

Quel modèle économique pour la télésurveillance ?
Contribution à la réflexion d'un groupe de travail réuni dans le
cadre des expérimentations Article 51

ANNEXES

Annexe 1 - Composition du groupe de travail.....	2
Annexe 2 - Aspects organisationnels et économiques de la télésurveillance.....	3
Annexe 3 - La traduction économique des impacts organisationnels. Modèle théorique pour une TLS simple.....	14
Annexe 4 - Les logiques possibles de rémunération et de fixation des tarifs	23

Annexe 1 - Composition du groupe de travail

Anne-Sophie Aguade

Stéphane Arouete

Mathias Béjean

Daniel Benamouzig

Mickael Benzaqui

Frédéric Bousquet

Annie Fouard

Stéphane Lavoipierre

Natacha Lemaire

Etienne Minvielle (Président)

Jean-Claude Moisson

Dominique Polton (Présidente)

Denis Raynaud

Céleste Relave

Sun Robin

Claude Sicotte

Ayden Tajahmady

Annexe 2 - Aspects organisationnels et économiques de la télésurveillance

Note d'étape à septembre 2022 et réflexion sur les pistes de travail du groupe

Le groupe s'est doté d'une grille qui oriente l'analyse sur deux thèmes (dans une volonté de ne pas s'éparpiller) : les modalités organisationnelles et les modalités de paiement (ou modèles économiques, au sens de l'Article 51). La note aborde ces deux sujets, auquel s'en ajoute un troisième apparu lors des échanges, l'évaluation de l'innovation organisationnelle incluant la TLS. Ces trois thèmes, qui ne rendent pas compte de tous les débats qui ont pu apparaître lors des séances du groupe, sont évidemment liés : la TLS, en tant que nouveau processus introduit dans une organisation existante qu'elle transforme, a des effets sur les coûts de production du soin à prendre en compte dans la réflexion sur la rémunération du dispositif ; les effets de la réorganisation sur les comportements des différents acteurs impliqués, effets qui conditionnent leur adoption de l'outil, conduit à une dimension de l'évaluation peu habituelle dans les analyses traditionnelles.

Le matériau est constitué du contenu des 11 séances (Juin 2021-Juin 2022) qui ont permis d'échanger sur les modèles de TLS américains (Amol Navathe) et canadiens (Claude Sicotte), l'apport des échelles de maturité pour évaluer les innovations organisationnelles (Mathias Béjean), le contenu de 4 expérimentations où la TLS est présente (cahier des charges et rapport d'étape de PCDGT, VIGILANCE SENIOR, Passeport bipolaire-PBP, CECICS), et sur le rapport d'évaluation intermédiaire (présenté par les cabinets de consultants en séance pour PCDGT, CECICS, et Passeport bipolaire). Il faut souligner le peu de données à ce stade concernant les résultats des expérimentations (« outcomes » sur la qualité des soins, l'expérience patient, et les coûts) ce qui conditionne la synthèse présente. Enfin le groupe a bénéficié d'une analyse d'études internationales portant sur la télésurveillance, analyse effectuée par Stéphane Lavoipierre et Daniel Benamouzig, de la chaire Sciences Po, membres du groupe.

1. Modalités organisationnelles

La notion d'« organisation » revêt deux acceptions : (i) l'impact de la TLS sur l'organisation des soins existante et (ii) les conditions organisationnelles qui accompagnent le développement de la TLS à plus grande échelle

1.1. Première acception. Impact sur l'organisation existante, qui correspond à ce que l'on appelle communément « l'impact organisationnel ». A ce niveau, se **distinguent l'impact spécifique de l'usage de la TLS dans le suivi à distance (i) (ie la chaîne d'activités constituant ce suivi), et l'impact plus large de ce suivi par TLS sur l'organisation existante dans lequel il s'insère (ii).**

(i) L'introduction de la TLS par principe « impacte » l'organisation existante.

Tout d'abord elle transforme un suivi à distance (même si celui-ci existait déjà dans certains cas ; il est consolidé et instrumenté). C'est l'impact intrinsèque au suivi. A ce niveau peuvent être relevés des dispositifs qui aident à optimiser le suivi par l'usage de la TLS et qui notamment peuvent améliorer la productivité de l'équipe clinique (alertes automatisées, recueil de données par le patient,

délocalisation des professionnels, substitution de temps infirmiers à des temps médecin, etc.). A ce niveau les points d'attention sont :

- Le rôle central des Infirmières (de coordination) dans le traitement de l'information issue des échanges avec le patient via la TLS.

Ces infirmières sont identifiées dans les expérimentations comme des acteurs clés « intermédiaires » qui permettent de gérer les relations avec le patient (point aussi mentionné dans l'expérience américaine présentée par Amol Navathe). Elles semblent favoriser l'expérience des patients, dépister précocement des effets indésirables et des évolutions de maladie, éviter certaines venues à l'hôpital ou des passages aux urgences, et également optimiser le temps de travail des médecins concernés (PCDGT notamment) en s'aidant des dispositifs techniques évoqués ci-dessus. Les conditions et le contenu de leur activité sont un élément à préciser (évaluation de la sévérité de la situation clinique et/ou orientation dans le parcours du patient; autonomie dans la prise de décision comme par exemple dans le cas de PBP où ce sont des case-managers aptes à gérer le parcours du patient ; protocoles organisationnels entourant leurs pratiques). L'attractivité de ces métiers semble réelle dans un contexte pourtant morose, mais pose des problèmes en termes de recrutement (le processus de formation est long –cf. CECICS). Leur reconnaissance pose la question de la prise en compte de leur travail dans les forfaits de remboursement. A noter aussi le sujet de la délimitation du contenu de leur activité. Par exemple, dans PCDGT, la distinction entre les échanges des infirmières et l'application du programme d'éducation thérapeutique n'est pas toujours aisée à cerner alors même que la DGOS l'a clairement définie, en proposant un accompagnement thérapeutique (les échanges des infirmières avec les patients dans le cadre du suivi) distinct d'un programme d'éducation thérapeutique. Le nombre de patients suivis par infirmière reste enfin un point important à connaître (voir la partie évaluation qui suggère un recueil systématique de cette donnée).

- Le développement et la maintenance d'un Système d'Information, et les questions de propriété des données et des plateformes.

La mise en place de la TLS vient challenger les aspects infrastructurels dans toutes les expérimentations (la qualité du Système d'information à mettre en place, notamment, en termes de viabilité et fiabilité des données cliniques, l'interopérabilité, la disponibilité etc.)). De même dans une perspective de généralisation, la propriété des plateformes comme des données est un enjeu. Le dispositif Article 51 exige une information détaillée dans les expérimentations et la collecte à travers la plateforme (quelles sont les activités élémentaires réalisées, les prestations délivrées par les professionnels de santé, les contacts avec les patients, les circuits d'informations, etc. ?), que faut-il conserver en routine, notamment pour ajuster le financement ?

- Les partages d'information avec le DMP et les (inévitables) questions d'interopérabilité (comme dans PBP et CECICS).

Ce sujet revient régulièrement avec les questions de conformité aux aspects règlementaires (accord CNIL-CECICS), encore plus marquées si des dispositifs d'intelligence artificielle sont prévus (PBP).

➤ Les procédures d'alerte.

Ces procédures posent des questions de fiabilité (faux positifs et faux négatifs), de périmètre (comment se comporter lorsqu'on est en-dessous du seuil d'alerte en matière de prévention de risques ?), et de réaction (les infirmières utilisent-elles systématiquement les alertes ? répondent-elles par téléphone ou par l'application numérique ? jusqu'où gèrent-elles elles-mêmes les alertes ?). Il semble que dans PBP et CECICS les alertes soient gérées en parallèle de la TLS.

