En partenariat avec

Etude NOEMIE

Nouveaux modèles économiques de eSanté en Europe

Une étude réalisée avec l'appui de Care Insight

Syntec Numérique

Avec près de 1200 entreprises adhérentes représentant les principaux acteurs et métiers des industries numériques, Syntec Numérique est la Chambre Professionnelle des entreprises de services du numérique, des éditeurs de logiciels et des sociétés de conseil en technologies.

A ce titre il est le porte-parole et acteur majeur de l'industrie numérique auprès de différents organismes institutionnels et des pouvoirs publics français et européen.

Présidé depuis juin 2010 par Guy Mamou-Mani, Syntec Numérique contribue au développement des technologies de l'information et de leurs usages, assure la promotion des entreprises des logiciels & services, et la défense des intérêts professionnels.

syntec-numerique.fr @syntecnumerique

Snitem

Créé en 1987, le Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM) rassemble les acteurs de l'industrie des technologies et dispositifs médicaux y compris les NTIC impliquées dans la Santé. Il fédère 320 entreprises, constituant un tissu industriel dans le domaine des dispositifs et des technologies de santé : PME-PMI, grands groupes français, européens et internationaux.

Le SNITEM est ainsi la première organisation en France représentant les entreprises de ce secteur d'activité et l'interlocuteur privilégié et référent des Pouvoirs Publics.

snitem.fr

COCIR

COCIR est l'association professionnelle européenne qui représente les secteurs de l'imagerie médicale, des technologies de l'information et de la communication en santé, et des industries électro-médicales. Créé en 1959, COCIR est une organisation à but non lucratif basée à Bruxelles et présente à Pékin depuis 2007. Elle se distingue par sa faculté à rassembler les industriels de la santé, du numérique et des télécommunications. Son rôle est de faciliter pour ses membres l'accès aux marchés européens et internationaux en leur apportant une grande variété de services sur les aspects réglementaires, techniques, sur la connaissance du marché, les normes de standardisation, les affaires internationales et juridiques.

cocir.org

Table des matières

1. Présentation de l'étude 4
1.1. Contexte 4
1.2. Méthodologie 4
2. Analyse des cas et de leur transférabilité en France 5
3. Synthèse de l'analyse de la transférabilité des cas en France 17
4. Quels enseignements et quelles opportunités pour la e-santé ? 17
4.1. Le parcours de santé : levier d'émergence de nouveaux modèles 17
4.2. Nouveaux modèles économiques, nouveaux rôles pour les industriels 19
4.3. La collecte et le partage de données, pierre angulaire des programmes de santé solvables 20
5. Perspectives et facteurs clés de succès pour le modèle français 21
Annexes – Fiches de cas détaillées 25

1. Présentation de l'étude

1.1. Contexte

Les enjeux auxquels doit faire face notre système de santé sont aujourd'hui bien connus -vieillissement de la population, prévalence accrue des maladies chroniques, inégalité d'accès aux soins. Pour y répondre, une organisation nouvelle articulée autour du patient et de son circuit ou parcours de soins et favorisant aussi bien la prévention que la prise en charge à domicile fait consensus. Dans la mise en place de ces nouveaux modes de soins, les technologies de l'information et de la communication constituent un levier organisationnel incontournable. Elles sont aussi facilitateur du quotidien des professionnels de santé, grâce à l'échange d'information et aux outils d'aide proposés, et elles permettent au patient d'avoir un rôle diffèrent et accru dans la gestion de sa santé. Ainsi, La mise en place de nouvelles organisations de soins basées sur ces technologies, pour structurer et faciliter les prises en charge complexes sur une période plus ou moins longue du suivi du patient, devient notamment l'objectif de nombreux pilotes. Les industriels ont investi, proposent de nouveaux outils, et voient frémir le marché avec la création de quelques nouvelles organisations misant sur des solutions de santé numérique. Néanmoins et malgré ces constats qui font l'unanimité, l'adoption et la généralisation des solutions ne se font pas ou peu, et la eSanté est toujours aujourd'hui au stade des pilotes.Parmi les éléments qui expliquent ce phénomène, l'absence de modèle financier apparait comme un blocage a la généralisation.

C'est ainsi que le Syntec Numérique et le Snitem se sont emparés de cette thématique et ont réalisé différents travaux pour apporter à la réflexion des éclairages argumentés nourris par des exemples internationaux. Les deux précédents livres blancs Télémédecine 2020 ainsi que l'étude de l'OPIEEC « Modèles et incidences sur la formation et l'emploi de l'usage du numérique dans les services de l'administration »[1] ont d'ores et déjà permis d'identifier des modèles économiques existant en eSanté. Le livre blanc de 2013 a exposé des recommandations pour faciliter la mise en œuvre opérationnelle de déploiements des solutions et services de télémédecine sur le territoire, en s'inspirant de modèles économiques viables mis en œuvre dans d'autres pays.

Cette nouvelle étude se donne l'objectif d'étudier la « transposabilité »de plusieurs modèles européens opérationnels innovants, ayant trouvé à chaque fois un modèle financier pérenne.

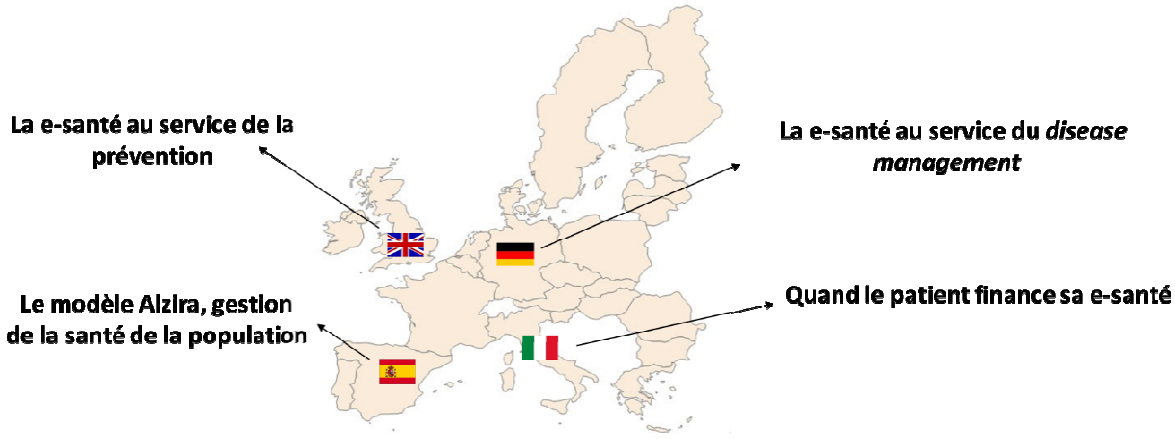
1.2. Méthodologie

Le parti pris méthodologique de cette étude est celui d'une approche empirique : la réflexionse nourrit de quatre projets concrets mis en place à l'étranger. L'objectif n'est pas de trouver un modèle unique et optimal, mais de s'inspirer de modèles ayant déjà fait la preuve de leur viabilitéafin d'en étudier leur transférabilité au contexte français. Les modèles étudiés doivent ainsi permettre d'envisager des marchés rentables, sécurisés et pérennes tout en contribuant à l'efficience du système de santé.

Les pays retenus sont européens et ont un système de santé proche des fondamentaux français, à savoir une prise en charge publique et universelle. Il s'agit de l'Allemagne, de l'Espagne, du Royaume-Uni et de l'Italie.

[1] La première étude « Télémédecine 2020 » a été réalisée en 2012 par le Syntec Numérique ; la seconde étude « Télémédecine 2020 » ainsi que l'étude de l'OPIEEC ont été coréalisées par le Syntec Numérique et le Snitem.

Cartographie des modèles étudiés



2. Analyse des cas et de leur transférabilité en France

Le cas allemand : la caisse régionale d'assurance maladie confie à un industriel l'accompagnement de patients chroniques

1 – Description du modèle opérationnel

Cordiva est un programme de suivi personnalisé pour les patients insuffisants cardiaques initié en 2006 à la demande de deux caisses régionales d'assurances maladies allemandes, l'AOK Bayern et l'AOK Berlin[1], dans le but de réduire les coûts liés à la ré-hospitalisation des patients insuffisants cardiaques. Le programme est aujourd'hui déployé par 6 caisses régionales et assure par le biais d'un centre infirmier une surveillance de la télémétrie et une éducation à la santé par téléphone.

En cas d'anomalie ou de dégradation de l'état de santé du patient, ce-dernier est orienté vers son médecin référent, anticipant ainsi les éventuelles complications et hospitalisations.

En 2015, le programme Cordiva assure le suivi quotidien de 16 000 patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique.

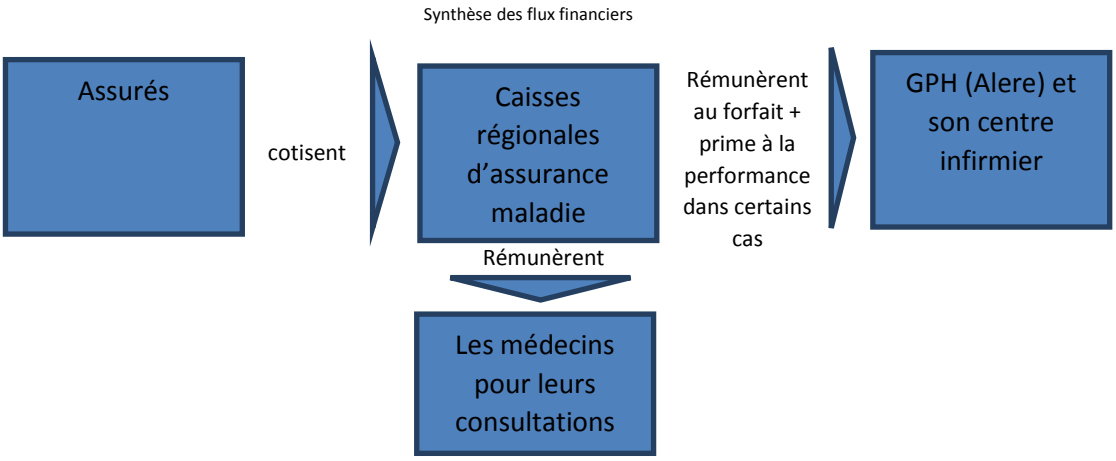
L'inclusion des patients[2]dans le programme se fait, avec leur accord, par le cardiologue ou bien directement par la caisse d'assurance maladie.Le service de suivi est ensuite entièrement assuré par GPH, filiale d'Alere, dans un modèle de financement en BtoB.

2 – Modèle économique

Les caisses régionales rémunèrent GPH pour la mise en place de la solution : mise à disposition du matériel (dispositifs médicaux connectés) et service (suivi de la télémétrie et éducation à la santé par téléphone réalisée par une équipe

[1]En Allemagne, il existe 7 régimes d'Assurance Maladie. Le plus important d'entre eux, AOK, est le regroupement des caisses locales générales et sert plusieurs dizaines de millions d'Allemands.
[2] Tous les patients insuffisants cardiaques sont potentiellement concernés, mais l'intensité du suivi est fonction de l'historique médical, du niveau d'insuffisance cardiaque et du statut psychosocial.

d'infirmiers salariés) sous la forme d'un forfait mensuel par patient (en moyenne 100€/patient/mois). Dans certaines régions, une prime à la performance pour l'industriel s'ajoute au forfait si les objectifs fixés sont dépassés. Les coûts du programme sont entièrement pris en charge par la caisse régionale d'assurance maladie. Si le patient est orienté vers son médecin, ce-dernier est classiquement rémunéré pour sa consultation par la caisse d'assurance.



3 – Evaluation du modèle

Une évaluation régulière de la solution mise en place permet d'en mesurer les impacts en termes de coût et de qualité de vie du patient. Les premiers éléments d'évaluation médico-économique par analyse différentielle de la prise en charge traditionnelle d'un groupe témoin démontrent l'efficience du programme selon des indicateurs partagés entre l'industriel et les financeurs.

Critères économiques :

- réduction du nombre d'hospitalisations annuelles pour cause cardio-vasculaire de 44% entre l'année 0 et l'année 2.
- réduction du taux d'hospitalisation (toutes causes) de 28,3% la 1ère année et de 44,1% la 2e année. Sur la même période, le taux d'hospitalisation (toutes causes) au sein du groupe témoin a crû de 16,0% la 1ère année et de 16,4% la 2e.
- réduction des dépenses annuelles de santé de 21,4% la 1ère année et de 17,8% la 2e année. Sur la même période, les dépenses annuelles de santé du groupe témoin ont augmenté de 13,0% la 1ère année et de 30,0% la 2e.

Cette baisse des coûts est en partie compensée par une augmentation des dépenses liées aux médicaments (+193 € par patient par an par rapport au groupe témoin en 2011) et aux consultations (+95€ par patient par an par rapport au groupe témoin en 2011), liées à une meilleure observance thérapeutique par les patients.

Toutefois, au global, les dépenses de santé sont maitrisées et en baisse significative avec -955€ par patient par an par rapport au groupe témoin en 2011.

Critères de qualité de vie :

- la qualité de vie globale des patients suivis dans le cadre du programme Cordiva a augmenté de 32%, d'après le score de qualité de vie « Minnesota ».[3]
- les patients suivis ont également amélioré leur qualité de vie de 28% au regard de leur activité physique.
- le taux de mortalité du groupe de patients inclus dans Cordiva est nettement inférieur à celui du groupe témoin : en moyenne, la mortalité au sein du groupe Cordiva est de 4.4% par trimestre, contre 8,1% dans le groupe témoin.

Synthèse du modèle

<table>
<tr><th>Acteurs clés</th><th>Activités clés</th><th>Proposition de valeur</th><th>Relation patient</th><th>Segments de clients</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Organisme payeur
• Caisses d'assurance maladie</td><td>• Inclusion de patients souffrant d'ICC par le médecin de famille ou le cardiologue, ou par la caisse d'assurance maladie
• Installation du matériel à domicile par GPH
• Protocole de télésuivi : télétransmission des données médicales par le patient, suivi téléphonique et traitement ambulatoire.</td><td rowspan="3">Patient
• Centre téléphonique infirmier
• Qualité de vie
• Education à la santé par téléphone
Offre de soins
• Réduction des séjours hospitaliers
• Amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie du patient
• Réduction des coûts liés aux hospitalisations.</td><td>• Télétransmission des données
• Contact téléphonique</td><td rowspan="3">Patients souffrant d'insuffisance cardiaque.</td></tr>
<tr><td>Ressourcesclés</td><td>Canaux</td></tr>
<tr><td>• Centre infirmier de GPH
• Dispositifs médicaux connectés</td><td>• Internet
• Téléphonie</td></tr>
<tr><th colspan="2">Financement initial du programme</th><th colspan="3">Modèle économique du programme</th></tr>
<tr><td colspan="2">• Dispositifs médicaux
• Centre d'accompagnement infirmier</td><td>Organisme payeur
Les caisses régionales prennent en charge le télésuivi des patients.</td><td>Offre de soins
Rémunération classique pour les éventuelles consultations (suite aux alertes).</td><td>Fournisseur technologique
Rémunération au forfait pour l'ensemble du service (matériel, suivi téléphonique) par la caisse d'assurance maladie. Dans certaines régions, une prime à la performance s'ajoute au forfait.</td></tr>
</table>

4 – Un suivi possible à généraliser en France

En France, de tels projets ont été mis en œuvre sur des territoires (Cardiauvergne, SCAD…) et ont fait le constat de résultats positifs sur des critères identiques (diminution des hospitalisations, de la mortalité, amélioration de la qualité de vie…). Ces modèles restent fragiles, car financés de manière non pérenne par différents fonds mobilisés (FIR, Feder essentiellement).

L'Assurance maladie expérimenteactuellement le volet cardiologie de son programme Prado articuléavec un télésuivi du poids de la personne. Plus de 70 patients sont équipés depuis mai 2015. Le modèle économique repose sur le même principe que celui du programme Cordiva, à savoir que l'Assurance maladie prend en charge la totalité des coûts du

[3] Le score de qualité de vie de Minnesota est calculé à partir d'un questionnaire qui évalue dans quelle mesure les problèmes cardiaques empêchent le patient de vivre normalement. Pour chaque question, le patient évalue le degré de l'empêchement entre 0 (pas du tout) et 5 (énormément). La somme de chaque question donne un chiffre compris entre 0 et 105. Plus le chiffre est élevé, moins la qualité de vie est bonne.

programme. La baisse des dépenses de santé induite par le suivi au quotidien des patients lui permet de faire baisser ses coûts au global.L'évaluation médico-économique de l'expérimentation aura lieu entre 2017 et 2018.

Le déploiement à grande échelle est aujourd'hui possible en France – que ce soit porté par un niveau national ou régional – les modèles opérationnel et organisationnel étant réplicables. Seule demeure l'analyse des coûts des pathologies à réaliser, permettant de valoriser les prises en charge forfaitaires et d'objectiver les résultats attendus, tant qualitatifs que quantitatifs.

Synthèse de l'étude de transférabilité

Rôle du payeur	Financeur	Organisateur	Opérateur	La caisse régionale d'assurance maladie rémunère GPH pour une prestation déterminée à l'avance.
Rôle de l'industriel	Financeur	Organisateur	Opérateur	L'industriel GPH fournit la prestation de télésuivi et d'éducation à la santé directement aux patients.
Accès au marché	LPPR	AO territorial	AO d'organisme payeur	L'industriel a été choisi par la caisse régionale d'assurance maladie après appel d'offres territorial.
Distance aux structures du système de santé français actuel	Faible	Moyenne	Forte	Ce modèle n'est possible en France qu'avec une gouvernance et un mode de financement unique délégué aux ARS pour être déployé à l'échelon territorial ou alors, avec un pilotage national par l'Assurance Maladie.

Questions soulevées

Le financement au parcours de soins suppose la fongibilité des enveloppes Ville/Hôpital, un pilotage et des modes de financements uniques : une évolution possible ?

Quelle place est laissée au patient d'accepter le parcours proposé par l'opérateur unique régional ? Est-ce socialement acceptable dans notre paysage sanitaire ?

Le cas espagnol : un partenariat public-privé pour la gestion de l'offre de soin primaire et secondaire de Ribera

1 – Description du modèle opérationnel

En Espagne, la compétence en matière de santé est détenue par les communautés autonomes. Il existe donc 19 ministères ou départements régionaux de santé qui ont pleine compétence sur leur territoire de juridiction en matière d'organisation et de gestion de l'offre de soins.

Jusqu'en 1999, le « Ribera department » (territoire 11 de la région de Valence) ne dispose pas d'hôpital. Les 245 000 habitants doivent alors faire plus de 40 km pour accéder à un service hospitalier. Afin de faire face à cette situation tout en tenant compte des difficultés financières de la région, le gouvernement régional décide de se tourner vers des opérateurs privés. Il lance donc un appel d'offre pour une concession de service public couvrant la construction de l'hôpital, sa gestion

et l'ensemble de l'offre hospitalière de santé. La compagnie privée qui remporte l'appel d'offres est l'« Union temporal de Empresas » (UTE) Ribera Salud. Il s'agit d'un consortium, dont les actionnaires sont des assureurs (51%), des entreprises de BTP (Dragados et Lubasa pour 4% et 2% respectivement) et des banques d'épargnes (Bancaja et CAM pour 45%).

A partir de 2003, la concession de service public est entendue à l'ensemble de l'offre de soins, primaire et secondaire. Dans ce second modèle, le consortium n'est plus seulement gestionnaire de service, mais il gère l'ensemble de la santé de la population, y compris la prévention et la rééducation. Les praticiens hospitaliers, ainsi que la moitié des médecins généralistes sont salariés du consortium.

