

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, Délégué général de l'AVICCA

Je remercie l'ARS Lorraine pour ce film qui introduit bien le sujet. Essayons de le brasser un peu plus largement et de faire le pont entre les usages et services d'un côté et les réseaux de l'autre car, si nous nous occupons traditionnellement beaucoup de réseaux, c'est bien pour mettre en place les services. Dans cette très longue maturation de passage au Très haut débit, un chantier de plus de 10 ans qui a déjà commencé, il faut savoir déterminer où sont les priorités et quel est le bon niveau à atteindre partout. Pour ce faire, nous avons réuni un panel de personnes qui interviennent sur le sujet avec tout d'abord Élisabeth HUBERT, ancienne ministre de la santé qui

préside actuellement la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile ; Solange MÉNIVAL, vice-présidente en charge de la santé et des formations sanitaires et sociales au Conseil régional d'Aquitaine ; Augustin VALLET, qui pratique la e-santé sur le terrain en tant que médecin généraliste en Corse ; Jean-Louis FUCHS, chef de projet sur les systèmes d'informations de santé à l'ARS Lorraine ; et Aymeric BUTHION, chargé de mission aménagement numérique du territoire au CGET ou Commissariat Général à l'Égalité des Territoires (ancienne DATAR). Pour conclure cette table ronde, il nous présentera une étude réalisée sur les besoins divers de réseaux et de qualité de ces réseaux.

Nous commençons avec Élisabeth HUBERT sur l'hospitalisation à domicile et donc sur les besoins dans le diffus qui peuvent surgir partout. Où en sommes-nous ?

Élisabeth HUBERT, Présidente - FNEHAD (Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile)

À travers ce film, nous avons eu la vision d'une offre de soins encore très hospitalière dans son sens le plus classique, c'est-à-dire hospitalisation avec hébergement, mais aussi dans sa mission la plus essentielle qui est la référence lorsque des besoins médicaux s'expriment. Cela permet de rentrer directement dans le vif du sujet.

Cela fait déjà un certain temps que sont évoquées des évolutions dans l'offre de soins, néanmoins elles se présentent aujourd'hui, pour diverses raisons. Tout d'abord pour des raisons de progrès : aujourd'hui nous avons des thérapeutiques et des moyens techniques qui nous permettent de travailler de façons fondamentalement différentes de celles que nous avons pu connaître précédemment - tout au moins pour ceux qui sont dans le monde de la santé ici présents - et qui nous ont amené à connaître pendant très longtemps un fort hospitalo-centrisme, notamment dans ce pays.

Les deuxièmes raisons sont économiques. Vous avez entendu évoquer les 10 milliards d'économies qui étaient à réaliser sur la santé, sur l'Assurance maladie, et bien évidemment un des points essentiels va être de changer assez fortement notre schéma d'organisation.

La troisième raison est sociétale. Elle tient au vieillissement de la population dans un état de santé qui peut poser des problématiques évidentes obligeant à recourir à l'offre de soins. Et puis il y a aussi, tout simplement, des considérations sociétales parce que la volonté de la population, des patients que nous pouvons tous être à un moment ou à un autre, c'est d'être moins hospitalisé avec hébergement et d'être plus, autant que possible, à domicile.

En réalité, aujourd'hui nous sommes à la veille d'un changement de paradigme, qui amènerait à ce que hospitalisation et hébergement ne soient plus synonymes. Nous pouvons en effet avoir besoin d'hospitalisation, mais cette hospitalisation de jour, à domicile, en chirurgie ambulatoire dont on parle tant à l'heure actuelle, ne signifie pas obligatoirement qu'elle va être assortie d'un séjour hospitalier. C'est-à-dire que le lit hospitalier qui a pendant si longtemps été la mesure ou la règle de nos établissements est une vision qui est en train de se transformer profondément. Il faut avoir en tête le fait que nous sommes, parmi les pays de l'OCDE, un de ceux - si ce n'est celui - qui dépensent le plus pour les dépenses hospitalières. Nous sommes à 37% de dépenses de l'Assurance maladie consacrées à l'hospitalisation dans toutes ses dimensions, lorsque la moyenne de l'OCDE est à 29 et que déjà certains pays sont à 27. 10 points, dans un budget de 180 milliards, cela représente une petite vingtaine de milliards d'économies qui sont réalisables - je vous ai cité tout à l'heure le chiffre de 10 milliards sur 3 ans.