Ces questions renvoient en fait à plusieurs dispositifs organisationnels : la formation des infirmières, la qualité de l'apprentissage collectif à partir des expériences, la qualité de la relation infirmières/médecin, la nécessité ou non d'un protocole de coopération, le niveau de formalisation des procédures etc.

➤ Le rôle des aidants (souligné dans PBP).

Ce rôle est souvent acté comme ressource supplémentaire au fonctionnement du suivi sans que l'on connaisse exactement ce qu'il recouvre, sa portée, et même dans certains cas s'il est toujours bénéfique et autorisé par le patient (en psychiatrie, il peut interférer dans l'alliance thérapeutique entre le patient et les psychothérapeutes).

Ces facteurs représentent des thèmes où les évaluations finales peuvent apporter la clarification nécessaire, d'autant plus que leurs descriptions au sein des cahiers des charges restent souvent sommaires.

(ii) **A un niveau plus large que le seul suivi, l'innovation incluant l'emploi de la TLS impacte l'organisation ou les organisations dans lesquelles il s'insère, avec à nouveau deux cas de figure :**

➤ Une optimisation de l'organisation existante du parcours (on n'évoque pas le cas d'une dégradation), sans ajout d'autres dispositifs

L'implantation de la TLS transforme l'organisation existante grâce à la mise en place des divers mécanismes cités ci-dessus, mais sans apport de ressources supplémentaires dans le schéma organisationnel du parcours (hors celles allouées à la TLS).

Dans certains cas, ce sont des effets de substitution (« transferts de charge ») qui entraînent une modification des équilibres au sein des organisations : une prise en charge à domicile ou en ville en lieu et place d'une hospitalisation ou d'une venue aux urgences (d'autres consultations en ville pouvant s'effectuer sans être identifiées); une libération de temps médical par délégation aux infirmières, un transfert de certaines tâches des professionnels vers les patients.

Dans d'autres cas, ce sont des effets de production liés à la consolidation des formes organisationnelles existantes : en intensifiant la coordination, on augmente éventuellement la file active à iso-ressources; on sensibilise le comportement des professionnels à réduire des consultations inutiles en étant plus pertinents.

Dans tous les cas, on part de l'hypothèse que ces effets apportent un gain de qualité et un gain économique du point de vue de l'assurance-maladie (par un moindre coût unitaire de production, se répercutant dans le financement, ou une plus grande activité productive). La description précise des mécanismes attendus constitue ce qu'on appelle l'analyse logique de l'intervention, conduisant à cette hypothèse. Celle-ci n'est pas obligatoirement vérifiée par les faits, d'où l'importance d'une évaluation ne se réduisant pas à l'efficacité clinique.

- L'ajout de dispositifs organisationnels (consultations, ateliers éducation thérapeutique supplémentaires, outils numériques divers). C'est le cas de PCDGT, et de Passeportbipolaire par exemple. Dans ces cas, le gain de qualité engendre un coût supplémentaire.

Les impacts peuvent par ailleurs se conjuguer, avec des effets croisés : les effets d'optimisation peuvent créer de nouvelles marges de manœuvre qui servent à des ajouts de dispositifs organisationnels (par exemple, des gains de temps médicaux peuvent conduire à créer des nouvelles consultations pour une autre condition clinique ; ou encore une meilleure coordination, ou l'activité de suivi elle-même peut entraîner le recours à de nouveaux services – par exemple, un patient est plus fréquemment orienté vers un programme d'éducation thérapeutique).

On voit donc la difficulté à cerner les « impacts organisationnels ». La construction d'une typologie pourrait être utile pour mieux distinguer les différents cas de figure. Une autre option serait de se fier aux impacts sur les « outcomes », en considérant qu'une évaluation positive (qualité augmentée ou maintenue à moindre coût) sera l'assurance que ces impacts organisationnels vont dans le sens souhaité (mais en faisant par là même l'hypothèse que les « outcomes » ont une relation causale exclusive avec les impacts organisationnels, et dans ce cas sans véritablement savoir pourquoi « cela marche » dans le cas de résultats positifs). Dans le cadre de la première option, une ébauche de typologie des impacts organisationnels est proposée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Typologie des impacts organisationnels de la TLS

TLS	Impact sur le suivi des patients	Impact sur l'organisation du parcours du patient
	<p>1/ Acquisition d'un outil numérique (+)* et changement des processus de travail liés</p> <p>2/Recrutement ou redéploiement de personnels dédiés au traitement de l'information (le plus souvent des infirmières de coordination) (+)</p> <p>3/Aspects infrastructurels (mise à niveau des SI et inter-opérabilité) (+)</p> <p>4/Formation de personnels dédiés à l'usage de la TLS</p>	<p>Effets de Substitution :</p> <p>1/de l'Hôpital vers la ville (ou les soins à domicile)</p> <p>-Moins d'hospitalisations-de consultations-de venue aux urgences (-)</p> <p>- Diminution des actes en ville (+ ou -)</p> <p>2/des médecins vers les infirmiers ou autres professionnels (libération de temps médical par délégation d'activités) (-)</p> <p>3/des professionnels vers les patients (cas du dosage glycémique) (-)</p> <p>Effets de Production :</p> <p>1/ Intensification de la file active à iso-ressource du fait de la coordination (-)</p> <p>2/Pertinence accrue sur les actes/consultations inutiles du fait de la coordination (-)</p> <p>3/Réalisation d'actes en réponse à des besoins non-identifiés avant la mise en place de la TLS (eg. Consultation sur l'état nutritionnel) (+)</p> <p>Ajouts :</p> <p>1/ Mise en place de nouvelles consultations ou d'autres activités (eg. ateliers d'éducation thérapeutique) à l'occasion de la mise en place de la TLS (+)</p>

*Les (+) et (-) représentent le sens de l'impact sur le coût de l'organisation du parcours, vu du côté de l'Assurance Maladie si les variations de coût pour les producteurs se répercutent sur les dépenses AM. (+) : le coût augmente par rapport à la situation avant TLS ; (-) : le coût diminue par rapport à la situation avant TLS). Dans l'exercice de la modélisation économique des impacts et aussi de l'évaluation il est en revanche indispensable de faire le bilan des plus et des moins pour chaque acteur du système. On trouvera dans une note annexe une tentative de modélisation allant dans ce sens.

Cette typologie donne un aperçu des impacts qui reste à consolider, notamment avec le guide existant de la Haute Autorité de Santé.

- Ces impacts sont par ailleurs attendus (tels que présentés dans les cahiers des charges), et renvoient à une question d'évaluation pour démontrer leur caractère effectif ce qui ne semble pas toujours acquis à ce stade (notamment, le recours à la messagerie sécurisée proposée dans ces dispositifs).

A cet égard, des signes suggèrent que la coordination entre l'hôpital et la ville reste faible par rapport aux objectifs. Par exemple, elle est inexistante dans PBP avec les psychiatres libéraux. La coordination dans CECIC's apparaît plus intense en interne au sein des établissements que vers l'externe (hôpital-ville). Mais ce constat préliminaire doit être étayé par les résultats des évaluations finales pour comprendre le réel impact de l'organisation existante.

1.2. **Seconde acception.** Accompagnement organisationnel dans une perspective de généralisation.

L'accompagnement organisationnel se comprend comme l'ensemble des facteurs qui favorisent le développement de l'expérimentation. Ils sont intéressants à identifier car ils représentent autant de conditions à une potentielle généralisation. Ils pointent le rôle d'un dispositif d'accompagnement.

- Rôle d'un dispositif organisationnel pour assurer l'animation des implantations locales.