La mise en place de l'organisation des soins de cette région de Ribera, et l'atteinte des objectifs du cahier des charges repose sur trois pierres angulaires :

- **une gestion clinique** : gestion des activités et calendriers, contrôle des coûts, parcours, efficience, contrôle de la qualité
- **une politique de ressources humaines** : équilibre économique, fidélisation des talents, évaluation de la performance, développement des carrières. Cela se traduit notamment par une implication forte des équipes médicales (salaires couplés à des incitations financières) et de nouveaux rôles pour les infirmiers.
- **des technologies de l'information** cliniques et non cliniques, données de valeurs pour les prises de décision, utilisation optimale des ressources : intégrer, mesurer, évaluer et mettre en place la qualité et les comparatifs de coûts.

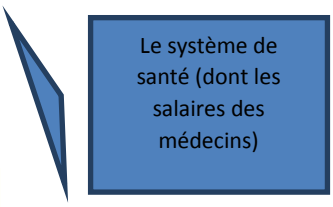
Rémunéré par capitation, le consortium a un réel intérêt à agir pour assurer la bonne santé de la population et ainsi diminuer la consommation de soins. Le consortium a donc spontanément étendu son activité à la prévention : prévention primaire et éducation de la population à la bonne santé par le biais notamment d'interventions dans les écoles.

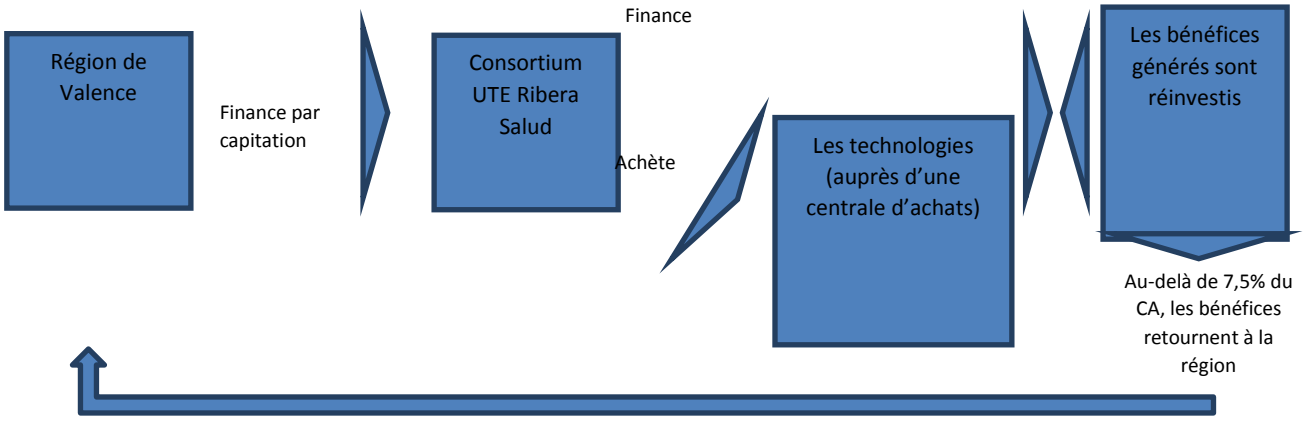
2 – Description du modèle économique

Le cadre contractuel entre la Région et le consortium est un partenariat public-privé (PPP) avec concession de service public pour 15 ans soumise au contrôle du gouvernement régional de Valence.Le plan d'investissements du consortium est négocié avec la puissance publique et le risque financier lui est transféré. En contrepartie, le gouvernement local finance le consortium par capitation (824,64€/habitant/anen 2010) avec attribution d'une enveloppe globale. Le montant est ajusté à la hausse en fonction de l'évolution du budget de santé de la région etrégulièrement réévalué en fonction du périmètre des responsabilités confiées au consortium. Ce financement doit couvrir toutes les dépenses de fonctionnement, y compris les salaires, consommables et utilitaires.

L'action de contrôle du gouvernement de Valence s'exerce à deux moments : lors de laco-définition des objectifs qualitatifs fondés sur des indicateurs de résultats à atteindre (qualité des soins, satisfaction des patients et des professionnels,..) et quantitatifs (résultats financiers), et lors de l'évaluation del'atteinte des objectifs. Le cahier des charges est sans équivoque : faire mieux au niveau qualitatif que les autres territoires de Valence, pour des coûts moins élevés, tout en assurant la satisfaction des patients (qui ont le choix de leur hôpital) et des professionnels de santé.

Synthèse des flux financiers





Synthèse du modèle

Acteurs clés	Activités clés	Proposition de valeur	Relation patient	Segments de clients
Organisme payeur • Région de Valence **Fournisseur** • UTE Ribera Salud	• Construction de l'hôpital de Ribera en 1998 • Gestion de l'offre de soin primaire et secondaire • Prévention **Ressourcesclés** • Santé intégrée avec Système d'information intégré	**Patient** • Hôpital équipé à proximité, accès gratuit • Choix du professionnel ou de l'hôpital • Un dossier patient accessible par tous les acteurs du parcours de soin **Offre de soins** • Intégration des soins primaires et secondaires • Réduction des séjours hospitaliers • Mise en place de prévention primaire (éducation de la population) • Professionnels de santé : accès à un plateau technique de qualité, publications et formation	• Fonctionnement classique soins primaires et secondaires • Pratique de la téléconsultation et téléexpertise • Information en temps réel • Accès à une médecine de qualité **Canaux** • Consultations classiques en face à face • Internet pour les téléconsultations • Informations diverses sur internet (exemple : temps d'attente aux urgences)	Toute la population de Ribera.

Financement initial du programme	Modèle économique du programme		
Le consortium privé a investi 61 millions d'euros sur la 1ère période (1999-2003) dans la construction de l'hôpital, l'achat d'équipements, etc. et prévoit 68 millions d'euros sur la 2nde période (2003-2018).	**Organisme payeur** La région de Valence prend en charge les frais de soins de santé des habitants	**Offre de soins** Les médecins hospitaliers et la moitié des médecins généralistes sont employés par UTE Ribera Salud et reçoivent un salaire composé d'une part fixe et d'une part variable.	**Fournisseur technologique** l'UTE Ribeira Salud a une centrale d'achats intégrée qui achète les technologies. Il réinvestit ses bénéfices dans du matériel de pointe pour maintenir l'attractivité du système pour les médecins, avoir des actions de formation et de recherche.

3 – Evaluation du modèle

L'originalité de l'évaluation réside dans ses modalités : il ne s'agit pas d'une évaluation économique de bonne gestion budgétaire, mais de l'efficacité du service rendu à la population selon des critères négociés entre la région et le

consortium. Ainsi, l'offre de soins du territoire de Ribera a fait l'objet d'une évaluation comparée à celle de la région de Valence. La performance du modèle – formalisée dans le tableau ci-dessous –milite en sa faveur.

	Ribera	Région de Valence
Accessibilité		
Temps d'obtention d'une consultation ambulatoire	25 j	51 j
Délai pour une chirurgie	34 j	60-90 j
Scanner	12 j	90-120 j
IRM	15 j	90-120 j
Qualité		
Taux de réhospitalisations en 3 j (sur 1000 sorties)	4,05%	6,1%
Satisfaction des patients (entre 0 et 10)	9,1	7,2
Dossier électronique	100%	20%
Chirurgie ambulatoire	79%	52%
Taux de césariennes	22%	25%
Taux de petites urgences	9%	20%
Temps d'attente aux urgences	<60 min	131 min
Temps de réponse aux urgences	4h	NR
Satisfaction du personnel		
Taux d'absentéisme	<2,5%	NR
Coût		
Coût par habitant (2010)	607,14€	824,64€
Coût par habitant (2006)	494,72€	659,53€

Le modèle de partenariat public-privé basé sur une rémunération à la capitation est intéressant dans la mesure où il permet d'optimiser la mise en place du système de soins en fonction des savoirs faire : à l'administration de définir les objectifs de santé publique et de qualité, à l'industriel (ou au consortium) de déployer la solution.

Il permet également à l'administration d'investir à l'usage, et de transférer une partie des risques vers le consortium. La réussite de tels partenariats repose sur la clarté des engagements mutuels, la transparence et un respect partagé. En particulier, la contractualisation repose sur la définition et l'atteinte des objectifs, et non pas sur les moyens mis en œuvre. Le consortium a une réelle liberté d'action.

4 – Un modèle présent en Europe encore peu exploité en France

Confier la prise en charge d'un bassin de population ou d'une catégorie de patients à un opérateur privé industriel est un modèle émergent en Europe, en lien avec la réduction massive des dépenses publiques. Le cas Alzira n'est pas le seul, et des industriels deviennent par délégation « opérateurs de santé » au Portugal, dans les pays du Moyen Orient et en Amérique du Sud. L'Angleterre s'est également posé la question de cette transposition.[4]

En France, les partenariats publics-privés hospitaliersne reposent pas sur les bases décrites ci-dessus - essentiellement construits sur le bâti hospitalier et non sur son fonctionnement et ses missions de prévention et de soins - et n'ont pas donné, pour diverses raisons,les résultats escomptés.

Est-il envisageable de soutenir un modèle de délégation de service public sous la forme d'une concession de service public[5]à un groupement industriel opérant l'ensemble des services ?

[4] « The search for low-cost integrated healthcare : the Alzira model from the region of Valencia », NHS European Office,

[5]Une concession de service public est définie comme un contrat qui charge une société d'exécuter un ouvrage public ou d'assurer un service public, à ses frais et risques, et que l'on rémunère en lui confiant l'exploitation de

Dans ce modèle, l'industriel aurait en charge la gestion de l'exploitation de l'établissement, la gestion de l'établissement sur le volet du projet médical, administratif et économique, la gestion du personnel, le versement des salaires, les investissements et achats nécessaires à l'exploitation de l'établissement, les travaux d'entretien et les opérations de maintenance. Il se rémunère par l'exploitation du service, les soins prodigués étant payés directement par les patients ou par leur caisse d'assurance maladie. Il est tenu de respecter les tarifs fixés.

L'intervention de consortiums industriels dans la prise en charge globale de patients n'est pas une exception,ni en Europe, ni en France (en dialyse notamment). Certaines entreprises du dispositif médical ou du médicament en Europe interviennent dans des filières de soins intégrées, mouvement initié également en France. Si le modèle de contractualisation avec les autorités de santé ou l'assurance maladie n'est pas celui de la délégation de service public, il permet toutefois de ne pas exclure du possible ces modèles opérationnels donnant aux industriels le rôle d'opérateurs de santé intégrant l'innovation technologique et le soin.

Etude de transférabilité

Rôle du payeur	Financeur	Organisateur	Opérateur	Il s'agit d'un modèle de délégation de service public : le consortium est libre de s'organiser comme bon lui semble, tant qu'il s'inscrit dans les objectifs de santé publique et de qualité.La région assume le rôle de financeur et d'évaluateur.
Rôle de l'industriel	Financeur	Organisateur	Opérateur	Le consortium d'industriels gère l'ensemble de l'offre de soins primaire et secondaire et salarie les médecins. Il devient de ce fait opérateur de soins.
Accès au marché	LPPR	AO territorial	AO d'organisme payeur	La Région de Valence a lancé un appel d'offres territorial pour le choix du consortium d'industriels.
Distance aux structures du système de santé français actuel	Faible	Moyenne	Forte	Ce modèle serait transposable en France, mais ni l'autorité régionale ni l'ARS n'ont les ressources financières pour assurer ce modèle, puisque ni l'une ni l'autre n'ont d'enveloppe à déléguer. Il faudrait alors envisager la délégation aux ARS d'une enveloppe globale et la mise en place d'un ORDAM. De plus, les PPP n'ont plus aujourd'hui en France une acceptabilité forte. Enfin, du fait du manque de maturité de la relation public/privé, peu d'acteurs industriels se positionnent sur ce créneau en France.

Questions soulevées

La réduction de l'augmentation des dépenses de santé inédite en 2015 fixée par la Loi de financement de la sécurité sociale (1,75) liée aux plans triennaux d'économies négociés avec les établissements publics de santé conduira –t-elle à une opportunité pour des autorités régionales françaises de contractualiser avec des opérateurs privés, aptes à investir et financer une offre de soins – sous réserve d'une évaluation stricte d'indicateurs d'activité, de qualité et d'efficacité ?

l'ouvrage public ou l'exécution du service public, avec le droit de percevoir des redevances sur les usagers de l'ouvrage ou sur ceux qui bénéficient du service public .

Le modèle de la dialyse en France serait-il alors généralisable, favorisant la venue en France de nouveaux acteurs intégrant une politique populationnelle territoriale ?

Le cas britannique : l'assureur privé finance la prévention

1 – Description du modèle opérationnel

L'entreprise Roadtohealth a développé un logiciel permettant de mesurer l'état de santé d'une personne à partir d'une série de données (pression sanguine, indice de masse corporelle, taux de glycémie, taux de cholestérol et concentration de cotinine dans le sang). A partir de ce logiciel, Roadtohealth a développé une offre de santé complète : mise en place de partenariats avec des réseaux de pharmacies, mise à disposition du logiciel dans les pharmacies partenaires, plateforme de prise de rendez-vous et de suivi des résultats.

Roadtohealth vend cette offre en marque blanche à l'assureur VitalityHealth qui la distribue auprès de ses assurés.VitalityHealth est une compagnie d'assurance privée au Royaume-Uni qui fournit des contrats d'assurance santé fondés sur le principe de l'incitation positive : les assurés qui prennent soin de leur santé, selon un référentiel d'actions préalablement défini par VitalityHealth, obtiennent des « points » qu'ils peuvent ensuite transformer en bons d'achat divers.

Par exemple, s'ils réalisent annuellement le bilan de santé fourni par RTH, ils obtiennent 60 points. 60 points supplémentaires sont accordés pour chaque résultat indiquant un bon état de santé. S'ils réalisent également le test non-fumeur (conçu par RTH), ils reçoivent 300 points.

Les prises de rendez-vous, l'envoi des résultats et le suivi du décompte des points se font via une plateforme numérique sécurisée. Il s'agit d'une ressource clé permettant à l'assuré de suivre en direct ses performances et ainsi de s'impliquer dans la gestion de sa santé ; et à l'assureur de mieux connaitre sa clientèle et ainsi de mieux calculer ses risques.

Synthèse du modèle

<table>
<tr><th>Acteurs clés</th><th>Activités clés</th><th>Proposition de valeur</th><th>Relation patient</th><th>Segments de clients</th></tr>
<tr><td>Organisme payeur
• VitalityHealth</td><td>• Mesure de l'état de santé

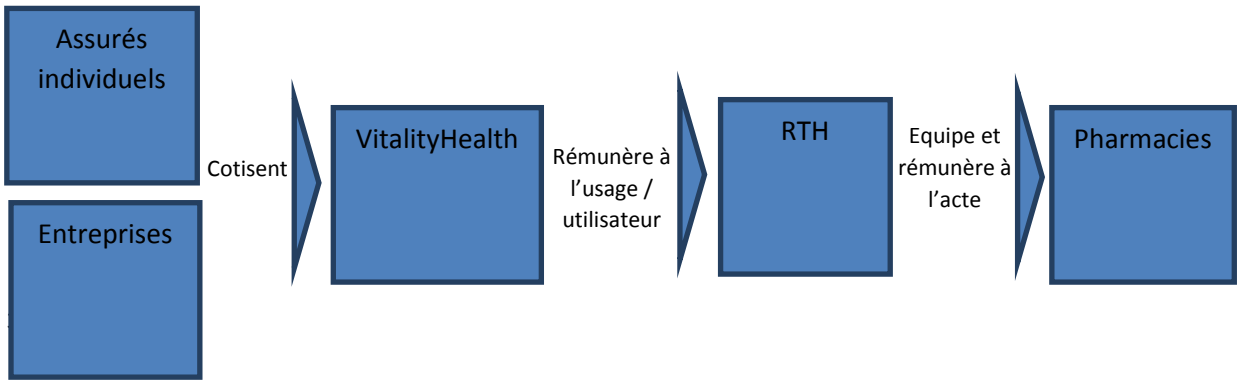
Ressourcesclés
• Logiciel de mesure
• Plateforme numérique de prise de rendez-vous</td><td rowspan="2">Assurés
1 bilan de santé gratuit par an</td><td>• Mesure de l'état de santé par le pharmacien en face à face
• Transmission des résultats via la plateforme numérique
Canaux
• Dans les enseignes partenaires
• Sur le lieu de travail</td><td rowspan="2">• Tous les assurés VitalityHealth peuvent bénéficier du bilan de santé</td></tr>
<tr><th colspan="2">Financement initial du programme</th><th colspan="2">Modèle économique du programme</th></tr>
<tr><td colspan="2">RTH a investi dans :
• la formation des partenaires pharmaceutiques à l'utilisation de son logiciel pour entrer les mesures de l'état de santé
• le développement de la plateforme numérique (prise de rendez-vous, mise en ligne des résultats, etc.).</td><td>Organisme payeur
VitalityHealth prend en charge 1 bilan de santé par an pour 1 adulte.</td><td>Offre de soins
Les pharmaciens qui réalisent les bilans de santé sont rémunérés par RTH dans le cadre d'un partenariat (prix fixe/bilan de santé)</td><td>Fournisseur technologique
RTH est rémunéré par VitalityHealth selon un prix fixe/bilan de santé.</td></tr>
</table>

2 – Description du modèle économique

Le modèle économique de VitalityHealth se fait en BtoBtoC ou en BtoC directement. VitalityHealth vend ses contrats d'assurance et les services de prévention associés via l'entreprise (BtoBtoC) ou en individuel directement auprès de l'assuré (BtoC).

Le modèle de financement du bilan de santé de Roadtohealth est un modèle BtoB : l'assuré bénéficie gratuitement du service via son assureur, qui devient un intermédiaire distributeur. VitalityHealth rémunère Roadtohealth sur la base d'un prix fixe par bilan réalisé. Le logiciel de Roadtohealth est vendu sous le mode SAAS et non sous forme de licences. La prestation est réalisée par les réseaux de pharmacies partenaires de Roadtohealth, qui sont rémunérés à l'acte par ce-dernier. Roadtohealth devient ainsi opérateur d'un programme de santé.

Synthèse des flux financiers



3 – Evaluation du modèle

Au Royaume-Uni, depuis le lancement du test non-fumeur et la grande campagne de publicité qui en a été faite, le nombre de personnes ayant fait l'objet d'une mesure de l'état de santé par RTH est passé de 400 par mois au 1er trimestre 2014 à 6 000 par mois au 1er trimestre 2015.

4 – Un modèle payant via les mutuelles émergent en France

En France, un tel dispositif rencontrerait deux types de freins : un frein éthique et un frein organisationnel. Le frein éthique est lié à la crainte, à terme, d'une modulation du coût de la prime d'assurance en cas de non-participation aux actions de prévention, bien qu'aujourd'hui cela soit interdit. Le frein organisationnel est lié à la place des pharmacies et pharmaciens d'officine en France. A l'heure actuelle, les pharmaciens ne sont pas autorisés à réaliser des bilans de santé (il s'agit d'un sujet en cours de discussion dans le projet de loi de modernisation du système de santé, et les pharmaciens jouent un rôle de plus en plus actifs dans la santé). De plus, la possibilité d'un partenariat avec les réseaux de pharmacies est restreinte, dans la mesure où le patient a le libre choix de sa pharmacie.