Les marges de progrès existent donc et elles peuvent se faire, ce que nous avons vu il y a quelques instants le démontre. Nous pouvons effectivement demain concentrer le recours à

l'hébergement dans le cadre d'une hospitalisation à des situations médicalement justifiées ou quand le pronostic vital est engagé : dans ce cas vous avez besoin de réanimation et d'une surveillance continue, vous avez besoin d'un plateau technique interventionnel, nous en avons vu un exemple avec un accident vasculaire.

Si l'on part avec cette vision cela veut dire que, la demande en soins étant demain toujours importante, le domicile va devenir un lieu de soins, mais avec deux considérations indispensables : des besoins technologiques et des besoins organisationnels sur lesquels je vais d'abord m'appesantir.

Nous allons en effet avoir à faire tout cela dans un contexte de difficultés diverses et variées. La première difficulté est économique, je l'ai déjà évoquée. La seconde, c'est que nous sommes dans un contexte d'une offre de professionnels de santé qui sont, non pas numériquement plus rares - nous avons aujourd'hui autant de médecins que nous n'en avions il y a 30 ans, en 1981, il y avait à peu près 220 000 médecins en France sous divers statuts, comme aujourd'hui - le seul problème est qu'ils ne sont pas obligatoirement dans les mêmes fonctions, sous les mêmes statuts et surtout sur les mêmes territoires.

Deuxième chose, les aspects technologiques. Je sais qu'il y a un certain nombre d'opérateurs de télécommunications, j'ai cru l'entendre à l'aune des propos de notre ministre, mais, pour avoir des établissements d'HaD dans des zones un peu difficiles - la Haute-Marne, la Lozère, la Haute-Vallée de l'Aude... -, je peux vous assurer que dans ces endroits, on connaît d'autant moins le Très haut débit qu'on ne connaît pas encore le haut débit !

Tout cela va se faire à l'aune d'un changement qui sera au moins aussi important. Dans le reportage diffusé, vous avez sans doute noté que le dialogue était un dialogue entre médecins. Je suis médecin mais je prétends que, demain, l'exercice de la médecine va être partagé entre médecins et un certain nombre d'autres professionnels de santé.

Dans l'hospitalisation à domicile, le premier aspect est organisationnel. La plupart d'entre vous ne connaissez pas l'hospitalisation à domicile, j'en prends toute ma part, cela veut dire que nous souffrons d'un fort défaut de communication. Les chiffres que je vais vous citer vous le feront peut-être comprendre. Qu'est ce que l'hospitalisation à domicile ? Les deux mots ont leur importance. Nous sommes un établissement de santé et dans notre pays selon la loi, un établissement de santé est un statut et pas obligatoirement un bâtiment. En tant que tel, nous sommes régis par toutes les règles de l'hospitalisation, avec toutes les obligations de qualité, de sécurité, de continuité des soins d'une hospitalisation, sauf que le malade, au lieu d'être dans un établissement à distance de sa résidence, est à son domicile.

Pour cela bien sûr, il y a des contraintes organisationnelles avec des personnels médicaux, paramédicaux qui assurent les soins auprès des patients dans un contexte d'indications plutôt restreint. Nous prenons en charge des malades graves, voire très graves. L'accident vasculaire que nous avons vu peut, dans un bon nombre de cas, n'être hospitalisé que 48 heures et être transféré à domicile pour pouvoir recevoir tous les soins de rééducation neurologique à son domicile et non plus dans cet établissement avec hébergement. Nous sommes donc sur des cas médicalement graves, complexes, techniques.

La gravité et la complexité peuvent être non seulement médicales mais également sociales, c'est-à-dire que nous avons des patients qui sont dans des situations sociales souvent lourdes et complexes d'isolement, de vieillissement, avec des considérations sociales difficiles sur le plan économique aussi. Aujourd'hui, l'hospitalisation à domicile en France, ce sont un peu plus de 300 établissements répartis sur tout le territoire. Tous les départements français sont dotés d'au moins un établissement d'hospitalisation à domicile. Même des départements comme le Gers, la Lozère ou le Cantal, ces départements très ruraux, très isolés aussi et qui sont les premiers touchés par les problèmes de démographie médicale notamment.