Appelé tour à tour « plateforme », « dispositif de coordination », « centre d'expertise », ce dispositif apparaît fondamental dans PBP, CECICS et PCDGT. Il aide à mutualiser les ressources, à gérer des questions informatiques, à animer, ou à distribuer des ressources (notamment dans les circuits de facturation). A ce titre le rôle des chefs de projet semble important pour assurer la dynamique locale), et pose aussi la question de leur démultiplication en cas de généralisation (au sein des dispositifs précédents). Plus généralement cette question de gouvernance renvoie à la définition du dispositif à mettre en place en cas de généralisation (à l'instar des Accountable Care Organizations aux États-Unis comme l'a montré Amol Navathe). On pense notamment aux dispositifs d'appui à la coordination, développés en France.

2. **Modèle économique**

Les quatre expériences analysées par le groupe relèvent d'un financement à la séquence, ie un forfait regroupant un certain nombre d'activités attribué par patient, d'une manière prospective (parfois rétrospective comme dans PBP, en transition vers une phase prospective), distinguant une partie technique (l'investissement dans la solution numérique) et une partie Ressources humaines (activité de suivi). Dans ce contexte, le principe de financement doit répondre à deux questions : rémunère-t-il les acteurs de façon suffisante, afin qu'ils adhèrent à la transformation visée ? est-il susceptible d'inciter ces derniers à mettre en place les mécanismes d'optimisation évoqués plus haut ?

A ce niveau les points qui apparaissent importants sont :

- **Le Périmètre du paiement** (TLS ou TLS dans une organisation ?)

Ce périmètre correspond aux activités prises en compte. Pour rappel, l'article 36 de la LFSS 2022 définit les activités de TLS comme :

- Une surveillance médicale qui repose sur l'analyse des données et alertes ;

- Les actions nécessaires à sa mise en place, au paramétrage du dispositif, à la formation comprenant l'éducation thérapeutique et l'apprentissage de l'usage de la TLS, à la vérification et au filtrage des alertes ainsi que des activités complémentaires, c'est-à-dire principalement de l'accompagnement thérapeutique.

Le tableau 2 ci-dessous permet de résumer les différentes activités impliquées dans les 4 expérimentations analysées par le groupe et couvertes par le forfait.

PCDGT	CECICS	VIGILANCE SENIOR	PASSEPORT BIPOLAIRE
Consultations préalables Formations Education thérapeutique Télesuivi Consultations nécessaires	Formations Education thérapeutique Télesuivi Orientation du patient Consultations nécessaires Consultations titration Organisation parcours intra hospitalier Organisation parcours extra hospitalier	Présentation aux séniors Alertes Suivi alertes Maintenance, contrôle des données informatiques Statistiques, réajustements	Consult longue Bilan centre expert Conciliation médicamenteuse PPS Télesuivi Psychoéducation Remédiation cognitive Traitement des alertes Suivi psy et somatique

Les activités **en gras** rentrent dans la définition des activités TLS selon la LFSS. La question est de savoir si les activités nouvelles qui ne sont pas en gras et qui ne sont pas à de l'accompagnement correspondent aux « activités complémentaires ». Dans CECICS, on voit que les formations à l'usage de l'outil, l'ETP et le télesuivi rentrent effectivement dans la loi. La question se pose donc pour les consultations de titration par exemple. Pour PBP, la psychoéducation et la remédiation cognitive ne sont pas comprises dans la définition de la LFSS, mis à part le télesuivi. D'une manière générale, on peut dire que :

- PCDGT a un modèle qui se rapproche le plus du modèle « pur » de la loi.
- CECICS contient beaucoup d'activités complémentaires potentielles
- Dans PSB, la TLS est inscrite dans un ensemble complexe d'activités innovantes
- VIGILANCE SENIOR semble plus simple mais intègre le suivi des opérations déclenchées par les alertes émises par le travailleur social au chevet de la personne âgée

CECICS et PSB ont des outils de TLS étroitement intriqués dans des organisations. Il y a ainsi deux façons d'analyser la TLS :

- **De façon exclusive** ie qui renvoie à la stricte définition de la LFSS (TLS + ETP + accompagnement et seulement ces activités), et qu'on peut identifier dans toutes les expériences
- **De façon inclusive**, i.e. conjugué à d'autres activités innovantes (TLS + ETP + + accompagnement + autres activités elles-mêmes innovantes).

Sur cette base, se pose donc une question de doctrine sur le périmètre de remboursement. Par ailleurs, il est à noter que le paiement expérimental proposé apparaît plus ou moins effectif (il reste « théorique » dans PBP).

- **Incitation.** Les paiements sont des incitations à modifier les comportements individuels et collectifs.

En l'occurrence sont attendus des :

-Effets sur l'organisation du parcours patient en faveur d'un gain d'efficacité d'un point de vue de l'assurance-maladie (sans dégrader la qualité des soins).

Comme il a été montré dans la partie précédente, des effets devraient s'observer par substitution ou production accrue. Par exemple, le temps médical par la TLS dans PCDGT peut générer une augmentation de la file active, et une diminution des consultations, donc des recettes pour l'hôpital. Les flux des dépenses et recettes pour l'établissement (également pour un cabinet médical) sont donc modifiés par la TLS. Plus les impacts organisationnels sont nombreux et complexes, comme dans le cas de la TLS, plus l'anticipation de leurs effets économiques sera difficile ; c'est en tout cas le rôle de l'évaluation d'essayer de les prévoir, de les hiérarchiser, et de les estimer sur les expérimentations. Pour les porteurs l'enjeu de l'évaluation sous cet angle du modèle économique est important : elle donne une indication de l'intérêt à agir (à promouvoir et introduire la TLS) Dans ce calcul évaluatif, l'assurance-maladie constitue évidemment un acteur central. L'analyse budgétaire classique liée aux évaluations médico-économiques des médicaments et produits médicaux ne prend que marginalement en compte les impacts organisationnels de ces derniers (la HAS a récemment produit une grille ayant le mérite de les lister et d'en définir la nature). Ils sont sans doute faibles dans le cas du médicament, mais centraux dans le cas de mises sur pied de dispositifs comme la TLS, à composante organisationnelle forte.

- Evidemment les évolutions des flux économiques liés directement aux impacts économiques du changement organisationnel ne sont pas les seuls à prendre en compte.

Il faut également essayer d'examiner ceux liés aux effets listés dans la seconde colonne du tableau ci-dessus (par exemple hospitalisations et actes évités), permettant notamment de répondre à la question : qui capture le gain ?

Il peut se faire alors que le gain d'efficacité pour l'assurance-maladie, recherché dans les innovations TLS ne soit pas finalement au rendez-vous, tous calculs faits.

Une composante organisationnelle particulière est constituée par le circuit de facturation ; le système du forfait, incluant dans une même rémunération des acteurs différents, bouleverse les circuits habituels : en théorie, la rémunération est tout d'abord versée à l'un des acteurs (souvent le porteur), qui le répartit ensuite entre les autres professionnels ou institutions impliqués. Cette évolution peut rencontrer des difficultés (estimation des parts, règlement des différends, droit administratif etc.), qui sont à analyser dans les évaluations.

-Effets sur les comportements des acteurs en termes d'efficacité. Le forfait permet en principe de limiter le niveau de consommations d'actes à l'intérieur d'un séjour. Concernant les expérimentations analysées la question s'avère centrale pour PBP qui est censé basculer, après un financement rétrospectif, vers un forfait prospectif avec intérêt. Des membres du groupe soulignent cependant que la philosophie de PBP en terme d'efficacité correspond plutôt à une amélioration de qualité limitant les hospitalisations.