Les obstacles sont toutefois adressables. Par exemple, l'assureur AXA a mis en place des organisations de ce type (suivi d'actions de prévention à l'aide d'outils connectés, et obtention de cadeaux). L'assureur allemand Generali a récemment noué un partenariat avec Discovery pour lancer le programme Vitality en Allemagne, selon le même principe que VitalityHealth. Pour l'instant, le dispositif de récompenses financières ne concerne pas l'assurance santé, mais uniquement l'assurance vie et l'assurance invalidité. Discovery envisage de s'implanter en France également.

Etude de transférabilité

Rôle du payeur	Financeur 	Organisateur 	Opérateur 	Le financeur, VitalityHealth, est également le distributeur.
Rôle de l'industriel	Financeur 	Organisateur 	Opérateur 	Dans les modèles similaires en France, la réalisation des actes n'est pas confié à l'industriel, mais intégrée. C'est la mutuelle qui devient opérateur de service en utilisation le concept et la technologie de l'industriel en marque blanche.
Accès au marché	LPPR 	AO territorial 	AO d'organisme payeur 	Il s'agit d'un contrat privé établi après mise en concurrence.
Distance aux structures du système de santé français actuel	Faible 	Moyenne 	Forte 	Des modèles similaires existent déjà en France. S'ils ont une vraie pertinence médico-économique pour les mutuelles qui prennent en charge le régime obligatoire et le régime complémentaire, ils sont plutôt considérés comme un critère de différenciation pour les mutuelles qui n'assurent que le régime complémentaire.

Questions soulevées

Aujourd'hui, les payeurs privés investissent déjà en France sur ce type de services de prévention ou de suivi en intégrant des technologies et en délivrant le service. Il est dès lors tout à fait envisageable d'accéder au cran d'après et de proposer à l'industriel d'organiser son réseau de professionnels de santé qu'il rémunère en direct pour exécuter une partie de l'offre de services. Poussés par la recherche de nouveaux rôles et sources de revenus, les pharmaciens n'auraient-il pas un intérêt à rejoindre cette dynamique de réseaux de soins financés par des intermédiaires fournissant technologies et services innovants ? Le projet SYMPAD pourrait être précurseur.[6]

Le cas italien : le patient finance son service d'accompagnement

1 – Description du modèle opérationnel

Amicomed est un service numérique personnalisé d'autogestion de la tension artérielle par les patients, visant à réguler la tension et à baisser la prise systématique de médicaments en apportant une aide au changement de comportement. L'application mobile a été conçue et développée par l'entreprise Quasarmed avec le soutien de la société savante italienne d'hypertension.

2 – Description du modèle économique

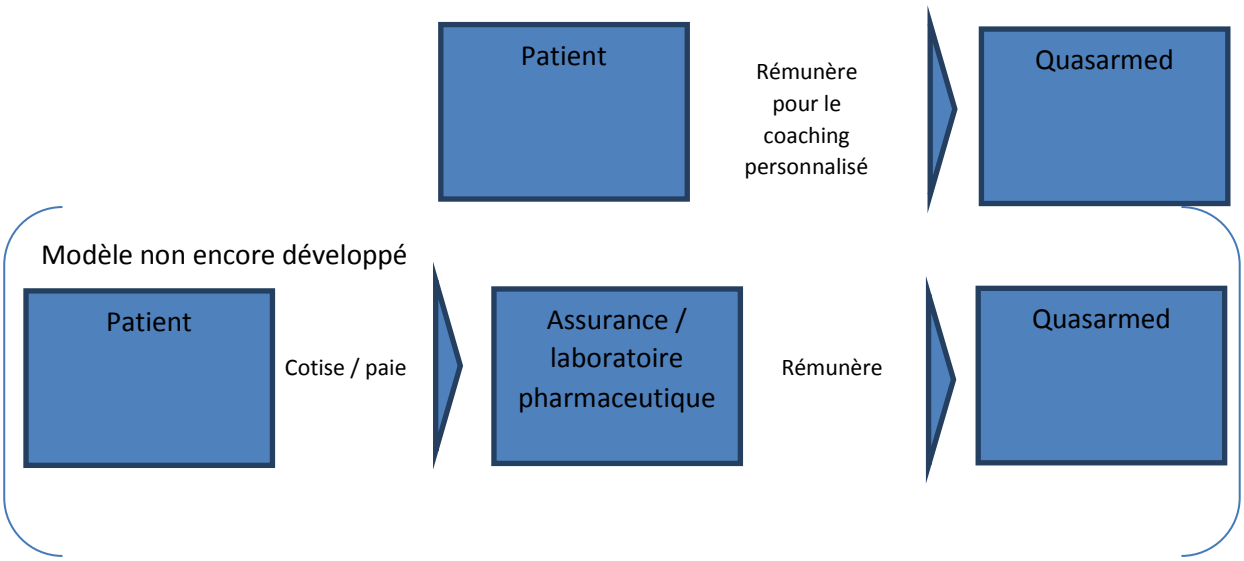
Le modèle économique est un modèle BtoC qui repose sur une logique de freemium : le service d'autogestion est gratuit, en revanche le patient doit payer s'il souhaite bénéficier du programme de coaching personnalisé (environ 50€ pour 3 mois). Un modèle BtoBtoC est en cours de négociation avec les assurances et laboratoires pharmaceutiques.

[6] SYMPAD est un outil de suivi des patients chroniques en pharmacie. Des appareils connectés à l'interface SYMPAD permettent d'effectuer des mesures (tension, souffle, poids, etc.) et de suivre ses données via un espace sécurisé.

Synthèse du modèle

Acteurs clés	Activités clés	Proposition de valeur	Relation patient	Segments de clients
Fournisseur technologique et opérateur de services • Quasarmed **Partenariats** • Compagnies d'assurance • Laboratoires pharmaceutiques	• Mise à disposition de l'application de suivi de la tension • Définition de programmes personnalisés **Ressourcesclés** • Application mobile qui fonctionne à partir d'un algorithme certifié	• Autogestion de la tension artérielle • Programme de coaching personnalisé pour réduire l'hypertension	• Pas de relation directe, mais coaching personnalisé via l'application **Canaux** • Application mobile	Patients souffrant d'hypertension.
Financement initial du programme		**Modèle économique du programme**		
1,2 million d'euros pour la création de l'entreprise et le démarrage du projet.		**Organisme payeur** • Le patient (50€ pour 3 mois de coaching) • Les assurances santé et laboratoires pharmaceutiques (modèle en cours de négociation).	**Offre de soins** • -	**Fournisseur technologique** • Rémunération pour le coaching personnalisé.

Synthèse des flux financiers



Ce modèle serait tout à fait transférable au contexte français, que ce soit en BtoC (achat de l'application directement par l'utilisateur-patient) ou en BtoBtoC (application distribuée par l'assurance ou le laboratoire médical au patient). Le seul critère est celui du marché et de l'appétence du bénéficiaire français à payer directement un outil de gestion de sa pathologie.

Etude de transférabilité

Rôle du payeur	Financeur	Organisateur	Opérateur	Quasarmed finance son projet et se rémunère sur les abonnements souscrits par les utilisateurs. Dans ce cas-là, le payeur est l'utilisateur.
Rôle de l'industriel	Financeur	Organisateur	Opérateur	Quasarmed est en charge du développement de l'application et du service fourni.
Accès au marché	LPPR	AO territorial	AO d'organisme payeur	Cette typologie n'est pas adaptée puisque l'entreprise commercialise directement sa solution à l'utilisateur.

Distance aux structures du système de santé français actuel	Faible 	Moyenne 	Forte 	Ce modèle est en dehors du marché régulé. c'est l'entreprise qui décide d'accéder à un nouveau marché. Il n'y a donc pas de problème de transférabilité, autre qu'un éventuel frein culturel.

Questions soulevées

Finalement, ce modèle peut tout à fait être transférable en France. Dans un système de haut niveau de protection sociale et de prise en charge par l'Assurance Maladie, on peut toutefois s'interroger sur l'acceptation du patient de payer ce service directement.

3. Synthèse de l'analyse de la transférabilité des cas en France

Niveau de transposabilité des modèles étrangers en regard des structures du système de santé français actuel

Facile	Complexité moyenne	Complexité élevée
		

L'analyse de la transférabilité des cas montre que les modèles les plus aisément transférables au contexte français sont ceux du marché non régulé, à savoir les cas anglais et italien. Il s'agit pour les industriels d'un véritable vecteur de marché. En revanche, dès que le modèle de financement dépend de la puissance publique, la transférabilité se heurte au problème d'alignement entre la gouvernance et les modes de financement.

Par ailleurs, plus le modèle est intégré, plus il est compliqué à transposer (cf. cas espagnol), mais plus il est efficace et vertueux. Cette analyse systémique montre bien que la capacité à déployer des modèles économiques innovants en eSanté corrèle fortement gouvernance, volonté du payeur final et ambition de la politique publique en santé.

4. Quels enseignements et quelles opportunités pour la e-santé ?

4.1. Le parcours de santé : levier d'émergence de nouveaux modèles

On peut globalement classer les systèmes de santé en deux types :

- d'un côté les systèmes de santé au sein desquelsdes leviers économiques œuvrent au maintiende la bonne santé des citoyens en et favorise la diminutionde la consommation médicale au travers d'actions de prévention (c'est le cas de tous les modèles étudiés) ;
- et d'un autre les systèmes centrés sur le malade, et qui se rémunèrent sur le traitement de la maladie. La prévention devient dans ce cas contreproductive. C'est le cas français aujourd'hui.

L'exercice d'analyse des cas par le prisme du parcours patient met en évidence que les modèles économiques en eSantévont de pair avec une démarche d'optimisation. La recherche d'amélioration peut être partielle et se centrer sur les

actions de préventions primaires ou secondaire tels que le montre les cas britannique, allemand ou italien ou celle-ci peut plus êtrecomplète et mise en œuvre dans le cadre d'une stratégie intégrée de la pris en charge.

Analyse des cas en fonction de la chaine de valeur du parcours de santé (à chaque cas est associé l'organisme payeur)



Quels sont les intérêts à agir des acteurs et les modèles de financement ?

L'assureur VitalityHealth offre à ses clients des services de prévention et de suivi de leur état de santé, carcela contribue à diminuer leur consommation de soins, mais aussi parce que cela permet à VitalityHealth de mesurer ses risques de manière plus précise (récupération et utilisation des données collectées).

De la même manière, les caisses régionales d'assurance maladies allemandes qui financent la télésurveillance médicale des patients insuffisants cardiaques savent que la réductiondes coûts d'hospitalisation permet un vrai retour sur investissementainsi qu'une nette amélioration de la qualité de vie des patients.

L'entreprise Quasarmed a investi dans le développement d'une application d'autogestion de la tension artérielle et de coaching afin de pallier le manque d'accompagnement des patients par le service public. Cet outil validé cliniquement par la société savante d'hypertension italienne apporte ainsi une aide concrète et sécurisée. Elle répond également à une demande forte des patients d'être plus impliqués dans la gestion de leur santé.

Enfin, le modèle espagnol incite à une prise en charge globale des patients. En effet, dans la mesure où la rémunération du consortium se fait par capitation, c'est-à-dire sur la base d'un prix fixe par patient et par an indépendamment du volume de soins prodigués, son intérêt financier est d'éviter le plus possible les épisodes de soins aigus (les plus couteux). Dans cet objectif, l'accent est mis sur la prévention primaire afin d'influer sur les déterminants de santé et ainsi d'éviter l'apparition de pathologies, et sur la prévention secondaire auprèsdes patients chroniques afin d'éviter les complications. Cette logique est étendue à l'ensemble du territoire, puisque le consortium est en charge de l'ensemble de l'offre de soin primaire et secondaire, de la prévention et de la rééducation.

En conséquence de ce nouveau positionnement stratégique des acteurs, la chaine de valeur de la prise en charge est réactualisée. On passe d'une prise en charge en silo, par épisode de soin, à une prise en charge intégrée de l'ensemble du parcours du patient, incluant la prévention primaire, le soin et la prévention secondaire.

Dans le contexte actuel, il y a consensus sur l'importance de la mise en place de la prévention et de l'éducation des personnes à la santé. Nos habitudes de vie sont les principaux déterminants(30 à 50%) de notre santé et sont aujourd'hui à l'origine de la plupart des pathologies chroniques et potentiellement des coûts de santé.

Quelles implications pour le système de santé français ?

La stratégie nationale de santé française porte fortement le parcours de santé comme ambition d'accompagnement et de prise en charge de la santé de la population française.

Pourtant, dans un système essentiellement basé sur l'acte (tant pour les médecins de ville, que l'hôpital à la T2A), cela pose la question du financement et de la responsabilité de la prévention, aujourd'hui peu ou pas financée, peu exécutée, et en contradiction avec les intérêts financiers des professionnels de santé.

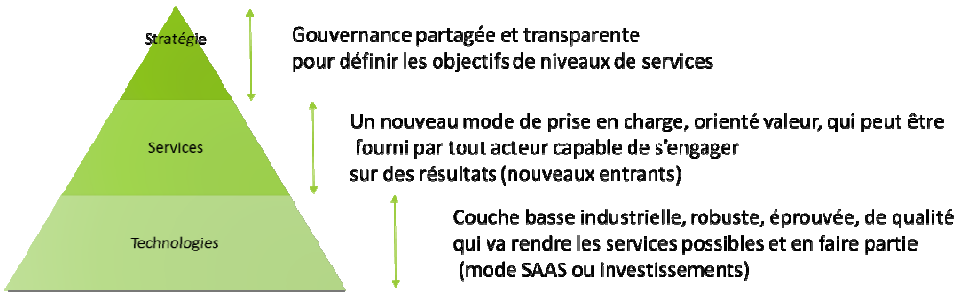
Les acteurs ayant actuellement un intérêt à financer la bonne santé sont des acteurs privés : assureurs, employeurs, voire les personnes elles-mêmes. Une absence de prise en considération des actions de prévention pourrait voir basculer entièrement cette activité dans le secteur privé, ce qui serait une source majeure d'inégalités au sein de la population.

Par ailleurs, plus l'ambition de la politique publique en santé porte celle du parcours de vie, plus les modèles économiques de la e-santé seront diversifiés et moins dépendants de l'Etat, ce qui permet également delimiter l'augmentation des dépenses d'assurance maladie.

Le modèle du parcours de santé est donc vertueux à plusieurs niveaux. Il implique de fait de construire un écosystème plus large et de redéfinir le rôle des acteurs et leurs interactions.

4.2. Nouveaux modèles économiques, nouveaux rôles pour les industriels

L'implication des industriels dans le modèle opérationnel d'un projet peut se faire à trois niveaux : il peut être uniquement un fournisseur de technologie ou bien assurer également le rôle de prestataire de service. Enfin, il peut être associé à la stratégie du projet, seul cadre pertinent pour qu'il puisse en assumer le risque financier.



Parmi les cas étudiés, on constate que le modèle le plus intégré est celui dans lequel l'industriel est associé le plus en amont du projet. Il s'agit du modèle espagnol dans lequel le consortium UTE Ribera Salud co-définit avec le gouvernement local la stratégie et les objectifs. Cette co-construction pose les bases d'un partenariat constructif avec des règles partagées et une implication égale des deux parties. Elle va de pair avec une évaluation des résultats et non des moyens, laissant ainsi aux acteurs la liberté de s'organiser pour atteindre les objectifs.

Dans les modèles britannique et allemand, l'industriel joue le double rôle de fournisseur de technologie et de prestataire de service, le service pouvant être internalisé ou sous-traité. Ce double rôle donne à l'industriel davantage de souplesse dans son modèle économique, puisque l'amortissement de la technologie se fait par la rémunération du service. Le payeur y

trouve également son intérêt, puisque le prestataire de service est associé aux résultats.Enfin, un modèle dans lequel l'industriel est uniquement fournisseur de service privilégie les entreprises qui ont des technologies matures.

Le cas italien se distingue, puisqu'il s'agit d'un modèle BtoC. L'entreprise Quasarmed a défini sa stratégie, fournit la technologie et le service. Elle a néanmoins fait le choix de donner un accès gratuit à l'application et de prévoir un accès payant au service de coaching personnalisé. Le service vient donc financer la technologie.

Les cas étudiés favorisent l'émergence de nouveaux métiers, de nouvelles organisations et de nouveaux modèles économiques pour les industriels. Les modèles économiques évoluent et sont désormais fondés sur une stratégie de services. La technologie n'est plus rentabilisée en tant que telle, mais dans un ensemble englobant la technologie et le service associé. Cela nécessite donc pour les industriels de faire évoluer leur métier.

Le modèle Alzira en est l'exemple le plus abouti puisque l'industriel ne devient plus seulement un prestataire de service, mais un opérateur de soin, puisqu'il salarie les professionnels de santé. Dans une moindre mesure, GPH est également opérateur de soin puisqu'il salarie les infirmiers en charge de la télésurveillance des patients (ces-derniers ne prodiguent néanmoins pas de soins à proprement parler). Le programme Cordiva a par ailleurs un fort impact sur l'organisation de la chaine de soins, puisque le centre infirmier joue le rôle d'intermédiaire entre le patient et le médecin. C'est lui qui oriente le patient vers son médecin en cas de besoin.

Cette tendance à la globalisation des solutions – fortement poussée par les pouvoirs publics – incite les industriels à se regrouper en consortium lorsqu'ils ne disposent pas de toutes les compétences en interne. C'est le cas de l'UTE Ribera Salud qui regroupe des assureurs, des banques d'épargne et des entreprises de BTP afin de gérer la totalité de l'offre de soins du territoire de Ribera. Ces regroupements évitent une dilution de la chaine de responsabilité et vont dans le sens d'une plus grande implication des acteurs.

4.3. La collecte et le partage de données, pierre angulaire des programmes de santé solvables

Le développement de programmes de prévention et d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques est rendu possible par les technologies numériques et les bénéfices attendus. La collecte de données à distance constitue la pierre angulaire de chacun des modèles étudiés.

Dans le modèle anglais, le suivi des actions de prévention réalisées par le client, la transmission de ses résultats lors des bilans de santé et le décompte de ses points se font entièrement via une plateforme numérique.

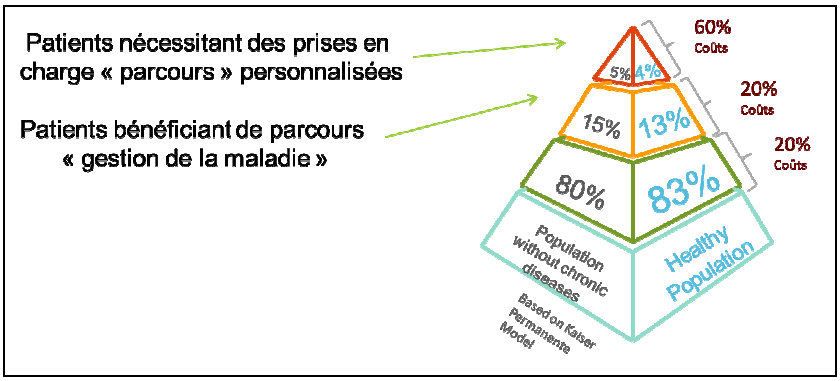
Le modèle allemand de suivi personnalisé quotidien des patients insuffisants cardiaques est viable du fait de la dématérialisation de la transmission des données grâce aux dispositifs médicaux connectés. Un centre infirmier unique suit l'ensemble des patients des six régions partenaires, minimisant ainsi les coûts. Les patients sont orientés vers leur médecin uniquement en cas de problème.

