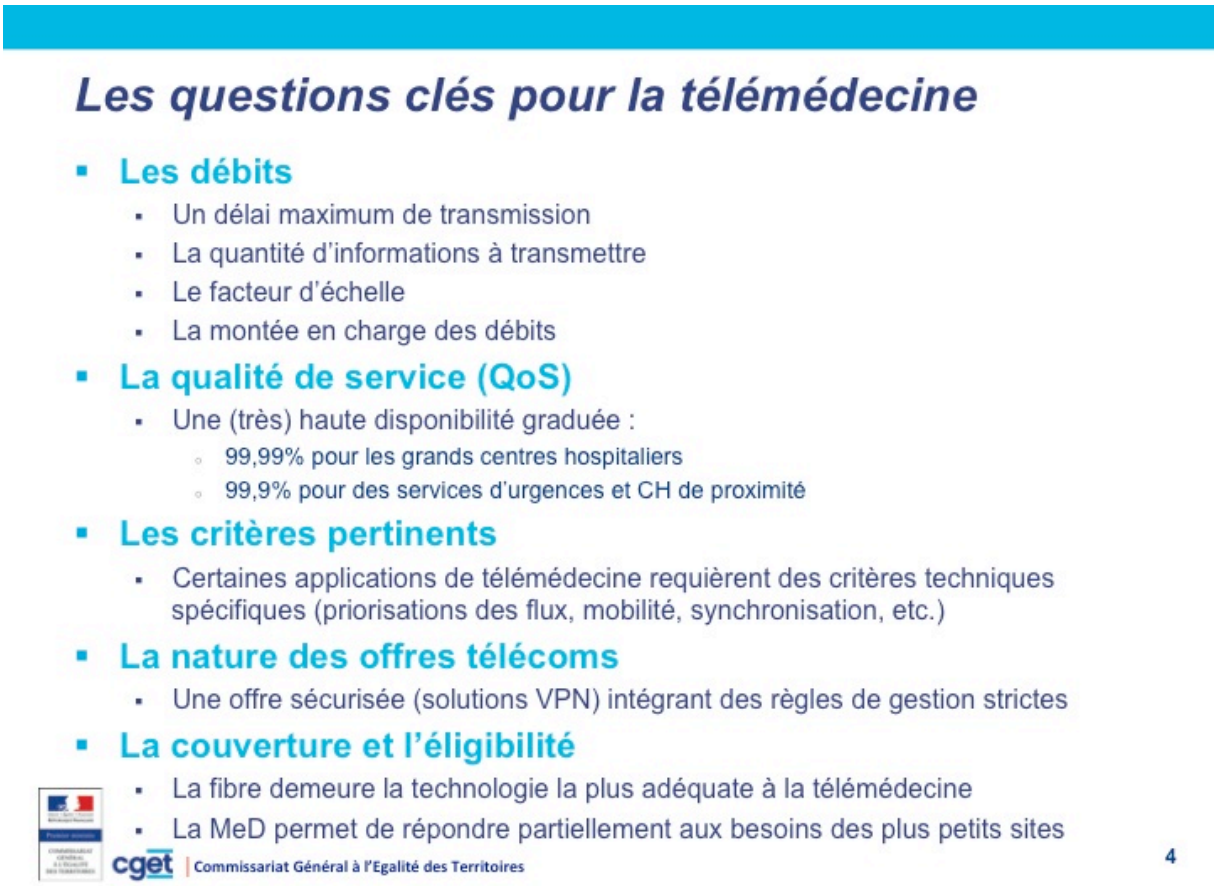
Pour en revenir à la question des télécoms, il est clair que nous faisons face aujourd'hui à une disparité des moyens télécoms pour mettre en place et généraliser la télémédecine, avec des problématiques de débit, de disponibilité du service - question extrêmement importante -, et de timing du déploiement, un point assez peu abordé. Aujourd'hui, l'horizon fixé est de 2020 pour du Très haut débit pour tous, mais il y a évidemment une urgence bien plus importante sur les établissements de santé au sens large.

Nous avons aussi une problématique économique : l'offre de Très haut débit n'est pas à 30 ou 40 euros par mois, mais plutôt de l'ordre de plusieurs milliers d'euros parce que nous demandons des niveaux de sécurité et de disponibilité plus importants.