Par ailleurs, le périmètre du paiement oriente l'incitation, et les équilibres économiques. Par exemple, le forfait défini actuellement tient compte des besoins RH estimés et d'un investissement technologique (en définissant un cahier des charges génériques sur la solution à adopter). Mais il pourrait aussi laisser l'établissement choisir un fabricant pour l'équipement, en retirant la partie investissement technologique du forfait, et en imposant simplement un seuil pour la partie technique, visant à la recherche d'efficacité du côté établissement.

Ce thème est peu abordé dans les rapports d'évaluation intermédiaires disponibles, ce qui laisse donc la question entière.

3. Evaluation de l'innovation organisationnelle incluant de la TLS

Rappelons à nouveau que les éléments du matériau en possession du groupe sont liés aux données issues des rapports d'évaluation intermédiaire qui s'appuient sur des études essentiellement qualitatives, et ne permettent pas de statuer sur les résultats en termes d'*outcomes*.

(i) Regard sur les évaluations.

En entrant dans un domaine d'évaluation nouveau (faisabilité d'une organisation), où il n'existe pas de doctrine établie, les méthodes d'évaluation restent en elles-mêmes un sujet. Les démarches analysées par le groupe sont de ce fait hétérogènes avec des questionnements sur : (i) le recours aux méthodes quantitatives (enquêtes de satisfaction avec un faible nombre de répondants et sans connaissance du taux de réponse ?) ; (ii) l'emploi des méthodes qualitatives où l'on ne comprend pas toujours la stratégie de sélection des acteurs interrogés ; (iii) la faiblesse des analyses comparative sur les freins et les points positifs à l'implantation de la TLS lorsque plusieurs sites sont concernés ; (iv) les règles de codage des verbatims (« cela libère du temps médical ») qui parfois donne un sentiment de plaidoyer en faveur des expérimentations ; (v) l'analyse relativement limitée des refus à participer alors que la question de l'emploi de la TLS reste importante ; (vi) la connaissance des effets inattendus variables (cependant un contre-exemple positif notoire est

l'évaluation de PBP où l'analyse montre des effets sur l'acceptation du diagnostic, le suivi des comorbidités, et l'accès aux dispositifs d'expression des patients).

Les réponses apportées à ces points devraient contribuer à définir une doctrine sur les méthodes appropriées,

- Malgré ces questions soulevées, ces évaluations qualitatives apportent de nombreux enseignements sur les modalités d'implantation de la TLS et permettent d'identifier les dimensions organisationnelles citées précédemment, ainsi que des notions-clés dans le déroulé même de l'expérimentation :
 - File active & rythme d'inclusion

 - Circuits de facturation (cas de PCDGT)

Les analyses sur les équilibres économiques des acteurs pour apprécier leur intérêt à l'adoption de l'innovation, ainsi que les effets d'efficacité des forfaits ne sont encore que sommairement abordés dans les rapports intermédiaires dont le groupe a pu disposer.

A ce niveau, le ratio patients suivis/infirmière mériterait d'être relevé systématiquement. Celui-ci varie d'une expérimentation à l'autre et représente une donnée importante (et plus simple à recueillir qu'un temps de suivi) si l'on intègre l'activité infirmière dans le forfait.

(ii) Evaluer l'apport spécifique de la TLS

L'évaluation des expériences porte sur des dispositifs TLS associés à une organisation plus ou moins innovante, ce qui pose un problème si l'on veut évaluer de façon rigoureuse avec contrefactuel l'apport propre de la TLS (vision exclusive, celle de la LFSS) pour des dispositifs inclusifs (qui intègrent une nouvelle organisation et une TLS). Il n'existe pas dans ce dernier cas, et par définition, de contrefactuel « Nouvelle organisation SANS TLS »).

- Des pistes possibles pour surmonter cette difficulté sont de :
 - **Raisonner en « preuve de concept »** par exemple à partir des résultats donnés par la revue de littérature de la Chaire Santé de Sciences Po, c'est-à-dire ne pas relancer une évaluation supplémentaire sur une solution technique dont on connaît déjà les effets (exemple de la TLS sur l'insuffisance cardiaque ; voir aussi l'exposé de Claude Sicotte sur la TLS au Canada). Ce qui compte alors est d'étudier l'effet de l'organisation innovante.

 - **Raisonner en termes de « bien-fondé »** (terme visant une méthodologie développée au Canada), ie en analysant finement les mécanismes organisationnels du dispositif (ce qui renvoie au point précédent et implique une description détaillée du processus de soins, comme dans PCDGT et VIGILANCE SENIOR, moins dans CECICS et PSB), en mettant en avant les connaissances scientifiques disponibles sur les différents maillons du processus).

- Centrer davantage l'évaluation sur l'expérience patient, l'usage effectif des dispositifs, la perception des utilisateurs quant à la qualité de soins.

Au-delà a été souligné l'avantage qu'il y avait à évaluer des projets matures. A ce titre le groupe a souligné l'intérêt des travaux présentés par Mathias Béjean autour des CML's (Concept Maturity Levels) qui pourraient enrichir l'analyse des expérimentations en amont de l'autorisation, conjointement ou intégrés aux séances de l'accélérateur.

En synthèse

Voici donc une liste de questions/problèmes soulevés à ce stade, en s'appuyant sur le matériel du groupe. Encore une fois, cette liste n'est pas exhaustive. Cette note est une base offrant un socle commun pour lancer nos futures discussions. Il ressort de notre point de vue quatre thèmes majeurs :

- La définition des impacts organisationnels de la TLS (sur le suivi à distance des patients, et plus largement sur les organisations du parcours du patient). Une typologie est proposée à cet effet, certainement à consolider.
- Les équilibres économiques entre les acteurs qui s'en déduisent. Peut-on préciser les méthodes d'analyse sur les différents thèmes à traiter : coûts d'investissement et d'adaptation de l'organisation adoptante, gains de productivité, bilan économique pour les organisations impliquées (dont l'AM), compte tenu des gains éventuels d'efficience liés à la transformation organisationnelle et aux impacts sur la qualité des soins ?
- L'accompagnement organisationnel et sa contrepartie financière nécessaire en cas de généralisation. Des facteurs tels que la chefferie de projet, l'existence d'une structure intermédiaire (pour gérer les systèmes d'information, les ressources humaines, la distribution des ressources et des paiements, et encore d'autres activités) semblent importants à prendre en compte dans une stratégie de passage à l'échelle.
- Les méthodes d'évaluation de l'innovation organisationnelle. Les évaluations des expérimentations de l'art 51 constituent un « matériel » d'importance pour établir une doctrine appropriée aux innovations organisationnelles.

A partir de la réflexion sur ces quatre thèmes, des scénarios de généralisation peuvent s'envisager, et pourraient faire l'objet du prochain axe de travail du groupe. A ce titre la fixation de la rémunération de la télésurveillance constitue évidemment un aspect important de la généralisation, et on voit, d'après ce qui précède, que la démarche générale actuelle de la régulation des produits de santé, positionnant un tarif par rapport à un coût et /ou un apport de valeur pose ici des problèmes spécifiques : le coût est celui d'une transformation organisationnelle et non d'une production, et n'est pas forcément très simple à estimer, et l'apport de valeur propre de la TLS peut pour certaines innovations se séparer malaisément de celui produit par un dispositif englobant.

Annexe 3 - La traduction économique des impacts organisationnels. Modèle théorique pour une TLS simple.