Le modèle italien est par nature numérique puisqu'il s'agit d'une application mobile. La valeur ajoutée de ce service est de permettre une gestion quotidienne, autonome et personnalisée de sa santé. Elle intervient en complément d'un suivi médical classique.

Dans le modèle Alzira (Espagne), le pilotage par les résultats implique pour le consortium en charge de l'offre de soin une connaissance fine des besoins de la population. Cette analyse populationnelle repose sur la collecte et le traitement de

données. Il est ainsi possible d'opérer une segmentation de la population en fonction des besoins et des coûts, afin d'ajuster l'offre au mieux.

Pyramide de Kaiser Permanente



Le système d'information intégré englobant l'offre primaire et secondaire permet également un suivi précis des prises en charge, ce qui rend possible l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés et la comparaison dans le temps de l'état de santé de la population et des dépenses.

Enfin, la coordination des acteurs dans une logique de parcours intégré et le développement de l'ambulatoire exigent de pouvoir partager en transparence toutes les données : donnéespatients, données qualitatives, organisationnelles, entre l'hôpital et avec la médecine de ville, les « dispensaires », les pharmaciens… De ce point de vue, les technologies de l'information et de la communication sont essentielles.

Ainsi, le partage des données, qu'elles soient cliniques ou économiques, est une clé de voute des nouveaux modes d'organisation misant à la fois sur une organisation efficace et sur la réduction des coûts. La santé numérique s'avère donc indispensable sur l'ensemble de la chaine de valeur et permet l'émergence de modèles économiques innovants. En revanche, à chaque sous-segment de marché correspond un modèle économique et un canal de distribution particulier, ce qui rend difficile le positionnement des industriels.

5. Perspectives et facteurs clés de succès pour le modèlefrançais

La présente étude s'inscrit dans la continuité des travaux menés par le SYNTEC NUMERIQUE et le SNITEM dans le cadre de précédents livres blancs. Elle s'appuie également sur les conclusions des groupes de travail Big Data et Mutualisation du Syntec Numérique.

Ainsi, à la lumière de ces différents travaux, le SYNTEC et le SNITEM posent trois postulats fondamentaux :

Postulat 1 : le numérique en santé est irréversible

Il est commun aujourd'hui de dire que les outils numériques ont envahi la vie professionnelle et quotidienne. La santé n'est pas exclue de de phénomène. Les usages du numérique sont ancrés dans la vie quotidienne de chacun, patient comme professionnels de santé. Dans les organisations de santé, si l'ergonomie des outils est indispensable pour permettre leur appropriation, il ne s'agit plus de savoir s'il faut aller vers la E-santé, mais comment y aller.

Postulat 2 : Plus de prévention, le changement est en marche.

La stratégie nationale de santé et la Loi de santé publique posent le principe d'une médecine plus préventive et prônent le rééquilibrage entre l'hôpital et la médecine primaire.

Alors que la déclinaison sur le terrain de cette nouvelle stratégie exige des modifications profondes du système de santé, de son mode de financement et demande de multiples évolutions opérationnelles,la E-santé est un facilitateur. Elle favorise les nouvelles organisations qui œuvrent à la bonne santéde la population et des patients et permet le développement d'un écosystème vertueux base sur un patient acteur de sa santé, un système de proximité centre sur la prévention et des modèle de pris en charge intégré fiances par les payeurs (privés et publics).

Postulat 3 : la E-santé levier d'efficience du système de santé

La E-santé incarne la transformation numérique et les technologies de rupture dans la santé. Comme dans les autres secteurs d'activités, ces technologies viennent accélérer certains processus, en automatiser d'autres. Elles rééquilibrent également les anciennes chaînes de valeur, ou encore, permettent le changement de modèle économique. Ainsi,en développant de l'efficience, la ESanté dégage de la valeur qui est mise à la disposition des professionnels et organisations.

Elle permet alors aux professionnels et organisations de santé de créer de la valeur ajoutée dans leurs métiers et apporte des bénéfices tels que:

- multiplication et massification des usages par tous les professionnels,
- émergence de nouveaux services liés aux technologies,
- importance des datas pour mieux organiser, mieux soigner.

Ces postulats posent les fondations d'un marché de la eSanté, Néanmoins l'étude montre que nombreuses questions restent encore à adresser etle SYNTEC et le SNITEM identifient 3 enjeux prioritaires et rattaches a chacun d'entre eux une série d'axes de développement et de travaux afin d'accélérer le développement du marché de la eSanté.

1 – FAIRE DU NUMERIQUE LE LEVIER POUR REUSSIR LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTE

La pérennité du système de santé solidaire à la française est grandement lié à sa capacité à se réformer et à être moins couteux. Si le numérique n'est pas en soit la solution, il rend possible la mise en place d'un parcours de prévention tout au long de la vie, de nouveaux modes de prise en charge des patients avec moins d'hospitalisation et davantage d'autonomie, il favorise la coordination des acteurs pour un juste soin.

Pour accélérer cette transition – et accompagner le mouvement initié par les différentes expérimentations et programmes menés par le ministère de la santé, des points clés devront être pris en compte :

- Favoriser une économie de la data
  Comprendre et adresser la richesse de la donnée (besoins, gouvernance, anticipation, pilotage,…)
- Accélérer le déploiement du cadre d'interopérabilité pour répondre aux besoins des acteurs de santé
- Continuer à soutenir et financer la transition numérique des organisations et des pratiques (faire perdurer les programmes tels qu'hôpital numérique, logiciels métiers, passer au déploiement du dmp …) pour favoriser le partage de données
- Modifier la structure du cadre de rémunération des professionnels de santé pour s'adapter aux nouvelles pratiques

2 – ACCELERER L'ACCES AU MARCHE POUR LES TECHNOLOGIES E-SANTE

La E-santé en France peine à se développer par manque de visibilité des règles de marché à venir et de leur calendrier. Les conditions d'accès au marché de la E-santé, notamment dans le cadre du marché régulé et solvabilisé par l'Assurance maladie restent encore à définir mais la question de l'évaluation apparait comme un prérequis. Sur ce sujet, tous les acteurs - publics comme privés - convergent pour trouver inadapté les modes traditionnels d'évaluation des services innovants de

E-santé alors qu'on voit dans d'autres pays notamment européens, des prises en charge de télésanté et plus spécifiquement de télémédecine se généraliser.. Sur ces bases, il nous paraît urgent d'ouvrir un chantier à haut niveau impliquant pouvoirs publics, experts et industriels pour poser un cadre d'évaluation renouvelé et adapté:

- Construire un consensus des tutelles sur des critères d'évaluation universelsde base repérés dans les différentes méthodologies d'évaluation et dans les projets déployés et évalués (baisse du nb d'hospitalisation, baisse du nb de transports, qualité de vie, état de santé …)
- Prendre en compte des modèles internationaux et bénéficier de l'intelligence collective.
- Faire évoluer les instances d'évaluation des innovations en E-santé (ANSM, HAS,DSS, CNAMTS, CNEDIMTS ….) en créant un comité ad hoc qui évalue les projets sur ces critères incluant incluant la technologie et les services, y compris en établissant des cadres spécifiques d'autorisation temporaire et de tarification innovante (risk sharing, réévaluation des prix dans le temps, …)

3 – POSITIONNER L'INNOVATION AU CŒUR DES ORGANISATIONS DE SANTE

Les bouleversements apportés par le numérique dans le système de santé nécessite l'émergence d'une réelle culture de l'innovation partagée – organisationnelle, technologique, managériale – entre tous les acteurs.

- Permettre la diffusion et les échanges dans les écosystèmes santé (living labs, méthodologies d'innovation et de co construction…)
- Identifier des directions de l'innovation et des compétences dédiées dans les différentes structures publiques et privées.
- Former les cadres dirigeants de la santé médicaux et administratifs aux démarches d'innovations
- Création d'un Institut Hopsitalo Universitaire dédié à la E-santé et spécifiquement aux données de santé pour développer les programmes de recherche, d'enseignement et la création d'entreprises tout en facilitant les tests et usages dans un même écosystème doté de compétences et de moyens à vocation d'excellence

En conclusion, afin de répondre aux enjeux structurels qui sont devant lui, notre système de santédoit évoluer. Le numérique est le levier indispensable à cette transformation. Mais pour que ces organisations puissent se mettre en place, que les effets attendus arrivent et que le marché de la eSanté se pérennise un certain nombre de pré requis sont nécessaires.

- Passer à un système de forfait et/ou de capitation, associé à des incentives à la qualité et à la performance, par personne et par territoire afin de favoriser l'émergence d'un parcours patient intégré.
- Privilégier un mode de rémunération des professionnels de santé mixte (actes, forfait, intégrant des éléments d'incentive à la qualité et à la performance …), afin d'inciter à la prévention.
- Développer un esprit « data oriented » avec tous les acteurs de la prise en charge.
- Equilibrer les responsabilités entre le national et le régional pour bénéficier d'une gouvernance forte tout en favorisant les initiatives régionales.
- Favoriser une collaboration public/privé plus étroite.

Sans cela et l'absence d'intégration entre les services de santé et les usages du numérique risquerait de favoriser une médecine – voire une santé à deux vitesses :

- Une partie de la population ayant accès aux acteurs de la prévention, ayant accès à la « bonne santé »,

- Une autre, ne gérant que l'aigu et une partie du chronique, n'ayant pas accès à la bonne santé.

En outre, La révolution numérique et technologique dans le système de santé exigera une capacité à :

- Aligner les objectifs et les enjeux de santé et des industriels
- Apprendre à gérer des modes services fondés sur les objectifs

  (Éventuellementco-construits) et non pas sur les moyens.
- Libérer les initiatives des territoires pour favoriser les innovations, les évaluer et les développer en profitant de la taille critique des nouvelles régions.
- Se donner les moyens de mettre en place des observatoires des organisations et projets innovants – sans doute à l'échelle des territoires - pour permettre leur réplication au niveau interrégional.

Ces recommandations ont pour objectif d'apporter des éclairages nouveaux et d'alimenter les politiques et mesures qui seront mises en place par les différentes lois qui jalonnent l'année 2016 (loi de santé publique, loi notre, loi numérique, loi Noé, loi Adaptation du vieillissement …). Les acteurs du Syntec Numérique et du Snitem sont prêts à porter et construire avec les acteurs publics les plans d'actions sur les points susceptibles d'être partagés et opérationnels.

Annexes – Fiches de cas détaillées

Allemagne, projet Cordiva

1. Eléments de contexte

Principes d'organisation du système de santé allemand

Indicateurs généraux (OCDE, PNUD, 2013)
Population : 81 millions d'habitants
PIB par habitant : 43 447 USD PPA
IDH : 0,911 (6ème position mondiale)

Tableau 1 : Indicateurs généraux

Le système de santé allemand est fondé sur les principes d'une assurance professionnelle dans le cadre de l'entreprise et de la prévoyance sociale.[7] Il repose sur un régime d'assurance principal obligatoire financé par les cotisations patronales et salariales. Ce régime concerne aujourd'hui 90% de la population. Les 10% restant (revenus supérieurs à 4 125€ par mois ou fonctionnaires) sont couverts par des assurances privées qui peuvent se substituer à l'assurance santé obligatoire, ou bien la compléter.[8]

Le taux de prélèvement obligatoire est calculé sur la base des revenus, réparti entre les salariés (8,2%) et les employeurs (7,3%). Les cotisations salariales et patronales ont récemment été déconnectées afin d'éviter de peser trop lourdement sur les entreprises.[9]

Il existe une très grande diversité de caisses d'assurance maladie publiques en Allemagne. Plusieurs réformes ont d'ailleurs visé à accroître la concurrence entre les caisses afin d'en réduire le nombre : de 1 223 caisses en 1992, on est passé à 153 en août 2011.[10] Les représentants des salariés et ceux des employeurs siègent au sein de ces caisses.

[7] La Documentation française, dossier « Réformes de l'assurance maladie en Europe », 2007.
[8] Tanja Bratan, Kathrin Engelhard, Victoria Ruiz, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country study : Germany, 2013
[9] Tanja Bratan, Kathrin Engelhard, Victoria Ruiz, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country study : Germany, 2013
[10] Tanja Bratan, Kathrin Engelhard, Victoria Ruiz, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country study : Germany, 2013

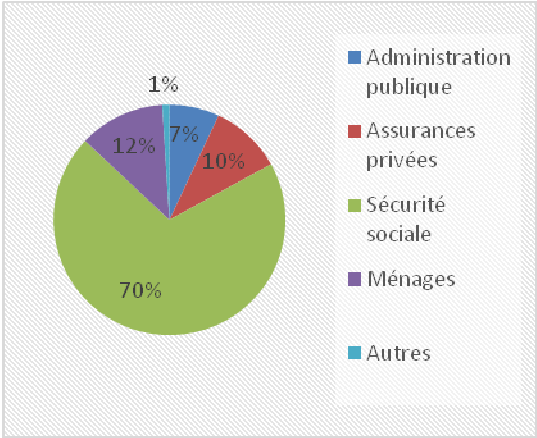
L'offre de soins se divise globalement entre la médecine ambulatoire d'une part, et les hôpitaux et institutions spécialisées dans la prévention et la rééducation d'autre part. La médecine ambulatoire est prise en charge par des médecins libéraux qui exercent en cabinet, tandis que les praticiens hospitaliers sont salariés. L'offre de soins hospitalière est répartie entre hôpitaux publics (31,9% en 2008), hôpitaux privés à but non-lucratif (37,5% en 2008) et hôpitaux privés à but lucratif (30,6% en 2008). Toutefois, les contraintes économiques fortes ont contraint plus de la moitié des hôpitaux publics (57,7%) à passer sous régime de droit privé.[11]

La compétence en matière de santé est partagée entre l'Etat fédéral et les Länders. Un accord entre le Bundestag et le Bundesrat est donc nécessaire pour l'adoption d'un texte de loi.

Repères économiques sur le système de santé allemand

Les dépenses de santé sont passées de 158,6 milliards d'euros en 1992 à 278,3 milliards d'euros en 2009, soit une augmentation de 76%. Celle-ci s'explique par le vieillissement de la population (cf. 1.3.), mais aussi par les évolutions dans la nature de l'emploi, sur lequel repose le système de cotisation.[12] Le principal financeur du système de santé est la sécurité sociale (70%).[13]

Financement des dépensesde santé



L'Allemagne figure parmi les 3 pays de l'Union européenne qui connaissent les plus importantes dépenses de santé par habitant[14], et ce malgré les réformes engagées. Le coût par habitant est passé de 1 217€ en 1996 à 2 100€ en 2008 (il devrait doubler d'ici 2050). L'augmentation a été particulièrement significative pour les personnes âgées : 1 360€ par personne de moins de 15 ans, 3 010€ par personne âgée de 45 à 64 ans et 14 840 € par personne de plus de 85 ans.[15]

En revanche, la part des dépenses de santé dans le PIB reste relativement stable depuis 2006.[16]

[11] Tanja Bratan, Kathrin Engelhard, Victoria Ruiz, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country study : Germany, 2013
[12] Tanja Bratan, Kathrin Engelhard, Victoria Ruiz, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country study : Germany, 2013, pp.20-21
[13] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.
[14] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.
[15] Tanja Bratan, Kathrin Engelhard, Victoria Ruiz, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country study : Germany, 2013
[16] Tanja Bratan, Kathrin Engelhard, Victoria Ruiz, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country study : Germany, 2013

Tableau 2 : Structures de dépenses de santé

Indicateurs[17]	Allemagne	Moyenne OCDE
Dépenses de santé par habitant en USD PPA (2011)	4 495	3 322
Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitant entre 2009 et 2011 (%)	+2,1	+0,2
Dépenses de santé en % du PIB (2011)	11,3	9,3
Part des soins en milieu hospitalier dans les dépenses de santé (%)	29	29

La rémunération de l'offre de soins dans le secteur primaire est une rémunération à l'acte.[18] Dans le secteur hospitalier, les médecins sont salariés. Le paiement se fait à l'acte mais plafonné dans un schéma global de capitation : les caisses d'assurance maladie versent aux unions régionales de médecins des enveloppes financières selon le principe de la capitation (en fonction du nombre de patients traités). La répartition entre médecins est ensuite fonction du nombre de consultations, mais ce paiement est plafonné et la valeur de la consultation peut varier (selon le nombre de consultations globales).[19]

Données démographiques, densités médicale et infirmière en Allemagne

La population allemande est caractérisée par le vieillissement et un taux de natalité en baisse. Les prévisions à 2030 sont les suivantes[20] :

- Une réduction de la population de 5 millions de personnes
- Une baisse de 17% de la population âgée de moins de 20 ans
- Une baisse de 15% de la population active
- Une augmentation de 33% de la population âgée de plus de 65 ans.

Tableau 3 : Etat de santé

Indicateurs [21]	Allemagne	Moyenne OCDE
Espérance de vie à la naissance (2011)	80,8 ans	80,1 ans
Part de la population de plus de 65 ans (%) (2010)	21	15

[17] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.
[18] Tanja Bratan, Kathrin Engelhard, Victoria Ruiz, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country study : Germany, 2013
[19] « Mode de rémunération des médecins », Trésor-éco n°42, septembre 2008, DGTPE
[20] Tanja Bratan, Kathrin Engelhard, Victoria Ruiz, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country study : Germany, 2013
[21] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.

Si les densités médicales et infirmières sont plus élevées que la moyenne de l'OCDE, la part des médecins bientôt en âge de partir à la retraite est également bien plus importante.

Tableau 4 : Démographie médicale

Indicateurs[22]	Allemagne	Moyenne OCDE
Nombre de médecins (pour 1 000 habitants)	3,8	3,2
Part médecins âgés de 55 ans et + (%)	40	32
Personnel infirmier en exercice (pour 1 000 habitants)	11,4	8,8
Nombre de lits d'hôpital (pour 1 000 habitants)	8	5

E-santé

Le partage des compétences entre Etat fédéral et Länders engendre des difficultés de coordination et freine le développement de la e-santé. C'est à ce problème que s'est heurté le développement de la carte d'assurance électronique et le dossier médical électronique.[23] A titre d'exemple, les dossiers patients électroniques existent, mais ne sont pas interopérables au niveau fédéral.[24]

Tableau 5 : Maturité numérique

Taux d'équipement des ménages (OCDE)[25]	Allemagne	Moyenne OCDE
Taux d'accès à internet (% ménages) (2012)	85,5	ND
Informatique à domicile (% ménages) (2012)	87,1	ND
Abonnements haut débit mobile (%habitants) (2013)	45,1	72,4
Abonnements haut débit fixe (%habitants) (2013)	34,8	27,0

Tableau 6 : Etat du déploiement de la e-santé

Indicateurs	Allemagne	Moyenne Europe

[22] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.
[23] Tanja Bratan, Kathrin Engelhard, Victoria Ruiz, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country study : Germany, 2013
[24] ASIP santé, « L'Allemagne ou le difficile déploiement de la e-santé à grande échelle », Le Mag n°7, 12 avril 2013, http://esante.gouv.fr/le-mag-numero-7/l-allemagne-ou-le-difficile-deploiement-de-la-e-sante-a-grande-echelle [consulté le 27/02/2015]
[25]Statistiques de l'OCDE : http://www.oecd.org/fr/statistiques/ Chemin pour chaque pays : Accueil de l'OCDE > Data > Indicateurs > Technologie de l'information et des communications (TIC)

Pourcentage d'hôpitaux ayant adopté les dossiers patients informatisés et stades EMRAM (2013)[26]	47,5% au stade 0 33,5% au stade 2	29,3% au stade 0 28,3% au stade 2
Indicateur composite du déploiement de la e-santé dans les hôpitaux (2012)[27]	0,398 (18ème position)	0,418 (UE 27+3)
Evolution 2012-2010 de l'indicateur composite du déploiement de la e-santé dans les hôpitaux[28]	0,043	0,028 (UE 27+3)
Indicateur composite de la disponibilité et de l'utilisation de la e-santé dans les hôpitaux (2012)[29]	0,273	0,295 (UE 27+3)
Indicateur composite d'adoption de la e-santé parmi les médecins généralistes (2012)[30]	1,781	1,876 (UE 27)

Exemples d'initiatives nationales et de projets autour de la e-santé[31] :

- **Développement d'une infrastructure nationale intégrée d'e-santé** : infrastructure télématique unifiée (Gematik), carte de santé électronique (eGK), dossier patient électronique, carte professionnels de la santé, portail de télémédecine, promotion des applications de télémédecine, travail sur l'interopérabilité des systèmes.
- **Programme « CorBene »** (télésurveillance médicale): contrats souscrits par 14 caisses d'assurance maladie. 10,8% des patients ont amélioré leur état de santé, mais 9,2% l'ont vu se dégrader.
- **Programme « Mein Herz »** dans le Schleswig-Holstein (télésurveillance médicale) qui a entrainé une réduction du nombre (-30%), de la durée (-44%) et du coût d'hospitalisations (-52%).