Des enjeux de déploiement massif : l'introduction d'un tiers entre le patient et le médecin est une chose nouvelle et il faut absolument que cela n'apparaissent pas, sous peine de rejet. Cela implique que le débit soit suffisant et que le niveau de sécurité et la disponibilité soient garantis. C'est un point fondamental si l'on veut que la télémédecine fonctionne ; il est important pour qu'elle soit acceptée par les patients que la nouvelle technologie et les télécoms n'apparaissent pas ou en tout cas soient transparentes.

Le dernier point porte sur la gouvernance. Il y a aujourd'hui deux types d'acteurs, les professionnels de santé d'un côté, qui ont des besoins et qui souhaitent mettre en place la télémédecine, et d'autre part des aménageurs du territoire au sein des collectivités. Il est important que ce dialogue entre eux se fasse, et de façon continue, afin de répondre au mieux aux besoins des établissements de santé. Certaines petites structures n'ont pas forcément

l'expertise nécessaire pour mettre en œuvre un projet de télémédecine, et il y a aussi une question de capillarité des réseaux et de coût qu'il est très important de prendre à compte



Les questions clés pour la télémédecine

Il est clair que les débits disponibles tels qu'ils existent aujourd'hui ne sont absolument pas suffisants pour généraliser les projets de télémédecine. Dans ce domaine, lorsqu'on parle de débit, c'est forcément symétrique et avec un niveau de sécurité élevé. Les quantités d'informations pour un scanner ou un IRM ne sont pas de l'ordre de 3 Mbit/s mais plutôt de 2 Gbit/s, par conséquent si cela prend une heure de transférer ces données à un autre hôpital, on passe forcément à côté du problème. Il est donc important que les débits soient présents et effectifs au poste du professionnel de santé.

Concernant la qualité du service, nous sommes sur de la haute voire très haute disponibilité, de l'ordre de 99,99% pour les grands centres hospitaliers et de 99,9% pour les services d'urgences, ce qui représente de 1 à 4 heures d'indisponibilité par an. Cela n'est pas inatteignable, les opérateurs savent très bien le faire lorsqu'on parle du secteur bancaire ou d'autres clients de ce type. Ces niveaux de sécurité et de disponibilité sont largement réalisables par les opérateurs, ce sont des choses qu'ils savent faire dans le domaine de l'entreprise.

La fibre optique apparaît aujourd'hui comme le meilleur élément pour permettre le déploiement de la télémédecine, mais dans l'étude nous nous sommes également penchés sur des solutions alternatives de montée en débit qui peuvent clairement répondre à un certain nombre de

besoins, comme les réunions pluridisciplinaires, la visioconférence, ou la transmission de certaines radios de façon asynchrone qui ne nécessitent pas forcément une interaction directe du type téléconsultation… Mais compte tenu de la précision des images et des volumes qui sont échangés, nous n'avons pas pointé cela comme étant une solution d'avenir pérenne. Dans notre étude, la fibre optique apparaît clairement et de loin comme la meilleure solution.



Catégorisation des structures de santé

Enfin, nous avons catégorisé les établissements en matière de besoins télécoms.

Le premier niveau correspond aux plateformes de services, les grands établissements de santé, les cabinets de radiologies, les centres d'expertise pour lesquels nous avons estimé qu'un débit de 100 Mbit/s symétrique (voire plus s'il y a de l'infogérance) était indispensable avec une disponibilité de 99,99%. Il s'agit de centres qui vont traiter notamment d'urgences vitales, de type AVC, et c'est là que nous plaçons la barre le plus haut.

En catégorie 2, nous avons les petits et moyens établissements de santé avec services d'urgences, ce sont les services requérants qui vont appeler les grands établissements de santé et qui doivent pouvoir faire de la téléconsultation. Nous avons estimé le débit effectif nécessaire entre 10 et 20 Mbit/s symétrique, avec une disponibilité de 99,9%. Il s'agit là encore de répondre à des situations d'urgence et il est hors de question que le système tombe en panne. Néanmoins, pour les quelques heures non assurées, il faudra être en capacité de mettre en place une réorientation du patient vers un établissement qui pourrait répondre à ses besoins.

La 3ème catégorie, ce sont les EHPAD et les petits centres de soins, pour lesquels un débit de 2 à 4 Mbit/s symétrique conviendrait dans la mesure où ils pourraient quand même échanger des données de radiographie ou de scanner mais où il n'y a pas de notion d'urgence et où les échanges peuvent être asynchrones.