La télésurveillance (TLS), telle qu'elle peut être analysée dans des expérimentations de l'article 51, est certes un dispositif technique, mais également une transformation organisationnelle, dans le sens où un processus de soin, impliquant plusieurs professionnels, éventuellement de statuts différents, et de nouveaux équipements, est modifié. A ce titre les évaluations médico-économiques, telles qu'elles sont entreprises par exemple dans le cadre de la mise sur le marché ou du remboursement d'un médicament ou d'un dispositif médical, sont également impactées, car il ne s'agit plus d'utiliser le coût de production d'un produit, mais des effets économiques d'une réorganisation, en termes de variations des ressources liées aux évolutions de la prise en charge. Il convient par ailleurs d'ajouter que ces effets sont dépendants du mode de financement adopté (tarif, forfait, capitation...), et que c'est nécessairement le couple financement/ organisation qui doit être examiné en ce sens. Par exemple financer par un forfait plusieurs professionnels peut conduire ces derniers à mieux répartir leurs interventions respectives de façon à optimiser le temps et les compétences de chacun (évolution organisationnelle), ce qui peut conduire à une diminution d'actes, donc des facturations et remboursements (évolution économique).

La HAS, ainsi qu'un certain nombre de représentants de l'industrie des produits de santé, ont reconnu la nécessité de prendre en compte dans l'évaluation d'un produit de santé ses impacts organisationnels, cette perspective étant stimulée par le développement des dispositifs médicaux digitaux (téléconsultation, TLS...) Elle a établi un premier listage de ces impacts selon trois catégories (impacts sur les processus, impacts sur les compétences, impacts sur l'ensemble de la société), mais les raisonnements qui conduisent par exemple à l'établissement d'un tarif peuvent susciter l'intérêt de disposer, au-delà d'une appréciation qualitative issue du listage actuel, d'une expression globale (un coût économique) de ces mêmes impacts.

Dans cette optique, prenons comme exemple le produit de santé Télésurveillance, telle qu'elle a été introduite dans le droit commun (article 36 de la LFSS 2022). La loi prévoit de rémunérer l'exploitant (le fabricant du logiciel) et l'opérateur (hôpital, cabinet médical, maison de santé etc., utilisateur du dispositif) par deux forfaits, remboursés à chaque patient sur une période donnée de temps, le « forfait exploitant » et le « forfait opérateur ». Le premier s'appuie sur l'estimation d'un coût de production, en accord donc avec la démarche habituelle, même si actuellement une telle estimation, concernant l'élaboration et la mise à disposition d'un logiciel, n'est pas évidente (voir rapport principal), mais sur quoi peut s'appuyer le « forfait opérateur » ? **En fait, on voit que, étant donné que le coût de l'équipement est pris en compte par ailleurs, le coût à considérer est alors celui de la transformation organisationnelle évoquée ci-dessus. Comment les ressources sont redéployées dans l'espace et comment sont-elles recalibrées ?**

L'enjeu d'un tel calcul concerne tout d'abord le problème de **l'adoption** : si en effet le coût de la réorganisation liée dépasse la rémunération de l'opérateur, celui-ci peut ne pas décider de développer le dispositif. Le tarif est considéré ici comme un incitatif, si le régulateur considère qu'il est bon de développer ce dernier.

Il concerne ensuite aussi le problème du partage de la valeur, s'il s'avère que la TLS contribue à dégager une diminution des dépenses collectives partageable entre les trois acteurs (et non plus deux) : Assurance Maladie, Exploitant, Opérateur, en tenant compte de leurs contributions respectives. Le tarif est considéré ici comme un principe de justice.

Mais, supposant que le coût exploitant est transmis par ce dernier, peut-on évaluer le coût pour l'opérateur, c'est-à-dire l'effet de la réorganisation induite par la TLS sur son équilibre économique ?

Pour préciser la question, limitons-nous à une TLS simple¹ : le suivi de patients atteints d'une pathologie, à domicile, mais nécessitant dans la situation traditionnelle, la venue régulière dans un hôpital (ou un cabinet médical) pour des consultations programmées sur une périodicité fixe. Ce processus est remplacé par un suivi TLS effectué par des infirmières (IDE), les patients introduisant de façon régulière dans le dispositif des mesures auxquelles ils procèdent eux-mêmes ainsi que des informations concernant leur ressenti. Les IDE examinent ces éléments en les comparant à des référentiels et les transmettent aux médecins en cas d'anormalité avérée et c'est dans ce cas qu'une consultation est éventuellement organisée (il se peut que cet événement se traduise en fait par un simple conseil). Les médecins libéraux peuvent également utiliser le dispositif TLS, mais c'est eux en général qui opèrent le suivi (ils peuvent aussi s'adjoindre le concours d'une infirmière).

On peut alors distinguer deux niveaux d'effets sur les organisations concernées :

- les effets sur le processus de suivi lui-même, avec les écarts de consommation de ressources entre le processus préexistant et le nouveau processus ; effets à court terme et pouvant donner lieu *a priori* (avant toute expérimentation) à des calculs de flux économiques à partir du design du processus. Exprimer ces flux en termes de consommations de ressources signifie que l'on utilise des coûts comptables, un certain nombre « d'efforts » déployés par l'opérateur s'appliquant à l'acte de réorganisation lui-même (négociations, transactions, concertations) échappant à la formalisation. Il s'agit cependant d'une expression du « coût d'entrée » dans le dispositif (en tout cas d'une partie), conditionnant son adoption.
- les effets organisationnels dont l'ampleur est difficilement prévisible et par ailleurs peu formalisables, et à plus long terme, par exemple sur les compétences (des IDE notamment) ou encore sur les gains d'efficacité liés à la rémunération (exemple du forfait).
- les effets induits (propres à l'évolution de l'état de santé des patientes, effets liés à la qualité améliorée des soins) : diminution d'actes, de passages aux urgences et d'hospitalisations, complications évitées etc. et que l'on ne peut estimer qu'*a posteriori*. Ces effets sont - eux aussi - à la fois organisationnels et économiques : une hospitalisation évitée constitue une diminution de dépenses pour l'Assurance Maladie, un fait organisationnel pour l'opérateur, mais dont il est difficile d'évaluer le coût, qui dépend du contexte (en cas de saturation et donc de recrutement possible de patients du même type, le coût est nul ; dans le cas contraire, il y a simplement un coût égal à la perte de recette). Dans un raisonnement portant sur la généralisation de la TLS, on est obligé de trancher en adoptant l'hypothèse au fondement de la T2A, à savoir qu'en moyenne les

¹ Simple essentiellement parce que ne faisant pas appel à une autre transformation des pratiques. Une fois que l'information est transmise au médecin, celui-ci revient au « standard of care ».

établissements sont (devraient être) saturés. Le seul flux apparaissant alors dans les calculs est le gain pour l'Assurance Maladie.

Rappelons que les objectifs de l'innovation TLS et par là même son évaluation ne se limitent pas aux effets précédents mais sont également liés à l'amélioration de la qualité de vie des patients (diminution des déplacements, réassurance, relations avec l'équipe soignante), ces éléments ne pouvant également être appréciés qu'à partir d'une évaluation contrefactuelle, post-expérimentale, et d'une modélisation économique plus complexe, du type coût par QALY.

Comme on le voit, ces impacts organisationnels, donc économiques, sont nombreux et beaucoup sont difficiles à modéliser. Cela dit, on peut essayer l'exercice de cette modélisation, en tout cas pour la problématique de l'adoption, lié au changement de processus, car l'opérateur lui-même, pour éclairer sa décision, sera contraint de ne prendre en compte que les variables quantifiables, issues de la comptabilité.

A. Flux économiques liés à la réorganisation du suivi

Soit donc un opérateur confronté à la décision d'adoption

A court terme, d'un point de vue économique, et en nous limitant aux effets quantifiables sous ce point de vue, la TLS prise en exemple entraîne en principe une baisse des consultations systématiques des patientes, donc une diminution de la charge en travail médical, une augmentation de la charge infirmière, affectée au suivi. La formalisation sur ce cas est possible et peu compliquée si on se limite aux hypothèses évoquées ci-dessus.