2. Modèle opérationnel

Présentation du projet et des acteurs concernés

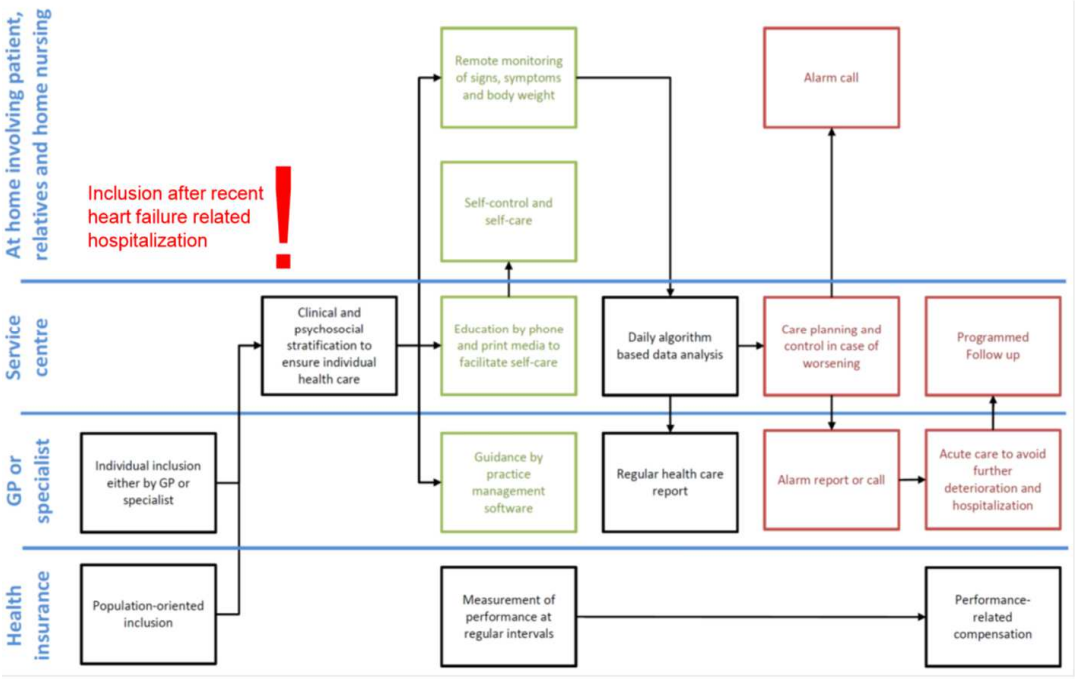
[26] EMRAM Scores, % of Hospitals, Q4/2013 (based on data from latest 24 months, no weighting etc. applied), HIMSS Analytics Europe
[27] JRC scientific and policy reports, European Hospital survey: benchmarking deployment of e-health services (2012-2013), Composite indicators on eHealth deployment and on availability and use of eHealth functionalities
[28] Ibid.
[29] Ibid.
[30] Values of the overall composite index of eHealth adoption, constructed by combining the main composite indicators (Electronic Health Records, Health Information Exchange, Telehealth and Personal Health Records adoption) and assigning them equal weights (25%). The composite index is also a continuous variable that represents adoption from "Not aware" (0) to "Use it routinely" (4). Source: Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners (2013), Digital Agenda for Europe, EXECUTIVE SUMMARY, A study prepared for the European Commission, DG Communications Networks. Content & Technology
[31] Télémédecine 2020, Modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques, Livre Blanc 2013, Syntec Numérique et Snitem

Cordiva est un programme de suivi personnalisé pour les patients insuffisants cardiaques initié en 2006 à la demande de deux caisses d'assurances maladies, l'AOK Bayern et l'AOK Berlin, dans le but de réduire les coûts liés à la réhospitalisation des patients insuffisants cardiaques. Il est aujourd'hui mis en place par 6 caisses régionales. Il assure la surveillance de la télémétrie et fait de l'éducation à la santé par téléphone.

Les patients sont inscrits dans le programme par leur médecin généraliste ou par leur cardiologue, ou bien par la caisse d'assurance, à la suite d'une hospitalisation liée à une insuffisance cardiaque. A leur retour à domicile, ils sont contactés par le centre d'accompagnement infirmier qui vérifie leurs coordonnées. Ils reçoivent ensuite le matériel (pèse-personne et box communicante) qui est installé au domicile par une infirmière. Le patient doit se peser et répondre aux questions de la box quotidiennement. Les données sont transmises en temps réel au centre d'accompagnement. Ce suivi de la télémétrie se couple d'une éducation à la santé par téléphone qui consiste en un appel de bienvenue à visée de diagnostic éducatif, en plusieurs appels de suivi permettant de définir des micro-objectifs éducatifs (toutes les 3 semaines), et en une évaluation de l'évolution de l'état de santé à 6 mois. Le centre d'accompagnement transmet régulièrement (tous les 2 mois) aux médecins référents des rapports sur l'évolution de l'état de santé de leurs patients.

En cas de dégradation constatée de la santé du patient, le centre infirmier contacte le patient et vérifie les données avec lui. Si la situation d'aggravation est confirmée, l'infirmière alerte le médecin référent. Le patient est alors pris en charge dans le cadre d'une consultation classique.

Workflow



Principes de gouvernance et organisation

Cette offre entièrement intégrée est assurée par GPH (Gesellschaft für Patientenhilfe), qui est la filiale d'Alere en Allemagne, pour le compte des différentes caisses d'assurance maladie régionales.

Infrastructures, services et technologies mobilisées

GPH mobilise des appareils connectés (pèse-personnes et box communicante) et un centre d'appel infirmier commun aux 6 régions.

3. Modèle économique

Eléments de cadre juridique

Les contrats ont été négociés avec entre GPH et chaque AOK indépendamment.

Financement initial du programme (phase investissements)

GPH a investi dans les dispositifs médicaux mis à disposition des patients, et dans la constitution du centre infirmier.

Financement du projet en routine (phase fonctionnement)

GPH est rémunéré au forfait mensuel par chaque AOK indépendamment. En moyenne à l'échelle nationale, il touche 100€/patient/mois pour l'ensemble de son offre de service (matériel, centre d'appel, etc.). Toutefois, cela peut varier d'une caisse à l'autre en fonction du volume de patients pris en charge notamment. De plus, certains contrats prévoient, en plus du forfait, une prime à la performance.

En cas d'alerte, le médecin est rémunéré de manière classique pour sa consultation.

Synthèse des modèles opérationnel et économique

Acteurs clés	Activités clés	Proposition de valeur	Relation patient	Segments de clients
Organisme payeur • Caisses d'assurance maladie	• Inclusion de patients souffrant d'ICC par le médecin de famille ou le cardiologue, ou par la caisse d'assurance maladie • Installation du matériel à domicile par GPH • Protocole de télésuivi :	**Patient** • Centre téléphonique infirmier • Qualité de vie • Education à la santé par téléphone **Offre de soins** • Réduction des séjours hospitaliers • Amélioration de	• Télétransmission des données • Contact téléphonique	Patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

	télétransmission des données médicales par le patient, suivi téléphonique et traitement ambulatoire. **Ressourcesclés** • Centre infirmier de GPH • Dispositifs médicaux connectés	l'état de santé et de la qualité de vie du patient • Réduction des coûts liés aux hospitalisations.	**Canaux** • Internet • Téléphonie	
Financement initial du programme		**Modèle économique du programme**		
• Dispositifs médicaux • Centre d'accompagnement infirmier		**Organisme payeur** Les caisses régionales prennent en charge le télésuivi des patients.	**Offre de soins** Rémunération classique pour les éventuelles consultations (suite aux alertes).	**Fournisseur technologique** Rémunération au forfait pour l'ensemble du service (matériel, suivi téléphonique) par la caisse d'assurance maladie. Dans certaines régions, une prime à la performance s'ajoute au forfait.

4. Bilan analytique

<u>Résultats obtenus/résultats attendus</u>

En 2015, le programme Cordiva assure le suivi quotidien de 16 000 patients insuffisants cardiaques.

Depuis 2009, le programme a été évalué tous les trimestres par les caisses d'assurance.

Les résultats militent largement en faveur du télésuivi des patients au domicile, aussi bien en termes d'efficience économique que de qualité de vie.

En termes d'efficience économique, Cordiva a permis :

- une réduction du nombre d'hospitalisations annuelles pour cause cardio-vasculaire de 44% entre l'année 0 et l'année 2.
- une réduction du taux d'hospitalisation (toutes causes) de 28,3% la 1ère année et de 44,1% la 2e année. Sur la même période, le taux d'hospitalisation (toutes causes) au sein du groupe témoin a crû de 16,0% la 1ère année et de 16,4% la 2e.
- une réduction du coût de santé annuel total de 21,4% la 1ère année et de 17,8% la 2e année. Sur la même période, les coûts de santé annuels totaux ont augmenté de 13,0% la 1ère année et de 30,0% la 2e.

Cette baisse des coûts est en partie compensée par une augmentation des dépenses liées aux médicaments et aux consultations, liées à une meilleure observance thérapeutique par les patients. Toutefois, au global, les dépenses de santé sont réduites.

En termes de qualité de vie :

- la qualité de vie globale des patients suivis dans le cadre du programme Cordiva a augmenté de 32%, d'après le score de qualité de vie « Minnesota ».
- les patients suivis ont également amélioré leur qualité de vie de 28% au regard de leur activité physique.
- le taux de mortalité du groupe Cordiva est nettement inférieur à celui du groupe témoin : en moyenne, la mortalité au sein du groupe Cordiva est de 4.4% par trimestres, contre 8,1% dans le groupe témoin.

Type et méthodologie d'évaluation

L'évaluation médico-économique du programme repose sur la méthode des échantillons témoins, c'est-à-dire sur la comparaison (sur la base de critères préétablis) d'une cohorte de patients suivis par Cordiva (échantillon test) avec une cohorte non-suivie (échantillon témoin). Les données du groupe Cordiva proviennent des rapports réguliers effectués par le centre d'accompagnement sur l'évolution de l'état de santé des patients. C'est sur la base de ces résultats qu'est calculée la prime à la performance.

Une première évaluation a été menée entre 2006 et 2008. Le groupe Cordiva était composé de 184 patients affiliés à l'AOK Berlin-Brandenburg et suivis depuis au moins 1 an dans le cadre du programme. La moyenne d'âge était de 72,9 ans et la durée moyenne de suivi au moment de l'évaluation de 19,9 mois. Le groupe témoin était composé de 8 998 patients non-suivis par Cordiva, qui ont été hospitalisés au moins une fois. Ils ont été sélectionnés de façon à avoir la même répartition que le groupe Cordiva en termes d'âge, de sexe, de stade NYHA de l'insuffisance cardiaque et de besoins en soins infirmiers.

Mobilisation et engagement des parties prenantes tout au long du projet

Le suivi Cordiva permet aux patients de se sentir plus en sécurité, et de s'impliquer plus dans le suivi de leur santé (empowerment), ce qui favorise l'adhérence et la compliance.

Facteurs clés de performance et principaux freins identifiés

Alere identifie 4 facteurs clés de succès :

- Des financements adaptés : il est nécessaire d'avoir un modèle économique bien défini, y compris lorsqu'il s'agit de financer de la recherche. En outre, la recherche doit prévoir la phase de mise en œuvre.
- La mise en œuvre doit prendre en compte les attentes et les besoins des patients, ainsi que les infrastructures technologiques existantes. Elle doit intégrer le plus possible le programme dans les processus déjà existants, et aider les parties prenantes à s'adapter aux nouveaux processus.
- Des méthodes de contrôle et d'évaluation adaptées. En effet, la mise en place d'un service de e-santé se fait selon un processus d'itération. L'évaluation doit donc être en continu, favoriser le retour d'expérience et la définition de nouvelles orientations.
- Un environnement favorable : la mobilité croissante des citoyens ne favorisent pas la mise en place de programmes de management des maladies chroniques, qui se font sur le long terme. Il est donc essentiel de sensibiliser les citoyens ainsi que les

organismes payeurs à l'intérêt de ces programmes, dont les résultats ne sont pas nécessairement visibles à court ou moyen terme.

Espagne, modèle Alzira

1. Eléments de contexte

Principes d'organisation du système de santé espagnol

Indicateurs généraux (OCDE, PNUD, 2013)
Population : 47 millions d'habitants
PIB par habitant : 32 965 USD PPA
IDH : 0,869 (27ème position mondiale)

Tableau 7 : Indicateurs généraux

Le système de santé public espagnol assure aux citoyens une couverture universelle et la gratuité des soins, à l'exception des médicaments, sans avance des frais. Il existe également un système d'assurance santé privé, qui permet essentiellement de pouvoir choisir son établissement et de réduire le délai d'attente pour voir un spécialiste.

En 2002, la compétence en matière de santé a été transférée aux communautés autonomes. Il existe donc 19 ministères ou départements régionaux de santé qui ont pleine compétence sur leur territoire de juridiction en matière d'organisation et de gestion de l'offre de soins. Ils remplissent les fonctions d'assureur, d'acheteur et d'offreur de soins. Ils sont autonomes dans l'élaboration du budget de santé, dans les limites définies au niveau national, et ont la possibilité de lever un impôt direct supplémentaire pour financer les dépenses de santé. S'ils sont tenus de respecter les avantages sociaux minimum définis au niveau national, ils ont néanmoins la possibilité de les étendre.

L'organisation la plus répandue des systèmes de santé régionaux est la suivante : un ministère régional qui élabore la règlementation et la planification stratégique, et un service régional sanitaire qui assure la planification opérationnelle, le management et la coordination de l'offre de soins.[32]

Chaque région définit sa carte sanitaire selon deux types d'entités administratives :

- les **aires médicales** : il s'agit d'un découpage fonctionnel regroupant plusieurs centres de santé (soins primaires), au moins un hôpital et des centres de soins spécialisés. Ces aires médicales doivent regrouper entre 200 000 et 250 000 habitants. Elles sont généralement gouvernées par deux structures distinctes, l'une en charge des soins primaires, et l'autre en charge des soins spécialisés.

[32] Maria Lluch, Francisco Lupiañez Villanueva, JRC Scientific and Policy Report, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Contry Study : Spain, 2013

- les **zones basiques de santé** : il s'agit de la plus petite entité territoriale dans l'organisation des soins. Elles sont définies en fonction de la densité de la population et des structures de soins présentes sur le territoire : à chaque zone correspond un centre de santé.

Chaque assuré se voit attribuer, en fonction de son lieu de résidence, un centre de santé et un médecin généraliste. C'est le médecin généraliste qui oriente, si besoin, les patients vers les spécialistes.

Catalogne, Madrid ou encore Valence font néanmoins figure d'exception : ces régions ont mis en place un cadre réglementaire qui sépare les fonctions d'acheteurs et d'offreurs de soins de santé, en introduisant un réseau d'opérateurs intermédiaires. Les autorités peuvent ainsi passer des contrats avec des structures de santé privées.[33] En Catalogne, par exemple, le Département de santé est en charge du financement, du suivi et du contrôle des services de santé, le service régional sanitaire est l'acheteur, et l'offre de soins est fournie par des structures publiques ou privées à but non lucratif.

A l'échelle nationale, le Ministère de la Santé assure certaines responsabilités d'ordre stratégique. Il veille notamment à la cohésion d'ensemble à l'échelle nationale à travers le Comité interterritorial du système national de santé, à la définition des lignes directrices de la santé, au respect des avantages sociaux garantis par le système de santé public. Il assure par ailleurs les questions de santé internationales, la politique du médicament et la formation des professionnels de santé. [34]

Repères économiques sur le système de santé espagnol

Comme pour l'ensemble des pays de l'OCDE, le vieillissement de la population espagnole a entrainé une augmentation significative des dépenses de santé entre 2000 et 2009 (+4,1% en moyenne par an). Le montant de ces dépenses par assuré a presque doublé entre 1999 et 2008, passant de 721€ à 1 381€ en moyenne à l'échelle nationale. L'augmentation a été plus ou moins prononcée en fonction des régions. Dans le contexte de récession économique entre 2009 et 2011, les dépenses de santé sont reparties à la baisse (-0,5% en moyenne par an).[35]

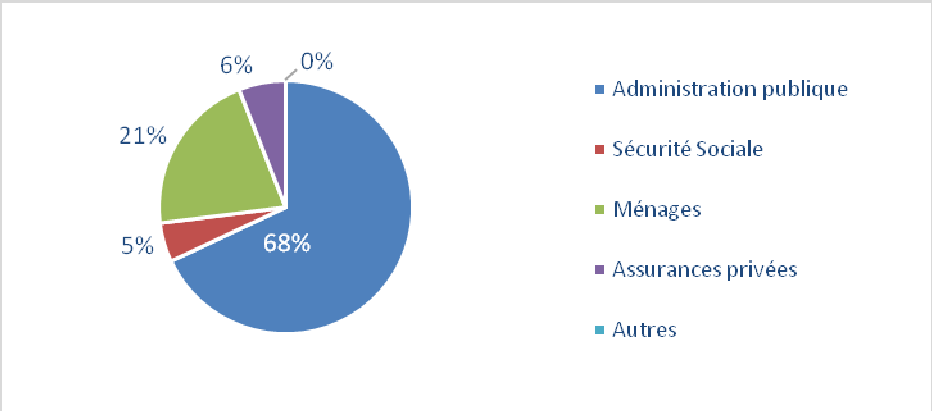
Tableau 8 : Structures des dépenses de santé

Structure des dépenses de santé	Espagne	Moyenne OCDE
Dépenses de santé par habitant en USD PPA (2011)	3 072	3 322
Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitant entre 2009 et 2011 (%)	-0,5	0,2
Dépenses de santé en % du PIB (2011)	9,3	9,3
Part des soins en milieu hospitalier dans les dépenses de santé (%) (2011)	26	29

[33] Maria Lluch, Francisco Lupiañez Villanueva, JRC Scientific and Policy Report, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Contry Study : Spain, 2013
[34] Maria Lluch, Francisco Lupiañez Villanueva, JRC Scientific and Policy Report, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Contry Study : Spain, 2013
[35] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE. http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf

Le système de santé est presque exclusivement financé par l'impôt (à 68%). L'Etat collecte l'impôt et reverse une part à chaque région autonome, notamment en fonction de la taille de sa population.