Enfin, la 4ème catégorie comporte les médecins de ville et les malades chroniques : pour eux, il s'agirait plutôt de l'envoi de données, parfois peu importantes ou peu gourmandes en bande passante comme le suivi cardiaque par exemple, et qui permettraient d'avoir un suivi du patient presque en temps réel mais sans notion d'urgence.

Cliquez sur ce lien pour télécharger le guide méthodologique

Merci de votre attention

aymeric.buthion@datar.gouv.fr
aymeric.buthion@cget.gouv.fr

cget | Commissariat Général à l'Egalité des Territoires

6

Merci

Le guide est téléchargeable :

www.datar.gouv.fr/sites/default/files/guide_datar_telemedecine_2013.pdf

Questions / Réponses

Patrick VUITTON

Nous allons prendre quelques questions.

Claude RICHARD, délégué général du CREDO

Je voulais rebondir sur ce qu'a dit Aymeric BUTHION. Je ne suis pas trop d'accord avec les catégories 2, 3 et 4, où l'on va jusqu'à accepter un débit qui serait de 2 Mbit/s en descendant et de 1 Mbit/s en remontant. C'est quand même insuffisant pour faire de la téléconsultation. Dès lors que l'on veut avoir une visioconférence de qualité, il faut que le patient ait l'impression qu'il se trouve dans le bureau du médecin et il me semble que 2 et 1 Mbit/s, c'est un débit beaucoup trop faible pour le faire. Bien entendu, il n'y a pas 4 Mbit/s symétrique partout aujourd'hui, et nous n'allons pas attendre pour faire. Mais il est quand même impératif de dire qu'il serait souhaitable d'avoir un débit plus élevé.

Jean-Louis FUCHS

Je me permets de répondre parce que nous faisons de la téléconsultation en Lorraine. Les outils que vous avez vus dans la vidéo ne sont pas les tout derniers, nous avons une nouvelle vidéo avec de nouveaux outils (https://crm.sante-lorraine.fr/fichiers/videos/video_odys.html).

Comme nous avons des problèmes de réseau (nous n'avons pas de réseau de santé dédié), nous arrivons à faire de la téléconsultation haute définition, avec une qualité vraiment très performante, avec du 1 Mbit/s symétrique en région Lorraine. Je suis d'accord avec vous, dans certains cas, cela ne sera pas suffisant. Il faut savoir que cela a été une contrainte dans le choix des outils.

Augustin VALLET

Dans le projet ETTIC, nous utilisons du 2 Mbit/s symétrique pour faire de la téléconsultation. Nous avons peut-être plus de perte de paquets du fait de la qualité des réseaux mais cela marche très bien.

Patrick VUITTON

Nous avons peut-être une interrogation plus globale à ce sujet ; nous avons vu ce qui fonctionne aujourd'hui avec les outils actuels. Mais par exemple pour réserver un billet de train vous n'avez pas besoin de 2 Mbit/s en théorie, mais si vous ne les avez pas vous ne pouvez plus le faire parce que les sites sont faits comme cela maintenant. Les concepteurs d'appareils utilisent les débits nominaux usuellement disponibles. Quand 80% de la population aura 100 Mbit/s, ceux qui n'en auront que 2 auront peut-être des problèmes d'outils, y compris pour des opérations tout à fait standard. En tout cas c'est ce que nous craignons.

Gilles MASSINI, mairie de Bordeaux

Pour tout ce qui est à domicile, que cela soit l'hospitalisation ou le maintien à domicile des personnes âgées, nous nous heurtons à des problèmes économiques, de coûts de matériel et d'abonnement. Je voulais savoir si des études avaient été faites sur le gain entre l'hospitalisation en hôpital et l'hospitalisation à domicile, et également pour les personnes âgées entre le maintien à domicile et l'hospitalisation en EHPAD. Quelle différence y a-t-il entre les deux, et le modèle économique est-il globalement tenable ?