On distinguera le cas de l'établissement de santé et celui du cabinet de ville.

1) Établissement de santé H

Nous supposerons dans cet exercice que H effectue un calcul économique confrontant sur une activité donnée (le traitement de la pathologie visée par l'exemple) les consommations de ressources correspondantes (appelées « coûts ») et les recettes (tarifs des consultations ici). La différence entre recettes et coûts sera appelée « surplus ». Ce type de calcul est à présent permis par la T2A dont on rappelle qu'elle autorise les établissements à avoir des bénéfices ou des déficits, les induisant -en principe- à estimer en interne la contribution des différentes activités à l'équilibre économique d'ensemble.

D'où les calculs de coûts, recettes, et surplus pour les deux situations : sans et avec TLS.

a) Sans TLS

Soit n le nombre de patients inclus et p le nombre moyen de consultations par patient, au long de l'épisode de surveillance, sans TLS.

Soit C_c le coût moyen pour H de la consultation correspondant à l'épisode pathologique, T_c le tarif de remboursement de la consultation.

Le coût moyen total pour H de l'épisode de surveillance des n patient est :

$$n \times p \times C_c$$

Le coût pour l'AM : $n \times p \times T_c$

Le coût C_c contient évidemment la quote-part salariale du médecin, également celle du secrétariat de consultation, une part de logistique générale, mais aussi éventuellement celle d'infirmières affectées aux consultations et effectuant un suivi des patients. Dans la logique (approximative) de remboursement des coûts de la T2A, on devrait avoir $C_c = T_c$. Il semble que très généralement $C_c > T_c$. **En l'occurrence l'existence d'un suivi infirmier préalable à la TLS, tel que constatable dans un certain nombre de suivis de patients, va dans le sens d'un tel déséquilibre.**

Posons alors : $p \times C_c = p \times T_c + d_s \times S_i$, où d_s représente la durée de suivi moyenne d'un patient (hors TLS), en heures, pendant la période de suivi et S_i le salaire moyen horaire d'une infirmière. On fait ici l'hypothèse que l'écart entre le coût de la consultation et sa rémunération résulte de ce suivi non tarifé des patients. Introduire un résidu supplémentaire ne changerait pas substantiellement le modèle.

b) Avec TLS

Appelons p' le nombre moyen de consultations² après le passage à la TLS ; $p' < p$ (en principe)

Par ailleurs, chaque patient mobilise en moyenne un temps de surveillance par infirmière noté d'_s . Si l'on prend à nouveau coût salarial horaire d'une infirmière S_i , le coût total moyen pour H de la surveillance est :

$$n \times p' \times T_c + n \times d'_s \times S_i$$

On n'ajoute pas le coût d'usage de l'équipement de télésurveillance, qui est remboursé par ailleurs que l'exploitant.

Appelons F_h le forfait versé à H par l'Assurance Maladie.

$$\text{Coût pour H : } n \times p' \times T_c + n \times d'_s \times S_i$$

$$\text{Coût pour l'AM : } n \times p' \times T_c + n \times F_h$$

(On notera que l'on ne prend pas en compte ici le gain de disponibilité des médecins ; il sera évoqué plus loin ; par ailleurs on ne prend pas non plus en compte les temps de coordination entre médecins et infirmières, difficiles à estimer *a priori*)

c) Bilan économique de l'activité avec et sans TLS

² En fait p' n'est pas connu à l'avance, mais il peut être anticipé à partir des études medico-économiques sur la TLS pour la pathologie en cause. Il constitue un élément de performance du dispositif, à vérifier dans l'évaluation.

On calculera ces bilans pour H et pour l'AM, les coûts étant ceux du paragraphe précédent.

Pour H :

Avant TLS, recettes = $npxT_c$ surplus = $-nxd_sxS_i$

Après TLS, recettes = $npx'T_c + nx F_h$ Surplus = $nxF_h - nxd'_s xS_i$

Evolution du surplus pour H : $nx(F_h + (d_s - d'_s)xS_i)$

Pour l'AM, évolution des dépenses :

$= nx[F_h - (p - p')xT_c]$

Analyse :

Pour H, si $d_s < d'_s$ le résultat sur l'évolution du surplus est incertain.

Notamment pour $d_s = 0$ (pas de participation du corps infirmier au suivi sans TLS), le surplus évolue de :

$nx(F_h - d'_s xS_i)$

Dans ce cas, l'incitation existe si $F_h > d'_s xS_i$

Le forfait permettant l'incitation consiste à rembourser H au moins du coût du suivi IDE.

Par ailleurs, l'existence d'un suivi préalable à la TLS tend à diminuer ce seuil : si un suivi préalable existe, mais que l'on ne prend pas en compte lors de la fixation du forfait, celui-ci peut être considéré comme excessif. Il finance des activités qui l'étaient déjà (dont le coût était intégré à des GHS, pondérant ainsi l'hospitalisation).

Ainsi est-il important, dans l'évaluation d'une expérimentation de TLS, et notamment du modèle économique associé (ie le forfait opérateur), d'avoir une lecture des modes de suivi qui préexistaient à la TLS.

Par ailleurs, on voit sur ce calcul théorique, que ce qui fixe le forfait seuil est le temps de suivi des IDE. Or ce temps dépend beaucoup des pratiques de suivi, qui peuvent être très différentes selon le contenu des activités correspondantes (allant de la simple transmission d'informations au case-management). Cf. rapport principal.

Pour l'AM, si l'on nomme F_t le forfait exploitant, l'évolution totale des dépenses est :

$nx[F_h + F_t - (p - p')xT_c]$

Si l'on prend un jeu de données vraisemblable, issu d'une expérimentation Art 51 fondé sur une TLS -presque- aussi simple que celle qui est formalisée ici,

Avec :

$P = 6$

$P' = 3$

$T_c = 28$

$$F_t = 90 \text{ €}$$

$F_h = 52 \text{ €}$ (fondé sur un suivi de 1h20 m sur une période de six mois et sur un coût horaire de l'IDE de 40 €),

On trouve une augmentation des dépenses AM de 58€ par patient soit une augmentation de 34% par rapport aux dépenses sans TLS (6 consultations à 28€), et une augmentation de 11 600 € pour les 200 patients inclus à H.

d) Prise en compte du surcroît de disponibilité des médecins

Les calculs précédents ne prennent pas en charge le surcroît de disponibilité des médecins liée au transfert d'activité entre médecins et infirmiers. Ce temps disponible peut être consacré à une augmentation de la file active des patients considérés, si la demande suit. Les autres cas peuvent être multiples, concerner des activités aux caractéristiques économiques diverses, et donc ne peuvent donner lieu à des calculs (l'hypothèse la plus raisonnable est celle de la neutralité économique).

Dans le cas de l'augmentation de la file active des patients pris en charge par la TLS, un calcul théorique est en revanche possible :

Avec les notations précédentes, le nombre de consultations « libérées » est égal à $n \times (p - p')$. Sachant qu'avec la TLS, chaque parturiente bénéficie de p' consultations, le nombre de patients inclus supplémentaires est $n \times (p - p') / p' = n \times (p / p' - 1)$.