Financement des dépenses de santé



Les professionnels de santé du système de santé public sont salariés, et une grande majorité d'entre eux a un statut de fonctionnaire. Chaque médecin généraliste se voit assigner en moyenne 1 380 patients. De manière générale, et à l'exception de quelques variations entre régions, leur salaire est au deux-tiers fixe. La part restante est composée de paiements au forfait en fonction du type de patients suivis ; du paiement de leurs tours de garde supplémentaires le cas échéant ; de leur niveau d'expérience et de leur ancienneté. Depuis peu, une partie du salaire est également indexée sur des indicateurs de performance, notamment concernant le suivi des maladies chroniques.[36]

Le salaire des médecins hospitaliers et spécialistes est régulé par le gouvernement national. Les régions ont néanmoins la possibilité d'influer sur une partie du salaire. De nouveaux mécanismes de paiement sont actuellement testés dans les hôpitaux, tels que le système de Groupe Homogène de Malades (GHM).[37]

Données démographiques, densité médicale et infirmière en Espagne

L'espérance de vie en Espagne est l'une des plus élevées de la zone Europe (telle que définie par l'OMS). Une différence notable persiste néanmoins entre les hommes et les femmes (77,8 ans pour les hommes contre 884,3 pour les femmes en 2007), même si l'écart se réduit. En janvier 2011, 17% de la population était âgée de plus de 65 ans. Le ratio de dépendance démographique a baissé significativement entre 1991 et 2002, passant de 53,3 à 48,2, puis s'est stabilisé jusqu'en 2009. Toutefois, le Bureau National des Statistiques espagnol prévoit une forte baisse de la population âgée de 25 à 65 ans, qui passerait de près de 46% de la population totale en 2005 à 35% en 2050. De plus, la population des plus de 65 ans serait amenée à doubler sur la même période. [38]

[36] Sandra García-Armesto María Begoña Abadía-Taira Antonio Durán Cristina Hernández-Quevedo Enrique Bernal-Delgado, Spain: Health system review, Health system in transition, vol. 12, N°4 2010, European Observatory on Health Systems and Policies.
[37] Ibid.
[38] Maria Lluch, Francisco Lupiañez Villanueva, JRC Scientific and Policy Report, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Contry Study : Spain, 2013

Tableau 9 : Etat de santé

Indicateur	Espagne	Moyenne OCDE
Espérance de vie à la naissance (2011)	82,4 ans	80,1 ans
Part de la population de plus de 65 ans (%) (2010)[39]	17	15

Tableau 10 : Démographie médicale

Indicateur (2011)	Espagne	Moyenne OCDE
Nombre de médecins pour 1000 habitants	3,8	3,2
Part médecins âgés de 55 ans et + (%)	23	32
Personnel infirmier en exercice (pour 1000 habitants)	5,5	8,8
Nombre de lits d'hôpital (pour 1000 habitants)	3	5

La densité médicale est supérieure à la moyenne de l'OCDE (3,8 médecins pour mille habitants contre 3,2 pour l'OCDE). Elle a néanmoins connu une baisse non négligeable, puisqu'en 1999, on dénombrait 4,3 médecins pour 1 000 habitants.[40]

Marché de la e-santé en Espagne

Les dépenses en matière de e-santé représentent environ 1% des dépenses totales de santé en Espagne[41]. Entre 2006 et 2009, le Ministère du Commerce et du Tourisme a financé à hauteur de 141 millions d'euros un programme destiné à promouvoir l'économie digitale dans tous les secteurs, y compris celui de la santé. Il fut complété par un financement additionnel de 4,9 millions d'euros - en provenance du Ministère de la Santé et des Affaires sociales - spécifiquement dédié aux infrastructures technologiques et au développement du dossier médical électronique, entre autres.[42]

Dans la mesure où le financement et l'organisation de l'offre de soins sont gérés à l'échelle régionale, il existe d'importants problèmes d'interopérabilité entre les régions.[43]

Exemples d'initiatives nationales et de projets autour de la e-santé :

- Ordonnances électroniques bien implantées en Espagne, plus particulièrement en Andalousie avec le projet « Receta XXI ». En revanche, il existe un problème d'harmonisation entre les régions.

[39] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE. http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf
[40] Régionalisation : l'expérience de la Catalogne. Rubriques internationales, adsp n°37 décembre 2001
[41] Maria Lluch, Francisco Lupiañez Villanueva, JRC Scientific and Policy Report, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Contry Study : Spain, 2013
[42] Maria Lluch, Francisco Lupiañez Villanueva, JRC Scientific and Policy Report, Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Contry Study : Spain, 2013
[43] Ibid.

- Priorités établies par le Conseil Interterritorial du Système de Santé National: dossier de santé électronique, développement et installation de dossiers informatisés (HCDSNS: Historia Clinica Digital del Ser vicio Nacional de Salud), extension et disponibilité des ordonnances électroniques (interopérabilité).

- Encouragement des projets de télémédecine: télédermatologie en Andalousie et dans les Baléares, téléconsultations pour chirurgies ORL et maxillo-faciales à Séville, vidéoconférence pour le soin de patients atteints de problèmes rénaux à Cordoue, plateforme Eminnens (échanges entre patients diabétiques et médecins hospitaliers).

Tableau 11 : Maturité numérique

Taux d'équipement des ménages [44]	Espagne	Moyenne OCDE
Taux d'accès à internet (% ménages) (2012)	67,9	ND
Informatique à domicile (% ménages) (2012)	73,91	ND
Abonnements haut débit mobile (% habitants) (2013)	68,5	72,4
Abonnements haut débit fixe (% habitants) (2013)	26,31	26,97

Tableau 12 : Etat du déploiement de la e-santé

Indicateur	Espagne	Moyenne Europe
Taux d'adoption des dossiers médicaux électroniques dans les hôpitaux et niveau d'adoption EMRAM (2013)[45]	20,8% au stade 2 38,4% au stade 5	29,3% au stade 0 28,3% au stade 2
Indicateur composite du déploiement de la e-santé dans les hôpitaux (2012)[46]	0,513 (13ème position)	0,418 (UE 27+3)
Evolution 2012-2010 de l'indicateur composite du déploiement de la e-santé dans les hôpitaux[47]	-0,014	0,028 (UE 27+3)
Indicateur composite de la disponibilité et de l'utilisation de la e-santé dans les hôpitaux (2012)[48]	0,459	0,295 (UE 27+3)
Indicateur composite d'adoption de la e-santé parmi les médecins généralistes[49]	2,167	1,876 (UE 27)

[44]Statistiques de l'OCDE : http://www.oecd.org/fr/statistiques/ Chemin pour chaque pays : Accueil de l'OCDE > Data > Indicateurs > Technologie de l'information et des communications (TIC)
[45] EMRAM Scores, % of Hospitals, Q4/2013 (based on data from latest 24 months, no weighting etc. applied), HIMSS Analytics Europe
[46] JRC scientific and policy reports, European Hospital survey: benchmarking deployment of e-health services (2012-2013), Composite indicators on eHealth deployment and on availability and use of eHealth functionalities
[47] Ibid.
[48] Ibid.

2. Modèle opérationnel

Présentation du projet et des acteurs concernés

Jusqu'en 1999, le « Ribera department » (territoire 11 de la région de Valence) ne dispose pas d'hôpital. Les 245 000 habitants doivent alors faire plus de 40 km pour accéder à un service hospitalier. Afin de faire face à cette situation tout en tenant compte des difficultés financières de la région, le gouvernement régional décide de se tourner vers des capitaux privés. Il lance donc un appel d'offre pour une concession de service public couvrant la construction de l'hôpital, sa gestion et l'ensemble de l'offre hospitalière de santé.

La compagnie privée qui remporte l'appel d'offres est l'« Union temporal de Empresas » (UTE). Il s'agit d'un consortium, dont les actionnaires sont des assureurs (51%), des entreprises de BTP (Dragados et Lubasa pour 4% et 2% respectivement) et des banques d'épargnes (Bancaja et CAM pour 45%). UTE gère désormais plusieurs établissements dans la région de Valence et de Madrid.

A partir de 2003, la concession de service public est entendue à l'ensemble de l'offre de soins, primaire et secondaire. Dans ce second modèle, le consortium n'est plus seulement gestionnaire de service, mais il gère l'ensemble de la santé de la population, y compris la prévention et la rééducation. On passe donc d'un système de santé hospitalo-centré à un système focalisé sur la prévention et la promotion de la santé. Cela a impliqué un changement culturel important de la part des politiciens et des acteurs de santé.

L'hôpital construit par UTE compte 301 lits, dont 254 chambres simples avec un lit pour accompagnant, équipées d'une salle de bain, d'un téléphone et d'une télévision, de 27 lits en unité de soins intensifs, de 10 lits en unité de psychiatrie et de 10 lits en unité de néonatalogie. La chirurgie en ambulatoire y est favorisée, grâce à des créneaux horaire étendus (8h-21h). La médecine de ville est composée de 40 centres de soins primaires, dont un entièrement construit et équipé par UTE pour un montant de 6 millions d'euros. Plusieurs centres ont été rénovés et équipés pour recevoir des urgences.

Principe de gouvernance et organisation

Il s'agit d'un partenariat public-privé, avec une concession de service public de 15 ans, pouvant être étendue à 20 ans, soumise à un contrôle par le gouvernement régional de Valence. Des objectifs annuels sont fixés en amont et en concertation avec UTE, concernant la qualité et la sécurité des soins (temps d'attente aux urgences, taux de vaccination, etc.), l'expérience des patients (satisfaction, implication dans les soins, nombre de plaintes, etc.) et la satisfaction des professionnels de santé (absentéisme, enquêtes de satisfaction). Si ces objectifs ne sont pas atteints, des pénalités financières peuvent être appliquées.

[49] Values of the overall composite index of eHealth adoption, constructed by combining the main composite indicators (Electronic Health Records, Health Information Exchange, Telehealth and Persanal Health Records adoption) and assigning them equal weights (25%). The composite index is also a continuous variable that represents adoption from "Not aware" (0) to "Use it routinely" (4). Source: Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners (2013), Digital Agenda for Europe, EXECUTIVE SUMMARY, A study prepared for the European Commission, DG Communications Networks. Content & Technology

Les médecins hospitaliers et la moitié des médecins généralistes qui travaillent pour Alzira ont renoncé à leur statut de fonctionnaires pour être employés directement par UTE, pour une durée indéterminée dans 85% des cas. Ils exercent dans le cadre d'une direction médicale organisée par des coordinateurs cliniques qui gèrent les activités ambulatoires et hospitalières, les gardes, les vacances et les listes opératoires. Le directeur de l'hôpital et les coordinateurs représentent les intérêts du médecin au conseil d'administration de l'hôpital.

A partir de 2003, afin de faciliter l'intégration ville-hôpital, plusieurs politiques ont été mises en place, parmi lesquelles :

- Un « medical link » (médecin consultant) est attaché à chaque centre de soins. Il définit les lignes directrices cliniques avec le généraliste et s'assure de limiter le nombre d'envois inappropriés à l'hôpital.
- Les centres de soins primaires sont équipés de rayons X, de département d'urgence, et des spécialistes de clinique ambulatoire y exercent dans le but de rapprocher les services des patients.
- Un système d'information intégré, avec un réseau unique, dans lequel les médecins et infirmiers entrent directement les données des patients, pour limiter le risque d'erreur, les malentendus ou redondances. Pour cela, 700 postes sont mis à disposition. Le dossier patient inclut le dossier infirmier, les notes médicales, les résultats de laboratoires, d'imagerie, etc. Depuis 2003, il intègre progressivement les soins primaires.

Initialement, les habitants de Ribera avaient la liberté de choisir leurs médecins (généraliste et spécialistes) et n'étaient pas obligés de passer par le médecin généraliste pour consulter un spécialiste. Cela a permis d'obtenir l'adhésion et la confiance des patients. Après 7 ans de fonctionnement, le rôle du médecin « gatekeeper » a été réintroduit, sans conséquences pour l'activité. Les habitants ont toujours la possibilité de se faire soigner dans un hôpital voisin s'ils le souhaitent. Dans ce cas, le consortium doit néanmoins payer le coût d'un DRG (Diagnosis Related Group) à l'établissement d'accueil. Il est donc fortement incité à s'assurer de la satisfaction des patients. A l'inverse, si l'hôpital de Ribera s'avère être attractif pour des patients provenant d'autres territoires, il est payé à hauteur de 80% du montant de la prise en charge.

Infrastructures, services et technologies mobilisées

Les technologies de l'information et de la communication ont été essentielles dans la mise en place de ce modèle organisationnel. L'hôpital de la Ribera a été le premier d'Espagne à avoir un système informatique entièrement intégré qui inclut également les données financières et économiques.

Les médecins peuvent accéder au système informatique aussi bien depuis l'hôpital que depuis les cabinets de consultation. Les médecins traitants sont systématiquement informés lorsque l'un de leurs patients est admis aux urgences, hospitalisé ou sort de l'hôpital.

La technologie a aussi été utilisée pour améliorer la qualité et la rapidité des soins. Par exemple, des écrans disposés dans l'hôpital donnent en temps réel les temps d'attente. La téléexpertise et la téléconsultation sont également pratiquées.

Cette utilisation de la technologie créé un environnement riche en données, d'une grande intelligence médico-économique, permettant d'obtenir aisément des rapports en temps réel pour le suivi et l'analyse de l'activité.

3. Modèle économique

Eléments de cadre juridique

Dans le cadre de la construction de l'hôpital, le risque financier a été transféré de l'acteur public vers l'acteur privé. Toutes modifications dans la construction de l'hôpital sont à la charge de l'acteur privé.

En ce qui concerne les équipements médicaux ou non médicaux, l'acteur privé doit s'engager dans un plan d'investissement sur 5 ans, approuvé par l'autorité régionale.

A la fin de la concession, l'hôpital, les centres de soins primaires et les équipements appartiennent au gouvernement local. Un audit est réalisé en début et en fin de concession pour s'assurer qu'ils sont restitués au moins en aussi bon état qu'au début de la concession.

Financement initial du programme (phase investissements)

Le consortium privé a investi 61 millions d'euros sur la 1ère période (1999-2003) dans la construction de l'hôpital, l'achat d'équipements, etc. et prévoit 68 millions d'euros sur la 2nde période (2003-2018).

Financement du projet en routine (phase fonctionnement)

Le financement est public et se fait par capitation, c'est-à-dire que le consortium en charge de l'offre de soins reçoit du gouvernement local un montant correspondant à un montant annuel par habitant. Dans le premier modèle (hôpital seulement), le consortium touchait 240€/habitant/an, couplée d'une augmentation annuelle fondée sur l'index de la consommation. Dans le 2e modèle (soins primaires et secondaires) il touche 379€/habitant/an, puis 494€/habitant/an entre 2006 et 2008, puis 572€/habitant/an à compter de 2008. Cette augmentation a été indexée sur l'augmentation du budget de santé. Ce mode de financement permet de prévoir de manière assez précise les dépenses annuelles.

Les gains sont partagés entre le public et le consortium privé. Le consortium est autorisé à garder 7,5% de son chiffre d'affaires en profit. Au-delà, les gains doivent être retournés au gouvernement local. Le consortium a mis en place un plan annuel d'investissements et fait environ 1-2% de profit.

Les salaires des médecins ont une part fixe et une part variable. Pour les médecins hospitaliers : 80% de fixe et 20% de variable ; pour les médecins généralistes : 90% de fixe et 10% de variable.

La part fixe est négociée entre le board des directeurs médicaux et les syndicats. La part variable dépend du nombre de gardes et inclut un intéressement négocié avec le coordinateur médical et lié aux objectifs. Cet intéressement peut aller de 6 000 à 24 000 € par an.

Synthèse des modèles opérationnel et économique

Acteurs clés	Activités clés	Proposition de valeur	Relation patient	Segments de clients
Organisme payeur • Région de Valence **Fournisseur** • UTE	• Construction de l'hôpital de Ribera • Gestion de l'offre de soin primaire et secondaire	**Patient** • Hôpital équipé à proximité • Un dossier patient accessible par tous les acteurs du parcours de soin	• Fonctionnement classique soins primaires et secondaires • Pratique de la téléconsultation et téléexpertise	Toute la population de Ribera.

	Ressourcesclés	Offre de soins	Canaux	
	• Système d'information intégré	• Intégration des soins primaires et secondaires • Réduction des séjours hospitaliers	• Consultations classiques en face à face • Internet pour les téléconsultations	

Financement initial du programme	Modèle économique du programme		
Le consortium privé a investi 61 millions d'euros sur la 1ère période (1999-2003) dans la construction de l'hôpital, l'achat d'équipements, etc. et prévoit 68 millions d'euros sur la 2nde période (2003-2018).	**Organisme payeur** La région de Valence prend en charge les frais de soins de santé des habitants	**Offre de soins** Les médecins hospitaliers et la moitié des médecins généralistes sont employés par UTE et reçoivent un salaire composé d'une part fixe et d'une part variable.	**Fournisseur technologique** UTE est autorisé à garder jusqu'à 7,5% de son chiffre d'affaires en produit.

4. Bilan analytique

Résultats obtenus/résultats attendus

Résultats comparés de Ribera et de la région de Valence.

	Ribera	Région de Valence
Accessibilité		
Temps d'obtention d'une consultation ambulatoire	25 j	51 j
Délai pour une chirurgie	34 j	60-90 j
Scanner	12 j	90-120 j
IRM	15 j	90-120 j
Qualité		
Taux de réhospitalisations en 3 j (sur 1000 sorties)	4,05%	6,1%
Satisfaction des patients (entre 0 et 10)	9,1	7,2
Dossier électronique	100%	20%
Chirurgie ambulatoire	79%	52%
Taux de césariennes	22%	25%
Taux de petites urgences	9%	20%
Temps d'attente aux urgences	<60 min	131 min
Temps de réponse aux urgences	4h	NR
Satisfaction du personnel		
Taux d'absentéisme	<2,5%	NR
Coût		
Coût par habitant (2010)	607,14€	824,64€
Coût par habitant (2006)	494,72€	659,53€

Les perspectives sont celles d'une intégration du social, du suivi des maladies chroniques, afin d'avoir une approche globale du patient.

Le coût du service de santé est plus bas pour les autorités que dans les autres territoires de la région de Valence et qu'en Espagne en général.

Type et méthodologie d'évaluation

L'évaluation porte sur les résultats et non sur les procédures. Elle se fait donc sur la base d'objectifs définis annuellement. Les mesures sont faites grâce aux données du système d'information intégré.

Mobilisation et engagement des parties prenantes tout au long du projet

La flexibilité des accords passés dans le cadre de ce partenariat public-privé permet aux acteurs de trouver des terrains d'entente dans la co-construction du projet. C'est donc un modèle favorable à l'engagement sur le long terme des parties prenantes.

Facteurs clés de performance et principaux freins identifiés

- Des objectifs et des règles clairs et partagés entre l'acteur public et le consortium privé.
- Une évaluation des objectifs et non des organisations et procédures.
- Une bonne entente et un respect mutuel des deux entités.
- Une implication des industriels dans la définition de la stratégie.
- Un contrat fondé sur des services et non seulement de la vente de matériel.