Sur l'année 2013, un peu plus de 110 000 patients sont passés par nos établissements, soit un coût de 850 millions d'euros pour l'Assurance maladie, puisque nous sommes pris en charge en totalité, à rapporter aux 80 milliards de l'hospitalisation et aux 180 milliards de dépenses d'Assurance maladie. Vous comprenez aisément que nous sommes encore un « nain » sur le plan des chiffres mais il faut savoir aussi que, si l'on compare hospitalisation conventionnelle et hospitalisation à domicile, nous sommes dans un rapport de coût 3,5 fois moindre, ce qui est légitime puisque nous n'avons entre autres pas les investissements hospitaliers inhérents à nos grands établissements publics ou privés avec hébergement.

L'hospitalisation à domicile est installée dans le paysage français depuis une bonne cinquantaine d'année. Pendant plus de 40 ans, elle a été fortement contrainte sur le plan réglementaire et elle a commencé à véritablement se développer depuis une dizaine d'année, sur le plan géographique d'abord et elle est en train de se développer sur le plan de l'activité. Et bien évidemment, le lien avec l'e-santé est un élément déterminant pour son développement, pour son recours et également pour sa crédibilité.

D'ores et déjà, nous avons complètement intégré cet aspect e-santé, notamment dans une première dimension qui est la plus simple, celle des systèmes d'informations. Nous avons par obligation des dossiers-patients informatisés, c'est nécessaire aujourd'hui et, en tant qu'établissement hospitalier, nous sommes pleinement intégrés dans ce système d'information. Néanmoins, nous avons des besoins mais, alors que nous avons besoin d'échanger entre établissements de santé, entre HaD et professionnels de santé qui vont intervenir au domicile, entre établissements d'HaD et patients ou familles, c'est là que les problèmes sont en train d'apparaître. Comme assez souvent en France, on aime bien commencer par le compliqué avant de faire le simple.

Les établissements hospitaliers qui correspondent en Lorraine pour échanger autour de télémédecine sont-ils équipés du même système d'information ? En fait je connais la réponse et je crains que le système d'information du CHU de Nancy, de l'hôpital de Bar-le-Duc, de Neufchâteau et d'Épinal ne soient pas dotés du même logiciel. Si bien que l'on ne peut tout simplement pas partager le même dossier, il n'y a pas d'interopérabilité entre les différents systèmes. Il s'agit là d'un de nos besoins majeurs aujourd'hui, cette interopérabilité entre les systèmes qui existent unitairement dans chacun des établissements, ou dont les professionnels de santé sont dotés, mais qui ne peuvent pas se parler et qui obligent donc à des ressaisies, ce que personne ne fait évidemment car le temps ne le permet pas !

D'autres aspects existent aussi dans cette e-santé. Je prends l'exemple de la téléconsultation sur les plaies : un bon nombre de régions ont commencé à faire des téléconsultations à distance et c'est assez logique puisqu'on peut lire des radios à distance, on peut même faire des interventions chirurgicales avec des robots dirigés à distance - un certain nombre d'expérimentations étrangères mais aussi françaises ont été faites en la matière. Les téléconsultations pour des plaies sont donc devenues assez régulièrement possibles avec des centres de références dans un certain nombre d'établissements d'HaD. Nous sommes aussi très impliqués sur certains établissements, et notamment l'établissement d'HaD de l'Assistance Publique de Paris, qui pratiquent le suivi de grossesses à risque à domicile, avec des surveillances de ces jeunes femmes dont les contractions sont enregistrées, transmises à l'HaD, avec toutes les mesures qui peuvent être prises et décidées si le besoin s'en fait sentir.

Concernant le suivi du médicament, beaucoup d'initiatives sont prises, y compris de piluliers électroniques ou de tablettes qui permettent à tous les intervenants de pouvoir prescrire (pour le médecin), délivrer et tracer (pour l'infirmière), et faire la dispensation du médicament et en apprécier tous les risques (pour le pharmacien). Des expériences sont en cours et se développent.