Le nombre total de patients pris en charge est alors $n + n \times (p / p' - 1) = n \times p / p'$

Pour H, le calcul des coûts et recettes liés à la TLS est le même qu'avant, avec simplement remplacement de n par $n \times p / p'$.

$$\text{Surplus pour H} = (n \times p / p') \times (F_h - d'_s \times S_i)$$

Evolution surplus entre situation sans TLS (surplus = $- n \times d_s \times S_i$) et la situation avec TLS :

$$(n \times p / p') \times F_h + n \times (d_s - d'_s \times p / p') \times S_i$$

On retrouve que si $d_s = 0$ (pas de suivi préalable), le signe de l'évolution du surplus est celui de $F_h - d'_s \times S_i$

(Si le forfait est cohérent avec le temps passé en surveillance par les infirmières, le passage à la TLS est neutre pour l'hôpital).

En revanche pour l'AM, l'évolution des dépenses avec TLS devient :

$$n \times [F_h + F_t - (p - p') \times T_c] \times p / p'$$

et évidemment correspond à une augmentation avec les chiffres utilisés précédemment ($p = 6$, $p' = 3$) : on a un doublement de la file active) donc des évolutions des dépenses AM, soit 23 200 € concernant la patientèle de l'hôpital H.

Remarque 1 : il s'agit des dépenses des remboursements de l'AM à l'hôpital H.

Au niveau national il est possible que la file active ne puisse plus augmenter. L'évolution des dépenses AM obéit alors à la formule (3), avec n effectif national et estimation de p' issue de l'expérimentation.

Remarque 2 : le groupe de travail a fait valoir que ce type de pratique ne pouvait se mettre en place sans un accompagnement organisationnel, qui est prévu en ce qui concerne les expérimentations Art 51 par les crédits d'amorçage et d'initialisation (management de projet, gestionnaires de données, maintenance du système d'information etc.), mais dont certaines composantes pourraient subsister dans le cadre d'un passage à l'échelle. En toute rigueur il faudrait prévoir un forfait supérieur à F_h , qui ne prend en compte que le temps de surveillance des infirmières.

Remarque 3 : évidemment ces calculs sont théoriques. Ils invitent cependant à bien comprendre les mécanismes en cause et les impacts organisationnels de la transformation, ainsi que la nature des flux économiques induits, qui peuvent influencer sur la propension des acteurs à adopter l'innovation. Ils peuvent orienter le travail de l'évaluation vers tel ou tel aspect (par exemple la nécessité d'appréhender l'ampleur du suivi préalable à l'implantation de la TLS)

2) Cas du médecin libéral.

Les calculs semblent plus simples, surtout si l'on prend le cas du médecin de ville prenant en charge seul les patients et procédant lui-même au suivi.

Avec les notations précédentes, ses recettes, avant la TLS étaient $nxp \times T_c$

Avec la TLS elles deviennent $nxp' \times T_c$

Et la perte de chiffres d'affaires est $(p-p') \times T_c$

Chiffre auquel il faudrait affecter un taux de charge (charges sociales et fiscales) pour passer à des pertes effectives

Par ailleurs il consacre personnellement un temps de suivi d_s , qui peut se traduire en perte d'activité.

Il reçoit de l'AM le forfait F_h .

La variation de ses revenus est donc $nx F_h - nx(p-p') \times T_c$ - perte liée au temps de surveillance.

La problématique est de savoir si le forfait versé par l'AM compense ou non ces pertes (la location F_t de l'équipement lui étant remboursée).

Pour l'AM l'évolution des versements s'exprime de la même façon que pour l'hôpital :

$$nx[F_h + F_t - (p-p') \times T_c]$$

Peut-on aller plus loin ? Deux questions se posent :

- Il n'y a pas dans le cahier des charges d'indications sur le forfait payé au libéral. Les calculs sont effectués sur le cas hospitalier (suivi effectué par des infirmières). Faut-il supposer que les forfaits de même nature ? de même montant ?
- Le problème de la disponibilité supplémentaire offerte par la TLS se pose différemment par rapport à l'hôpital. Le médecin peut compenser les pertes en consultations économisées

par la TLS par un recrutement de nouveaux patients, qu'il s'agisse de la même pathologie ou d'une autre.

Mais il peut aussi ne pas le faire, par exemple profiter du temps libéré pour se consacrer à une activité différente.

Par ailleurs est ce que le temps de suivi proprement dit correspond systématiquement à des consultations perdues ? Le libéral dispose de davantage de flexibilité dans l'activité de lecture des messages laissés par la TLS que les IDE de l'hôpital ; il peut par exemple exercer cette activité en dehors des horaires de consultation, ou entre deux consultations (ce fait peut expliquer que les libéraux de l'expérimentation trouvent le forfait convenable, contrairement aux infirmières hospitalières). IL peut également avoir accès plus rapidement aux dossiers sur la plateforme. Incertitudes donc sur la fonction objectif et la fonction de production, qui n'ont rien à voir avec les notions correspondantes pour un établissement de santé.

Le modèle économique théorique est donc assez différent de celui de l'hôpital et plus difficilement formalisable (si tant est que celui de l'hôpital l'est facilement).

Remarque : si le médecin libéral recrute une infirmière pour assurer le suivi par TLS, le modèle théorique se rapproche de celui de l'hôpital).

B. Effets économiques induits par le nouveau suivi

Comme dit en introduction ils ne sont pas modélisables *a priori*. Il faut donc procéder à une analyse médico-économique fondée sur une comparaison avec un contrefactuel pour estimer les variations définitives des flux économiques concernant les différents acteurs.

En ce qui concerne les rétroactions sur l'activité d'un hôpital (hospitalisations, urgences évitées etc.) on a vu que le calcul économique n'avait pas de sens pour l'hôpital lui-même (à la limite, venues évitées signifient intuitivement pertes de recettes et est donc en défaveur de la TLS).

En revanche, pour l'AM il s'agit de dépenses évitées. A ce titre, le « surcoût » précédent de 58 € peut être annulé dans des hypothèses vraisemblables (par exemple, pour des séjours de coût moyen de 3000 €, la proportion d'hospitalisations évités avec TLS conduisant à ce résultat est de 3 %).

Évidemment ce type de pourcentage ne peut être obtenu qu'à partir d'analyses portant sur un certain nombre d'installations.

Enfin, restent les outcomes sur la satisfaction des patientes (déplacements, réassurance, relations avec l'équipe soignante), sur lesquels une partie des évaluations devrait sans doute porter, compte des incertitudes sur les flux économiques quantifiables.

Additif : hypothèse d'un forfait F_h couvrant les consultations générées au cours du suivi.

Dans l'exemple pris, le suivi effectué par les IDE conduit les médecins à prendre des décisions, en fait de nouvelles consultations, rémunérées séparément du forfait opérateur.

Mais il se peut également, dans une perspective d'efficacité, que le forfait couvre également ces consultations, afin qu'elles ne soient déclenchées qu'à bon escient et que l'objectif de productivité recherché soit atteint.

Les calculs ci-dessus sont alors modifiés comme suit :

Calcul des surplus économiques

Avec les notations précédentes :

Avant la TLS (pas de changement)

Coût pour H : $n_x p_x T_c + n_x d_s x S_i$

Recettes : $n_x p_x T_c$

Surplus : $-n_x d_s x S_i$

Dépenses Assurance maladie : $n_x p_x T_c$

Avec la TLS

Coût pour H : $n_x p'_x T_c + n_x d'_s x S_i$

Recettes : $n_x F_h$ (En effet le forfait est censé couvrir les consultations, dont les tarifs apparaissent auparavant sur cette ligne, en diminution des dépenses AM) ;

Surplus : $n_x F_h - n_x p'_x T_c - n_x d'_s x S_i$

(On vérifie sur cette formule que multiplier les consultations détériore le bilan économique, ce qui renvoie au caractère incitatif du modèle choisi)

Dépenses Assurance maladie : $n_x (F_h + F_T)$

Evolution du surplus pour H : $n_x F_h - n_x p'_x T_c + n_x (d_s - d'_s) x S_i$

Evolution des dépenses AM : $n_x (F_h + F_T) - n_x p_x T_c$

Par rapport à la formule précédente, cette évolution des dépenses est évidemment moins élevée, d'un montant négatif -26 € par patient.