Royaume-Uni, VitalityHealth

1. Eléments de contexte

Principes d'organisation du système de santé britannique

Indicateurs généraux (OCDE, PNUD, 2013)

Population : 62,6 millions d'habitants[50]

PIB par habitant : 36 202 USD PPA[51]

IDH : 0,892 (14ème position mondiale)[52]

Au Royaume-Uni, la couverture maladie est universelle, gratuite et uniforme sous le seul critère de la résidence (toute personne résident au Royaume-Uni a le droit d'accéder aux soins).[53]

Le NHS England a connu une de ses plus importantes réformes avec le Health and Social Care Act de 2012. Cette réforme créé le NHS England, organisme indépendant du Department of Health. Le NHS England gère la totalité du budget de santé et a autorité sur les 211 Clinical Commissioning Groups (CCG) qui viennent remplacer les 152 Primary Care Trusts (PCT) et les 10 autorités de santé stratégiques régionales (Strategic Health Authorities). Ces CCG sont constitués sur une base volontaire par un regroupement de cabinets de médecins généralistes et autres cliniciens sur une zone géographique. Ils sont chargés de la planification et de l'achat de prestations sanitaires pour leur bassin de population (soins hospitaliers, services de santé locaux, urgences, services de santé mentale) par contractualisation avec des prestataires publics (NHS Trusts ou Foundation Trusts) ou privés. Les CCG gèrent ainsi un budget d'achat de soins de 65 Md£ (79,8 Md€) qui leur est alloué par le NHS England. Pour autant, afin d'éviter de possibles conflits d'intérêt, le NHS England garde pour mission d'acheter des soins de santé primaires et certains soins spécialisés pour un montant total de 25 Md£ (30,7 Md€), dont 10 Md£ (12,3 Md€) pour les seuls médecins généralistes.[54]

L'offre de soins primaires est principalement assurée par le médecin généraliste, qui constitue le premier point de contact du patient et sert de filtre au système hospitalier : c'est lui qui oriente les patients vers les spécialistes. Le médecin généraliste est le référent des patients qui sont inscrits auprès de lui.[55]

Les soins spécialisés sont assurés par des médecins salariés, des professionnels de santé et des infirmiers exerçant dans des hôpitaux publics.

Il existe également un secteur privé de petite taille – mais dont l'importance ne cesse de croitre -, financé par des assurances privées (environ 13% de la population est affiliée à une assurance privée), par les patients eux-mêmes ou par des fonds publics. Les assurances privées permettent essentiellement aux affiliés d'avoir un accès étendu aux services de soins.[56]

Repères économiques sur le système de santé britannique

[50] Population et PIB par capita en USD PPA courants : Statistiques de l'OCDE : Profil statistique par pays : Tableaux-clés de l'OCDE, latest edition 2014 - 2

[51] Ibid.

[52] Human Development Index (HDI) Value and Rank, 2013, United Nations Development Programme, Human Development Reports, Table 1: Human Development Index and its components, http://hdr.undp.org/en/content/table-1-human-development-index-and-its-components

[53] Chevrier-Fatome, C. (juin 2002), « Le système de santé en Angleterre », IGAS.

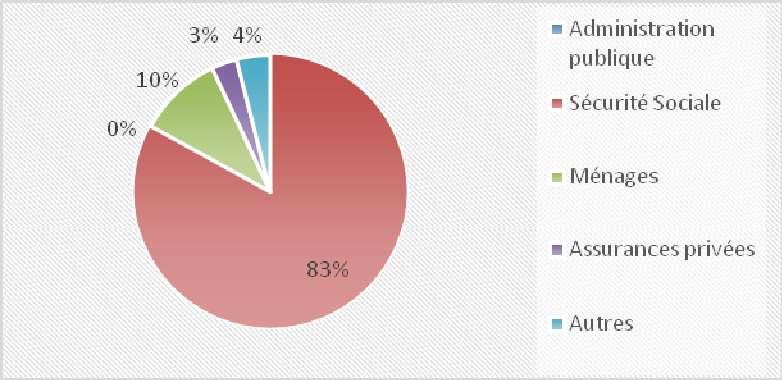
[54] « La réforme du National Health Service », Les Comptes de la Sécurité Sociale, juin 2014, p.124

[55] Ibid.

[56] Boyle, S. « United Kingdom (England) : Health Sytem Review », European, Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, vol. 13 N°1, 2011, p.23

Le système de santé anglais est en grande partie financé par les impôts et les cotisations sociales. Les soins sont gratuits, à l'exception des médicaments, des soins dentaires et ophtalmologiques, et le patient n'a pas besoin d'avancer les frais.

Figure 1 : Financementdes dépenses de santé



La part des dépenses de santé dans le PIB a augmenté de manière constante depuis 1980 : elle était à 5,6% en 1980, à 8,7% en 2008 et à 9,4% en 2011.[57] Cette augmentation correspond toutefois à un plan de relance des dépenses de santé au début des années 2000, dont le but était d'améliorer le niveau de l'offre de soins.[58] Entre 2000 et 2009, les dépenses de santé par habitant ont progressé en moyenne de 5,3% par an. Entre 2009 et 2011, en revanche, elles ont été réduites en moyenne de 1,8% par an.[59]

A l'heure actuelle, 11% de la population bénéficie d'une assurance privée. Elle est contractée le plus souvent via l'entreprise. Ces assurances permettent essentiellement d'avoir un accès plus rapide aux soins spécialisés, dans la mesure où les délais d'attente du NHS sont longs.

Tableau 13 : Structures des dépenses de santé

Indicateurs[60]	Royaume-Uni	Moyenne OCDE
Dépenses de santé par habitant en USD PPA (2011)	3 405	3 322
Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitant entre 2009 et 2011 (%)	-1,8	+0,2
Dépenses de santé en % du PIB (2011)	9,4	9,3
Part des soins en milieu hospitalier dans les dépenses de santé (2011)	ND	29%

[57] Boyle, S. « United Kingdom (England): Health Sytem Review », European, Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, vol. 13 N°1, 2011.
[58] « Réformes de l'assurance maladie en Europe », 01/02/2007, http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/d000094-reformes-de-l-assurance-maladie-en-europe/le-systeme-de-sante-britannique [consulté le 27/02/2015]
[59] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.
[60] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.

Les médecins généralistes ont le statut de « private contractors », c'est-à-dire que ce sont des acteurs indépendants sous contrat avec le NHS. Leur rémunération se fait majoritairement par capitation[61] et, depuis 2004, à la performance sur la base de critères « qualitatifs ».[62]

Les médecins spécialistes exercent à l'hôpital et sont salariés du NHS. Ils ont également la possibilité de faire des consultations privées pour les patients ayant souscrit à une assurance privée. Dans ce cas, ils sont payés à l'acte.

Données démographiques, densités médicale et infirmière au Royaume-Uni

La population britannique a augmenté de 7,6% depuis 1980. Toutefois, cette augmentation n'a pas été uniforme : le groupe des 0-14 ans a diminué de 9,7% tandis que celui des 65-79 ans a augmenté de 12,6% et de 39,2% pour les plus de 80 ans.[63]

Tableau 14 : Etat de santé

Indicateurs[64]	Royaume-Uni	Moyenne OCDE
Espérance de vie à la naissance (2011)	81,1 ans	80,1 ans
Part de la population âgée de + de 65 ans (%)	16	15

On observe une corrélation importante entre l'espérance de vie et les catégories socio-professionnelles : les personnes très qualifiées ont une espérance de vie à la naissance de 7 ans supérieure à celle des non-qualifiées.[65]

Malgré l'augmentation importante du nombre de médecins au cours des dix dernières années, le Royaume-Uni a l'une des plus faibles densités médicales de l'Union européenne.[66] En revanche, il s'agit d'une population relativement jeune, puisque 13% seulement sont âgés de plus de 55 ans.

[61] « Mode de rémunération des médecins généralistes : éléments de comparaison internationale », www.securite-sociale.fr [consulté le 27/02/2015]
[62] Lluch, M. « Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, phase 2. Country Study : The United Kingdom », JRC Scientific and policy reports, 2013.
[63] Ibid.
[64] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.
[65] Boyle, S. « United Kingdom (England) : Health Sytem Review », European, Observatory on Health Systems and Policies, Health Systems in Transition, vol. 13 N°1, 2011.
[66] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.

Tableau 15 : Démographie médicale

Indicateurs[67]	Royaume-Uni	Moyenne OCDE
Nombre de médecins pour 1000 habitants	2,8	3,2
Part médecins âgés de 55 ans et + (%)	13	32
Personnel infirmier en exercice (pour 1000 habitants)	8,6	8,8
Nombre de lits d'hôpital (pour 1000 habitants)	3	5

Marché de la e-santé

Les services de télésanté sont bien développés au Royaume-Uni. L'Association des services de télésanté (Telecare Services Association) dénombre 1,75 million d'utilisateurs de télésanté.[68]

Sur la période 2006-2008, le Ministère de la Santé a attribué un budget équivalent à 117 millions d'euros au développement de la télésanté (dans le cadre du Preventative Technology Grant).[69]

Tableau 16 : Maturité numérique

Indicateurs (OCDE)[70]	Royaume-Uni	Moyenne OCDE
Taux d'accès à internet (% ménages) (2012)	86,8%	ND
Informatique à domicile (% ménages) (2012)	87,22%	ND
Abonnements haut débit mobile (% habitants) (2013)	77,2%	72,4%
Abonnements haut débit fixe (%habitants) (2013)	35,2%	26,97%

Tableau 17 : Etat du déploiement de la e-santé

Indicateurs	Royaume-Uni	Moyenne Europe
Taux d'adoption des dossiers médicaux électroniques dans les hôpitaux et niveau d'adoption EMRAM (2013)[71]	46,9% au stade 2 15,6% au stade 5	29,3% au stade 0 28,3% au stade 2
Indicateur composite du déploiement de la e-santé dans les hôpitaux (2012)[72]	0,576 (6ème position)	0,418 (UE 27+3)

[67] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.
[68] Lluch, M. « Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, phase 2. Country Study : The United Kingdom », JRC Scientific and policy reports, 2013.
[69] Lluch, M. « Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, phase 2. Country Study : The United Kingdom », JRC Scientific and policy reports, 2013.
[70]Statistiques de l'OCDE : http://www.oecd.org/fr/statistiques/ Chemin pour chaque pays : Accueil de l'OCDE > Data > Indicateurs > Technologie de l'information et des communications (TIC)
[71] EMRAM Scores, % of Hospitals, Q4/2013 (based on data from latest 24 months, no weighting etc. applied), HIMSS Analytics Europe

Evolution 2012-2010 de l'indicateur composite du déploiement de la e-santé dans les hôpitaux[73]	-0,041	0,028 (UE 27+3)
Indicateur composite de la disponibilité et de l'utilisation de la e-santé dans les hôpitaux (2012)[74]	0,218	0,295 (UE 27+3)
Indicateur composite d'adoption de la e-santé parmi les médecins généralistes (2012)[75]	2,071	1,876 (UE 27)

Exemples d'initiatives nationales et de projets autour de la e-santé :

- NHS Connecting for Health (CfH): agence du Ministère de la santé responsable du Programme national des TI pour le NHS en Angleterre. L'objectif est de créer un NHS Care Records Service (NHS CRS) pour améliorer le partage des données patients et offrir aux patients l'accès à leur dossier, améliorer la prise de rendez-vous chez les médecins généralistes et à l'hôpital, developer un système de transmission électronique des ordonnances, mettre en place une infrastructure sécurisée pour connecter les différents services, créer un système d'archivage des images et de communication.[76]
- Hull telehealth services : solution de soin intégré pour les patients chroniques[77]
- Stratégie e-health en Ecosse : Chemotherapy Electronic Prescribing and Administration System (CEPAS) opérationnel depuis fin 2010. Autres programmes: consolidation de l'informatisation de la santé avec identifiant patient unique, "E-referral", "E-Pharmacy", convergence des solutions de télémédecine, politiques de sécurisation et confidentialité des données.[78]

2. Modèle opérationnel

[72] JRC scientific and policy reports, European Hospital survey: benchmarking deployment of e-health services (2012-2013), Composite indicators on eHealth deployment and on availability and use of eHealth functionalities [1 = déploiement parfait de la e-santé ; 0 = aucun déploiement de la e-santé]
[73] JRC scientific and policy reports, European Hospital survey: benchmarking deployment of e-health services (2012-2013), Composite indicators on eHealth deployment and on availability and use of eHealth functionalities [1 = déploiement parfait de la e-santé ; 0 = aucun déploiement de la e-santé]
[74] Ibid.
[75] Values of the overall composite index of eHealth adoption, constructed by combining the main composite indicators (Electronic Health Records, Health Information Exchange, Telehealth and Persanal Health Records adoption) and assigning them equal weights (25%). The composite index is also a continuous variable that represents adoption from "Not aware" (0) to "Use it routinely" (4). Source: Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners (2013), Digital Agenda for Europe, EXECUTIVE SUMMARY, A study prepared for the European Commission, DG Communications Networks. Content & Technology
[76] European Countries on their journey towards national eHealth Infrastructures (http://ehealth-strategies.eu/report/eHealth_Strategies_Final_Report_Web.pdf) et eHealth strategy and implementation activities in England, 7 juin 2007, ehealth ERA (www.ehealth-era.org/database/documents/ERA_Reports/England_eHealth_ERA_Country_Report_final_07-06-2007.pdf)
[77] Ibid.
[78] NHS Scotland e-health strategy 2011-2017 (http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/357616/0120849.pdf)

Présentation du projet et des acteurs concernés

VitalityHealth est une compagnie privée connue sous le nom de PruHealth jusqu'en 2014, année de son rachat par Discovery Limited. Elle compte alors 680 000 clients.

Elle fournit des assurances santé et vie qui fonctionnent sur le principe de l'incitation positive. L'idée sous-jacente est d'inciter les gens à prendre soin de leur santé en les récompensant.

Cela permet en retour à VitalityHealth de :

- Fidéliser sa clientèle
- Mesurer les risques à un instant t
- Diminuer les coûts de remboursement des soins en investissant dans la prévention.

La démarche du programme est présentée en 3 étapes :

1. Comprendre sa santé

Les assurés peuvent réaliser un test en ligne, le Vitality Age Calculator, permettant d'évaluer leur état de santé général.

Pour aller plus loin dans la compréhension de leur santé, il leur est également possible de réaliser une mesure de leur état de santé, auprès de professionnels de santé.

Pour les assurés atteints de maladies chroniques, un partenariat avec Llyods Pharmacy leur permet de bénéficier d'un programme de *disease management* qui inclut un service de renouvellement de prescription sans avoir à consulter son généraliste, un programme de coaching personnalisé pour l'alimentation et l'activité physique, un contrôle en magasin de la pression sanguine, un système de rappel des rendez-vous.

2. Améliorer sa santé

Les assurés bénéficient d'un grand nombre de réductions pour les inciter à faire du sport : 50% de réduction sur leur abonnement aux salles de sport Virgin Active, 50% de réduction sur l'achat de baskets chez sweatshop, 50% de réduction sur l'achat d'un vélo de chez Evans Cycle, etc.

Les assurés sont incités à s'équiper en objets connectés (à choisir parmi une sélection réalisée par VitalityHealth) et en applications. Ces-derniers doivent être connectés à la plateforme Vitality afin de faire le décompte de points. Par exemple, si l'assuré effectue entre 10 000 et 12 499 pas en un jour, il gagne 3 points ; si 30 minutes d'activité physique lui permettent de brûler des calories à un rythme de 600 par heure, il gagne 10 points, etc.

La nutrition est également prise en compte : les assurés gagnent des points s'ils achètent des produits sains (devant faire partie de la liste établie par VitalityHealth) chez Sainsbury's. Ils peuvent également bénéficier de réductions sur les programmes minceur de Weight Watchers.

Les assurés peuvent bénéficier gratuitement d'un programme d'aide pour arrêter de fumer. S'ils cessent de fumer pendant 12 mois consécutifs, ils sont récompensés de 300 points.

Enfin, les assurés peuvent bénéficier de réduction sur des séjours en spa.

3. Recevoir des récompenses

Pour entretenir la motivation des membres, les points cumulés grâce à l'activité physique, l'achat d'aliments sains et l'arrêt de la cigarette peuvent être transformés en tickets de cinéma, en boissons gratuites, en réductions sur l'achat de billets d'avion, sur la réservation d'hôtels, voire en cashbacks.

Au fur et à mesure des points accumulés, les assurés passent du statut bronze à argent, puis à or et enfin platine, avec des récompenses toujours plus importantes.

Par la suite, nous analyserons en particulier la mesure de l'état de santé par RTH.

Celle-ci est gratuite dans la limite d'une personne par an et est assurée par Roadtohealth (RTH). Elle débute par un questionnaire d'auto-évaluation, puis consiste en la collecte de plusieurs données : la pression sanguine, l'indice de masse corporelle, le taux de glycémie, le taux de cholestérol et la concentration de cotinine dans le sang. 60 points sont offerts pour une mesure de l'état de santé + 60 points par résultat indiquant une bonne santé + 300 points pour chaque adulte ayant réalisé un test non-fumeur. Les mesures de l'état de santé sont effectuées par des pharmaciens, directement dans les enseignes partenaires ou bien sur le lieu de travail, afin d'offrir la plus grande souplesse possible aux assurés. L'objectif de ce bilan de santé est de susciter chez les assurés le réflexe de prendre soin de leur santé.

Chaque mesure dure environ 30 minutes. Une fois le bilan de santé réalisé, les résultats sont mis en ligne sur une plateforme numérique sécurisée accessible par l'assuré (qui en est informé par email) et par VitalityHealth. Le nombre de points bonus est calculé en fonction de ces résultats. Si les résultats s'avèrent mauvais, l'assuré est invité à prendre rendez-vous avec son médecin généraliste. Que l'assurance ait été contractée indépendamment ou par le biais de l'entreprise, le bilan de santé est réalisé uniquement sur la base du volontariat individuel. L'entreprise peut néanmoins demander à ce qu'une communication soit faite auprès de ses salariés sur ce dispositif (sur le lieu de travail ou par SMS). Cela entraine généralement un effet de groupe important (60 à 80% des salariés d'une même entreprise). RTH propose également des programmes de coaching personnalisés.

Infrastructures, services et technologies mobilisées

RTH met à la disposition du réseau de pharmacies partenaires son logiciel permettant de réaliser la mesure de l'état de santé, ainsi qu'une plateforme numérique permettant de prendre rendez-vous et de consulter ses résultats.

3. Modèle économique

Financement initial du programme (phase investissements)

RTH a investi :

- dans la formation des partenaires pharmaceutiques à l'utilisation de son logiciel pour entrer les mesures de l'état de santé
- dans le développement de la plateforme numérique (prise de rendez-vous, mise en ligne des résultats, etc.).

Financement du projet en routine (phase fonctionnement)

RTH est rémunéré à l'acte (prix fixe par mesure réalisée) par Vitalityhealth et rémunère ses enseignes partenaires (dont Llyods Pharmacy et Sainsbury's) à l'acte également pour la réalisation des mesures. Le prix payé par RTH couvre notamment le temps passé à la mesure de l'état de santé par le pharmacien, le coût du matériel et la gestion de la plateforme numérique.