Elisabeth HUBERT

En réalité, une étude « robuste » - au sens d'incontestable - des coûts comparés qui intègrent les aspects e-santé, il n'y en a pas eu à ma connaissance. C'est étudié par le biais des expérimentations telles que celles que le Docteur VALLET a évoquées et qui intègrent obligatoirement une évaluation. Mais de façon plus générale, il n'y en a pas. Des comparaisons entre le recours à différents modes d'offres de soins, nous en avons : le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie avait sorti il y a quelques années un rapport sur la base de coûts comparés notamment entre hospitalisation à domicile et hospitalisation conventionnelle, l'une et l'autre étant à la tarification à l'activité ce qui facilitait un peu les choses puisque l'on pouvait comparer du tout compris dans les deux cas, et on était dans un rapport de 1 à 3,5. Mais ce sont des études anciennes qui n'intègrent pas l'apport de la modernité. On peut même supposer que cela va beaucoup plus loin. Surtout que l'on élargit considérablement la base des patients qui seraient pris en charge à domicile sans recourir à l'hébergement, d'où mon propos qui distinguait hospitalisation et hébergement. C'est bien sur l'hébergement que l'on peut faire des économies considérables aujourd'hui, et que les autres pays en ont fait.

Patrick VUITTON

Nous avons compris que c'est aussi le fait de passer d'un mode de traitement de l'urgence aiguë à un traitement plus en amont qui doit lui-même générer des économies. Mais c'est pour tout le système que seules des comparaisons de long termes peuvent être faites, en point à point c'est un peu limité…

Arnaud MABIRE, Grand Évreux CA

Quel est le niveau de maturité du monde médical et du monde économique sur ces nouveaux concepts et sur la télémédecine ? Quelles sont les estimations, s'il y en a, sur les créations d'emplois que cela peut générer, car il faudra de nombreux emplois de proximité pour accompagner cette télémédecine ? Avons-nous une vision de ce que cela peut donner ?

Solange MÉNIVAL

La vision a surtout été étudiée par la silver économie et on considère aujourd'hui que cette économie peut créer 300 000 emplois. Il est très difficile d'évaluer la part qui est directement liée à la santé, mais nous avons des retours sur des régions européennes qui ont développé des services de proximité, des approches de soins primaires, et qui ont fermé des lits d'hôpitaux en

conséquence. Les volumes sont toujours importants, ils augmentent évidemment avec l'augmentation de la population et l'allongement de la durée de la vie, mais le prix par habitant a baissé.

Il est difficile de dire aujourd'hui ce qui peut se passer en France et de le chiffrer tellement nos organisations sont cloisonnées, mais il est pertinent de dire que nous aurons obligatoirement des transferts financiers entre l'aigu et les soins hospitaliers et spécialisés, avec tout le report financier sur les territoires et sur le suivi avec des personnels qualifiés de manière différente. C'est le financement de la transition qui est à acquérir, le coût par habitant peut baisser grâce aux nouvelles technologies.

Pour ce qui est du déploiement du haut débit, les modèles économiques de déploiement se sont faits à partir du développement de la télésanté et de la télémédecine ; nous avons des exemples au Danemark et dans les pays du Nord qui ont déployé en raison des immenses distances entre les villes. Très concrètement, au Conseil régional d'Aquitaine, nous avons créé une société d'économie mixte, qui réunit le conseil régional et les conseils généraux et nous essayons de déployer le haut débit grâce à cette société d'économie mixte pour mutualiser des coûts.

Aujourd'hui en Europe, nous savons que le développement de la médecine de proximité a fait diminuer les coûts de l'aigu et que cette diminution permet de financer la proximité et les nouveaux emplois. Nous savons que le système qui recourait à l'hôpital plutôt qu'aux spécialistes, aux spécialistes plutôt qu'aux généralistes, aux généralistes plutôt qu'à l'infirmière, est à bout de souffle et qu'il faut remettre du service à la population dans le domicile, et que le dispositif communicant permet d'avoir ce que l'on appelle l'hôpital à domicile. C'est encore différent du HaD, mais cela permet un suivi. Les modèles sont donc chiffrés mais à l'étranger, et avec des reculs de 10 ans, une région comme l'Andalousie nous apprend que, pour 1 euro investi, le retour est de 10 euros (contre 3 euros à 3 ans). Cela signifie que la soutenabilité du système va passer par ces nouveaux modèles d'organisation, qui entraînent de nouveaux modèles économiques. Mais pour amorcer la pompe, il est clair qu'il faudra des départements ou des régions préfigurateurs.

Patrick VUITTON

Je vous propose que cela soit le mot de la fin, merci aux intervenants. Nous vous donnons rendez-vous au colloque Territoires et Réseaux d'Initiative Publique des 12 et 13 novembre prochains.