Au-delà de la téléconsultation, nous sommes aussi très impliqués sur d'autres possibilités qui vont allier la télésurveillance à la télémédecine. Ce que j'ai évoqué sur l'hospitalisation à domicile, ses malades graves, techniques, complexes, socialement en difficulté, amène évidemment à avoir une surveillance qui doit être pointue, avec dans certains cas des prescriptions d'hospitalisation à domicile qui sont réfutées tout simplement parce que le patient apparaît en trop grande instabilité au niveau de son habitat et de son entourage pour pouvoir être pris en charge en hospitalisation à domicile. Tout ce qui est télésurveillance, objets connectés, capteurs, représente évidemment pour nous une manne extraordinaire qui nous permettrait d'élargir des indications d'hospitalisation à domicile, y compris pour des malades en situation de grand isolement et les départements que je citais en sont le reflet.

Mais cela va aussi plus loin. L'hospitalisation à domicile est le premier acteur à domicile des soins palliatifs. Nous prenons en charge environ 30 à 40 000 patients chaque année en soins palliatifs, dont un bon nombre sont accompagnés à leur domicile jusqu'à leur décès par nos équipes, avec des situations de prise en charge de la douleur bien sûr - c'est une base de la définition des soins palliatifs - à suivre de façon très précise et avec des besoins techniques importants et, pour un bon nombre de patients, la pose de pompe à morphine. Aujourd'hui, parce que les objets connectés le permettent, on est en situation d'avoir un professionnel à distance qui, alerté par le patient ou son entourage qu'il souffre, peut avoir la délivrance d'une injection de morphine contenue dans la pompe à morphine et l'administrer à distance sous contrôle avec une traçabilité absolue, sans qu'il y en ait trop ou pas assez, et sans qu'il y ait obligatoirement le déplacement d'un professionnel au domicile du patient.

Tout cela nous pouvons le faire aujourd'hui. Est-ce que c'est fait ? Non pas encore, pas parce que les moyens techniques n'existeraient pas mais pour trois raisons.

La première, je l'ai citée, c'est que le haut débit n'existe pas dans un certain nombre d'endroits et que, si certaines téléconsultations peuvent se faire sans qu'il y ait obligatoirement de haut débit, dans un bon nombre de cas il y en a besoin. Ce que j'ai évoqué à travers le regard de l'hospitalisation à domicile sera demain vrai avec ce qui est en train de se développer aussi, qui est une forme de soins moins lourde et moins complexe que les nôtres, à savoir les rassemblements de professionnels dans les maisons de santé et les pôles de santé. Eux aussi feront appel à tout ce qui est télésanté, et là aussi un des éléments qui freine, c'est le haut débit.

La deuxième chose, c'est l'interopérabilité des logiciels. Tant que nous n'aurons pas des normes qui permettront à nos différents systèmes - ceux qui sont dans les établissements de santé, dans les EHPAD, en HaD, et ceux qui dotent les professionnels de santé, médecins, ou infirmières - de pouvoir se parler, nous buterons dans cette impossibilité de communiquer en temps réel entre les professionnels et c'est à un frein extrêmement important.

Troisième chose, c'est très désagréable et un brin vulgaire, mais malheureusement se posent aussi les problèmes des financements. Nous sommes éligibles, en théorie, à « Hôpital numérique » et nous verrons dans les mois à venir le nombre d'établissements d'HaD qui seront effectivement attributaires de crédits dans le cadre de ce programme qui figure parmi les grands projets lancés au cours de ces deux dernières années. Nous avons effectivement des problèmes de financement de ces grands projets qui ne sont pas du tout à la mesure financière des établissements d'HaD qui ne sont solvabilisés que par la tarification d'activités, qui paient déjà péniblement les soins que nous délivrons et ne permettent donc guère des investissements.

Voilà le paysage que je voulais brosser de l'hospitalisation à domicile et de l'e-santé. Nous y croyons très fort, nous sommes tous dans les starting-blocks et nous avons même la prétention de penser que nous sommes un bon terrain d'expérimentation puisque, l'hospitalisation à domicile obéissant à des normes, à des autorisations et à ces obligations d'établissement de santé, nous sommes faciles à suivre et à évaluer et donc très certainement un terrain d'élection pour l'e-santé.

Patrick VUITTON

Merci, cet exposé extrêmement complet nous éclaire sur la situation et les obstacles qui restent à franchir.

(...)