Synthèse du modèle opérationnel et économique de RTH

<table>
<tr><th>Acteurs clés</th><th>Activités clés</th><th>Proposition de valeur</th><th>Relation patient</th><th>Segments de clients</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Organisme payeur
• VitalityHealth</td><td>• Mesure de l'état de santé</td><td rowspan="3">Assurés
1 bilan de santé gratuit par an</td><td>• Mesure de l'état de santé par le pharmacien en face à face
• Transmission des résultats via la plateforme numérique</td><td rowspan="3">• Tous les assurés VitalityHealth peuvent bénéficier du bilan de santé</td></tr>
<tr><th>Ressourcesclés</th><th>Canaux</th></tr>
<tr><td>• Logiciel de mesure
• Plateforme numérique de prise de rendez-vous</td><td>• Dans les enseignes partenaires
• Sur le lieu de travail</td></tr>
<tr><th colspan="2">Financement initial du programme</th><th colspan="3">Modèle économique du programme</th></tr>
<tr><td colspan="2">RTH a investi dans :
• la formation des partenaires pharmaceutiques à l'utilisation de son logiciel pour entrer les mesures de l'état de santé
• le développement de la plateforme numérique (prise de rendez-vous, mise en ligne des résultats, etc.).</td><td>Organisme payeur
VitalityHealth prend en charge 1 bilan de santé par an pour 1 adulte.</td><td>Offre de soins
Les pharmaciens qui réalisent les bilans de santé sont rémunérés par RTH dans le cadre d'un partenariat (prix fixe/bilan de santé)</td><td>Fournisseur technologique
RTH est rémunéré par VitalityHealth selon un prix fixe/bilan de santé.</td></tr>
</table>

4. Bilan analytique

Résultats obtenus/résultats attendus

Le programme Vitality compte 5,5 millions de membres à travers les USA, UK, Chine et Singapour.

Au Royaume-Uni, depuis le lancement du test non-fumeur et la grande campagne de publicité qui en a été faite, le nombre de personnes ayant fait l'objet d'une mesure de l'état de santé par RTH est passé de 400/mois au 1er trimestre 2014 à 6 000/mois au 1er trimestre 2015.

Type et méthodologie d'évaluation *(le cas échéant)*

L'évaluation de la réussite de ce dispositif se fait à l'aune de l'évolution du nombre d'assurés réalisant des mesures de l'état de santé.

Facteurs clés de performance et principaux freins identifiés

Les facteurs clés de succès du dispositif :

- La logique de premium : les assurés bénéficient d'un bilan de santé gratuit du fait de leur affiliation.
- La logique incitative : les assurés qui prennent soin de leur santé reçoivent des avantages financiers directs ou indirects.

Italie, Amicomed

1. Eléments de contexte

Principes d'organisation du système de santé italien[79]

Indicateurs généraux (OCDE, PNUD, 2013)
Population : 61,18 millions d'habitants[80]
PIB par habitant : 35 119 USD PPA[81]
IDH : 0,872 (26ème position mondiale)[82]

En Italie, les compétences en matière de santé sont réparties entre le gouvernement central et les 20 régions.

Le gouvernement central est responsable de la définition des objectifs généraux et des principes fondamentaux. Le Ministère de la santé est garant de l'équité du système : c'est lui qui gère le catalogue des avantages et des services garantis dans chaque région. Ces-derniers sont définis en fonction des particularités sanitaires et organisationnelles de chaque région. Plus largement, le Ministère est en charge de l'organisation et du financement des services de santé, de la définition du cadre réglementaire, de la gestion et du pilotage de l'Institut National de la Recherche Scientifique.

Les gouvernements régionaux ont pour responsabilité d'assurer l'accès aux services de soins. Ils s'appuient pour cela sur un réseau de structures gestionnaires locales (Azienda Sanitaria Locale, ALS), d'hôpitaux publics et privés. Ils sont garants de la qualité, de l'adéquation et de l'efficience des services de soins fournis. Les dépenses de santé représentent le plus gros budget des régions.

Au niveau local, les structures gestionnaires (ALS) gèrent la totalité de l'offre de soins (primaire et secondaire) en fonction des besoins identifiés. Au cours des années 1990, plusieurs réformes ont visé à réduire le nombre des ALS, agrandissant ainsi leurs aires respectives de compétence. Ces structures sont pilotées par les régions et sont financées par un budget

[79]Piai, S. et Cattaneo, G. (2013). « Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country Study: Italy », European Commission Joint Research Center, Scientific and Policy Reports.
[80]Population et PIB par capita en USD PPA courants : Statistiques de l'OCDE : Profil statistique par pays : : Tableaux-clés de l'OCDE, latest edition 2014 - 2
[81] Ibid.
[82]Human Development Index (HDI) Value and Rank, 2013, United Nations Development Programme, Human Development Reports, Table 1: Human Development Index and its components, http://hdr.undp.org/en/content/table-1-human-development-index-and-its-components

global, réparti en fonction de l'historique de dépenses de chacune. Les hôpitaux qui dépendent des ASL sont financés selon le système des Groupes Homogènes de Patients pour les patients hospitalisés, et selon des mécanismes variables en ce qui concerne les patients non-hospitalisés.

L'assurance maladie publique couvre la totalité de la population italienne.[83]

Repères économiques sur le système de santé italien

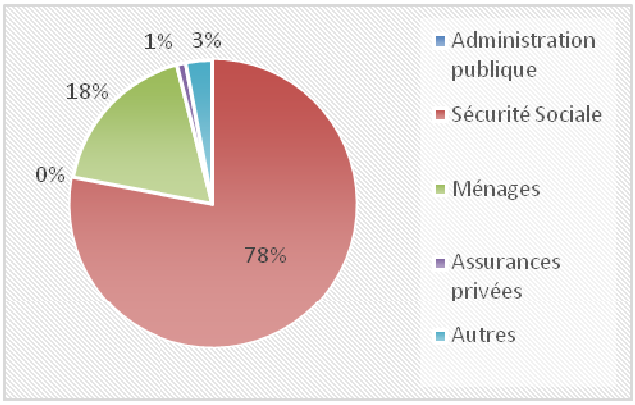
Le système de santé italien fait face aux mêmes enjeux financiers que ceux des pays voisins.

Les dépenses de santé en proportion du PIB sont passées de 7,9% en 1990 à 9,0% en 2008.[84] La progression s'est ensuite ralentie puisqu'en 2011, la proportion était de 9,3%. Les dépenses publiques représentaient 78% du total des dépenses de santé en 2011.

Tableau 18: Structure des dépenses de santé

Indicateurs [85]	Italie	Moyenne OCDE
Dépenses de santé par habitant en USD PPA (2011)	3 012	3 322
Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé par habitant entre 2009 et 2011 (%)	-0,4	0,2
Dépenses de santé en % du PIB (2011)	9,2	9,3
Dépenses pharmaceutiques par habitant en USD PPA	487 000	483 000

Financement des dépenses de santé



Les maladies chroniques touchent 131,4 habitants sur 1 000 et représentent donc une source de coûts importante. Il n'existe pas de données consolidées sur le sujet, mais plusieurs études ont estimé les coûts associés à la prise en charge de

[83] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE, p.139.
[84] Piai, S. et Cattaneo, G. (2013). « Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country Study: Italy », European Commission Joint Research Center, Scientific and Policy Reports.
[85] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.

ces maladies. La Fédération Italienne des Diabétiques, par exemple, estime que les dépenses liées au diabète ont représenté 9% des dépenses totales de santé en 2010, avec un coût par patient de 2 117€.[86]

Les réformes du système de santé vont donc dans le sens d'une meilleure prise en charge des maladies chroniques au niveau de la prévention et des soins primaires, afin d'éviter les hospitalisations et de réduire les dépenses.[87] Depuis le début des années 2000, le gouvernement italien a lancé plusieurs plans nationaux de prévention que les régions sont tenues de déployer sur leurs territoires.

Les praticiens hospitaliers sont rémunérés sur la base d'un salaire mensuel. Les médecins généralistes sont payés sur le principe de la capitation : les ASL répartissent l'enveloppe budgétaire entre les médecins en fonction du nombre de patients suivis. Un paiement additionnel est prévu pour le suivi des malades chroniques ou de personnes handicapées. Ils ont également la possibilité de compléter leurs revenus en donnant des consultations privées.[88]

Données démographiques, densité médicale et infirmière en Italie

En 2050, selon les estimations, la part de la population âgée de plus de 65 ans sera de 34% (contre 20% aujourd'hui), accentuant ainsi le ratio de dépendance des personnes âgées.[89] Cette évolution démographique constitue un enjeu de taille pour le système de santé italien.

Tableau 19 : Etat de santé

Indicateurs (2011)	Italie	OCDE (34)
Espérance de vie à la naissance [90]	82,7	80,1
Part de la population âgée de plus de 65 ans (%)[91]	20	15

L'Italie possède un nombre de médecins supérieur à la moyenne de l'OCDE, mais 43% d'entre eux sont âgés de plus de 55 ans, contre 32% en moyenne dans l'OCDE. Le nombre de nouveaux diplômés est très légèrement supérieur à la moyenne de l'OCDE.

Tableau 20 : Démographie médicale

Indicateurs (2011)[92]	Italie	Moyenne OCDE
Nombre de médecins (pour 1 000 hab.)	4,1	3,2
Part de médecins âgés de 55 ans et + (%)	43	32
Diplômé en médecine en 2011 (pour 100 000 hab.)	11	10,6
Personnel infirmier en exercice (pour 1 000 hab.)	6,3	8,8

[86]Piai, S. et Cattaneo, G. (2013). « Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country Study: Italy », European Commission Joint Research Center, Scientific and Policy Reports.
[87]Piai, S. et Cattaneo, G. (2013). « Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country Study: Italy », European Commission Joint Research Center, Scientific and Policy Reports.
[88] Alessandra Lo Scalzo, Andrea Donatini, Letizia Orzella, Americo Cicchetti, Silvia Profili, Anna Maresso, « Italy ; Health System Review », Health Systems in Transition, VOL. 11 N° 6 2009, European Observatory on Health Systems and Policies, p.62
[89] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE
[90] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.
[91] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.
[92] OCDE (2013), Panorama de la Santé 2013: Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE.

Part de médecins généralistes (%)	25	30
Nombre de lits d'hôpital (pour 1 000 hab.)	3,1	5

Marché de la e-santé en Italie

Les réformes du système de santé italien vont dans le sens d'un renforcement des soins primaires et d'une logique de parcours de soins intégrés. Le numérique est considéré comme un outil essentiel permettant de favoriser la coordination des professionnels et des établissements de santé.[93]

L'« e-Government Plan 2012 » du Ministère de l'administration publique et de l'innovation va dans le sens du déploiement de la e-santé.[94]

Quelques exemples de projets de e-santé :

- **The New Healthcare Information System :** un système d'information standardisé.
- **CRS-SISS :** application disponible en Lombardie et composée d'une carte patient électronique, d'un dossier médical électronique et d'un réseau de données complexe reliant les fournisseurs de santé à travers la région.[95]
- **Programme PTP**dédié à la télésurveillance médicale et à la téléconsultation de patients atteints de BPCO, lancé en Lombardie en 2007, financé au moyen d'enveloppes forfaitaires données aux hôpitaux par la région.[96]
- **Projet Mydoctor@home** dans la region du Piémont: dispositif de télésurveillance pour personnes âgées hospitalisés à domicile. L'objectif de ce projet est d'améliorer la qualité de vie du patient, de permettre l'accès aux données du patient par les professionnels de santé concernés, favoriser le maintien à domicile et de réduire les coûts de prise en charge tout en assurant un suivi attentif du patient.

Tableau 21 : Indicateurs de maturité numérique

Taux d'équipement des ménages (OCDE)[97]	Italie	Moyenne OCDE
Taux d'accès à internet (% ménages) (2012)	62,90	ND
Informatique à domicile (% ménages) (2012)	67,09	ND
Abonnements haut débit mobile (% habitants) (2013)	65,30	72,40
Abonnements haut débit fixe (% habitants) (2013)	22,27	26,97

[93]Piai, S. et Cattaneo, G. (2013). « Strategic Intelligence Monitor on Personal Health Systems, Phase 2, Country Study: Italy », European Commission Joint Research Center, Scientific and Policy Reports.
[94] E-health in Italy : Current state and future prospects of statistical information, février 2012, Ministry of Economic Development Department of Communications, (document disponible sur www.sviluppoeconomico.gov.it)
[95]http://www.epsos.eu/home/project-members-beneficiaries/participating-nations/italy/print.html
[96]Télémédecine 2020, Modèles économiques pour le télésuivi des maladies chroniques, Livre Blanc 2013, Syntec Numérique et Snitemhttp://www.syntec-numerique.fr/sites/default/files/related_docs/livre_blanc_telemedecine_avril2013.pdf
[97]Statistiques de l'OCDE : http://www.oecd.org/fr/statistiques/ Chemin pour chaque pays : Accueil de l'OCDE > Data > Indicateurs > Technologie de l'information et des communications (TIC)

Tableau 22 : Etat du déploiement de la e-santé

Indicateurs	Italie	Moyenne Europe
Taux d'adoption des dossiers médicaux électroniques dans les hôpitaux et niveau d'adoption EMRAM (2013)[98]	39,3% au stade 1 30,2% au stade 3	29,3% au stade 0 28,3% au stade 2
Indicateur composite du déploiement de la e-santé dans les hôpitaux (2012)[99]	0,455 (15ème position)	0,418 (UE 27+3)
Evolution 2010-2012 de l'indicateur composite du déploiement de la e-santé dans les hôpitaux[100]	0,073	0,028 (UE 27+3)
Indicateur composite de la disponibilité et de l'utilisation de la e-santé dans les hôpitaux (2012)[101]	0,273	0,295 (UE 27+3)
Indicateur composite d'adoption de la e-santé parmi les médecins généralistes[102]	1,972	1,876 (UE 27)

2. Modèle opérationnel

Présentation du projet et des acteurs concernés

Amicomed est un service numérique personnalisé d'autogestion de la tension artérielle par les patients, visant à réguler la tension et à baisser la prise systématique de médicaments en apportant une aide au changement de comportement.

Il a été conçu et développé en interne par Quasarmed, une société privée, avec le soutien de la société savante italienne d'hypertension. L'algorithme permettant de contrôler l'évolution de la tension a été certifié, conformément à la réglementation européenne et une demande de brevet a été déposée. La sphère publique n'a pas été impliquée dans ce projet. L'objectif est d'aider les patients à améliorer leur état de santé, tout en s'appuyant sur un modèle économique viable et pérenne pour l'entreprise.

La première brique de service, à savoir le suivi et l'analyse de l'évolution de la tension artérielle, a été finalisée en octobre 2013. La seconde brique, à savoir le programme de coaching permettant de réduire la pression sanguine sans prise de médicament, a été finalisée en juillet 2014. La commercialisation active et le déploiement à l'échelle européenne est

[98] EMRAM Scores, % of Hospitals, Q4/2013 (based on data from latest 24 months, no weighting etc. applied), HIMSS Analytics Europe

[99] JRC scientific and policy reports, European Hospital survey: benchmarking deployment of e-health services (2012-2013), Composite indicators on eHealth deployment and on availability and use of eHealth functionalities

[100] JRC scientific and policy reports, European Hospital survey: benchmarking deployment of e-health services (2012-2013), Composite indicators on eHealth deployment and on availability and use of eHealth functionalities

[101] Ibid.

[102] Values of the overall composite index of eHealth adoption, constructed by combining the main composite indicators (Electronic Health Records, Health Information Exchange, Telehealth and Persanal Health Records adoption) and assigning them equal weights (25%). The composite index is also a continuous variable that represents adoption from "Not aware" (0) to "Use it routinely" (4). Source: Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners (2013), Digital Agenda for Europe, EXECUTIVE SUMMARY, A study prepared for the European Commission, DG Communications Networks. Content & Technology

prévue pour le dernier trimestre 2015. L'étude de faisabilité a été menée par l'entreprise, grâce à une étude de marché approfondie et une expérimentation en vie réelle.

Infrastructures, services et technologies mobilisées

Il s'agit d'une application mobile permettant de suivre sa tension et de bénéficier du programme de coaching personnalisé. L'algorithme sur lequel est fondée l'application permet de personnaliser l'accompagnement en fonction des données et du profil de l'utilisateur.

3. Modèle économique

Eléments de cadre juridique

L'entreprise a l'entière responsabilité juridique.

Financement initial du programme (phase investissements)

Un investissement initial de l'ordre de 1,2 million d'euros a été mobilisé pour la création de l'entreprise et du service. Ces fonds ont été apportés par l'entreprise elle-même, des investissements privés et des business angels. Chaque phase de développement du service a nécessité des investissements.

Des investissements supplémentaires seront nécessaires pour promouvoir le service et le commercialiser, ainsi que pour le déployer en Europe et aux Etats-Unis une fois la certification de la FDA obtenue.

Financement du projet en routine (phase fonctionnement)

Le modèle repose sur la mise à disposition d'un service numérique directement au bénéficiaire (en BtoC) ou *via* des assurances santé ou laboratoires pharmaceutiques partenaires (en BtoBtoC), sur le principe du freemium : le service de contrôle de la tension artérielle est gratuit et accessible librement sur le site internet ou via les sites de téléchargement d'applications mobiles, en revanche, le programme de coaching pour réduire l'hypertension est payant (50 € pour un coaching de 3 mois, paiement en ligne). Le modèle économique du marché BtoBtoC est en cours de négociation.

Synthèse des modèles opérationnel et économique

<table>
<tr><th>Acteurs clés</th><th>Activités clés</th><th>Proposition de valeur</th><th>Relation patient</th><th>Segments de clients</th></tr>
<tr>
<td rowspan="2">Fournisseur technologique et opérateur de services
• Quasarmed
Investissements initial
• Quasarmed
• Fonds privés
• Business angels</td>
<td>• Mise à disposition de l'application de suivi de la tension
• Définition de programmes personnalisés</td>
<td rowspan="2">• Autogestion de la tension artérielle
• Programme de coaching personnalisé pour réduire l'hypertension</td>
<td>• Pas de relation directe, mais coaching personnalisé via l'application</td>
<td rowspan="2">Patients souffrant d'hypertension.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ressourcesclés
• Application mobile</td>
<td>Canaux
• Application mobile</td>
</tr>
</table>

Partenariats • Compagnies d'assurance • Laboratoires pharmaceutiques	qui fonctionne à partir d'un algorithme certifié			
Financement initial du programme		**Modèle économique du programme**		
1,2 million d'euros pour la création de l'entreprise et le démarrage du projet.		**Organisme payeur** • Le patient (50€ pour 3 mois de coaching) • Les assurances santé et laboratoires pharmaceutiques (modèle en cours de négociation).	**Offre de soins** • -	**Fournisseur technologique** • Rémunération pour le coaching personnalisé.

4. Bilan analytique

Résultats obtenus/résultats attendus

Le marché potentiel au niveau mondial, à savoir le nombre de personnes souffrant d'hypertension, est d'1 milliard. Sur le marché pilote italien, le marché potentiel est de 10 millions.

En 1 an, et sans promotion du service, on dénombre 2 500 utilisateurs en freemium et 250 utilisateurs qui ont utilisé ou utilisé le programme payant. Une étude des utilisateurs est en cours, afin de déterminer des profils-types.

Type et méthodologie d'évaluation

A ce stade, seule l'évaluation clinique du dispositif a été menée. Cette-dernière a démontré que les personnes ayant suivi le programme pendant 3 mois en moyenne ont vu leur tension baisser de 5 mmHg uniquement grâce à un changement de comportement. Il a également permis à certains de baisser leur consommation de médicaments, ou bien d'éviter d'avoir recours à un traitement médicamenteux.

L'évaluation économique sera faite à partir de la phase de déploiement du programme, sur la base du nombre d'utilisateurs.

Facteurs clés de performance et principaux freins identifiés

L'entreprise a identifié plusieurs points clés dans le développement de son offre :

- identifier les canaux de distribution les plus appropriés
- trouver un compromis entre rigueur scientifique et attentes des consommateurs
- tester le dispositif innovant en vie réelle directement auprès des utilisateurs.