Donc sous cette hypothèse d'un forfait étendu aux consultations générées par la télésurveillance, l'Assurance Maladie est bénéficiaire.

Le forfait d'incitation augmente de $p'_x T_c$

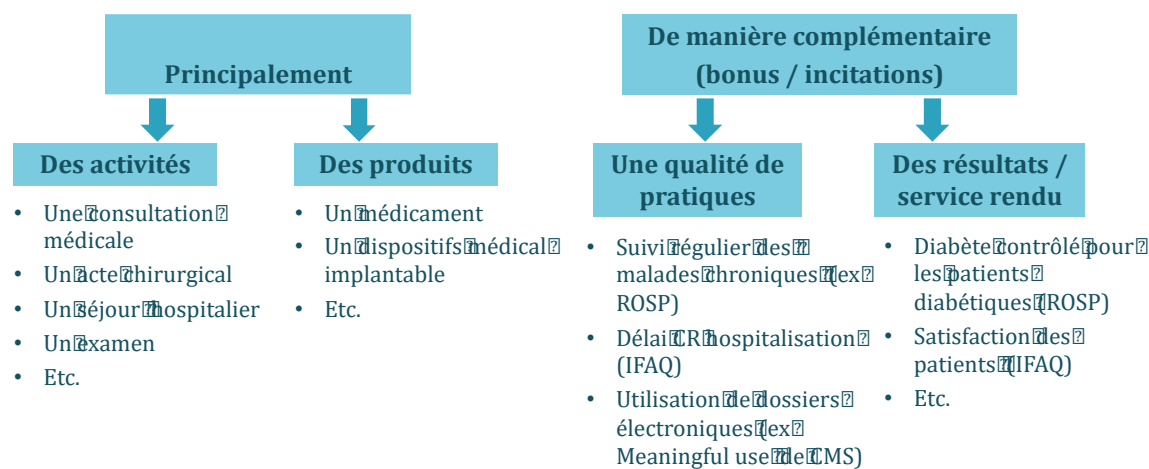
Annexe 4 - Les logiques possibles de rémunération et de fixation des tarifs

La TLS n'est pas spécifique par rapport aux questions de principe qui sous-tendent la fixation des prix dans le système de santé, de manière générale. En schématisant, les deux questions auxquelles on doit répondre sont : 1) qu'achète-t-on ? et 2) comment fixe-t-on le niveau du prix pour ce que l'on achète ?

1. Qu'achète-t-on ?

Ce qu'on achète à titre principal dans nos systèmes de santé, ce sont des activités (consultation médicale, examen de biologie, hospitalisation...) ou des produits (médicaments, dispositifs médicaux).

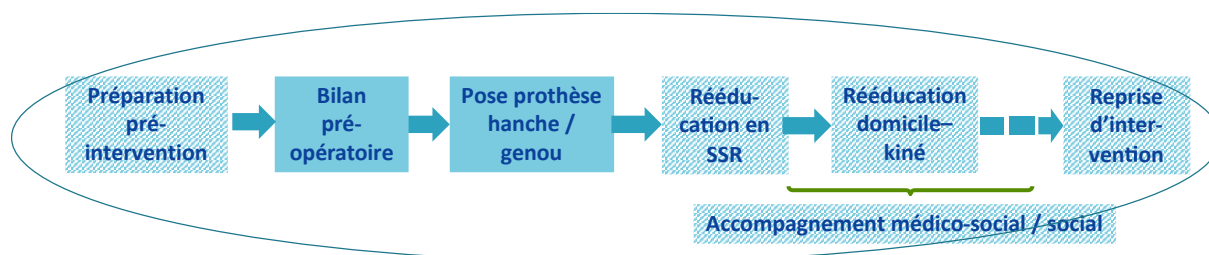
De façon beaucoup plus récente, on achète aussi de la qualité de service (par exemple un suivi des patients diabétiques conforme aux recommandations, un délai approprié d'envoi des comptes rendus hospitaliers...), ou des résultats (le plus souvent intermédiaires, par exemple la normalisation de la tension artérielle). Mais contrairement à l'exemple souvent cité de la Chine traditionnelle où le médecin n'est payé que si son patient reste en bonne santé, cette rémunération « au résultat » reste marginale par rapport au mode de rémunération principal fondé sur des activités³, et elle fonctionne en général comme un bonus⁴.



³ Selon le rapport charges et produits pour 2023, « Le poids financier de la Rosp était de 286 millions d'euros en 2019 et de 291 millions d'euros en 2020, soit entre 1 et 1,5 % des honoraires des spécialités incluses dans la Rosp, dont 3 % pour les médecins généralistes. Le dispositif Ifaq représentait 400 millions d'euros en 2020, et une cible de 450 millions d'euros en 2021, dont 373 millions d'euros pour la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), soit 0,5 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) hospitalier. Les Caqes ont conduit à un versement de 11,5 millions d'euros en 2020.

⁴ Voire, plus rarement, un malus.

Autre évolution récente, le fait d'acheter des « séquences de soins » complètes plutôt que des activités élémentaires.



Par exemple aujourd'hui chaque étape d'un épisode de soins pour prothèse de genou est rémunérée de manière séparée, mais on peut imaginer un paiement plus global pour l'épisode, c'est ce que testent les expérimentations article 51.

En réalité, il n'y a pas réellement de différence conceptuelle entre paiement à l'acte et paiement au forfait, bien que les deux soient souvent opposés : la question est celle du niveau de granularité du service qu'on rémunère. Le forfait peut être appliqué à un service défini à un niveau très fin (exemple : une consultation de généraliste), à un niveau intermédiaire (exemple : un séjour hospitalier), ou, et c'est surtout là que réside l'innovation, à un périmètre plus large, avec des forfaits « au parcours » englobant l'ensemble des étapes d'une séquence de soins complète.

Plus le périmètre est large, plus les offreurs de soins ont de marge de manœuvre pour optimiser la fonction de production à l'intérieur du forfait : d'une part pour réduire les coûts (et donc augmenter leur marge), et d'autre part pour améliorer la qualité et les résultats si ceux-ci font l'objet d'indicateurs associés à des formes de bonus.

Un des objectifs de ces forfaits « au parcours » couvrant l'ensemble d'un processus de soins est, par cette rémunération commune, de favoriser la coopération entre les différents intervenants qui sont amenés à se succéder dans ce processus, et qui se trouvent dès lors liés solidairement vis-à-vis du résultat. Un des effets pervers d'un paiement fractionné est en effet que chacun a intérêt à optimiser la partie qui lui incombe, éventuellement au détriment des autres intervenants et du résultat final⁵.

Les exemples de forfaits au parcours appliqués en routine restent cependant limités, les exemples néerlandais et suédois étant les plus souvent cités. Au demeurant, ils soulèvent un certain nombre de défis (*cf* rapport charges produits de la CNAM pour 2023), dont, et ce n'est pas le moindre, la nécessité de répartir le forfait entre différents acteurs de soins.

2. Comment fixer le prix pour ce que l'on achète ?

Plusieurs approches sont possibles, dans des secteurs différents du système de santé.

✓ Définir un prix en fonction de la valeur du service rendu (valeur en santé)

⁵ Par exemple, des services de soins de suite et rééducation (SSR) ont fait valoir que la T2A avait eu pour effet de faire sortir les patients plus vite du court séjour, reportant sur eux une charge accrue.

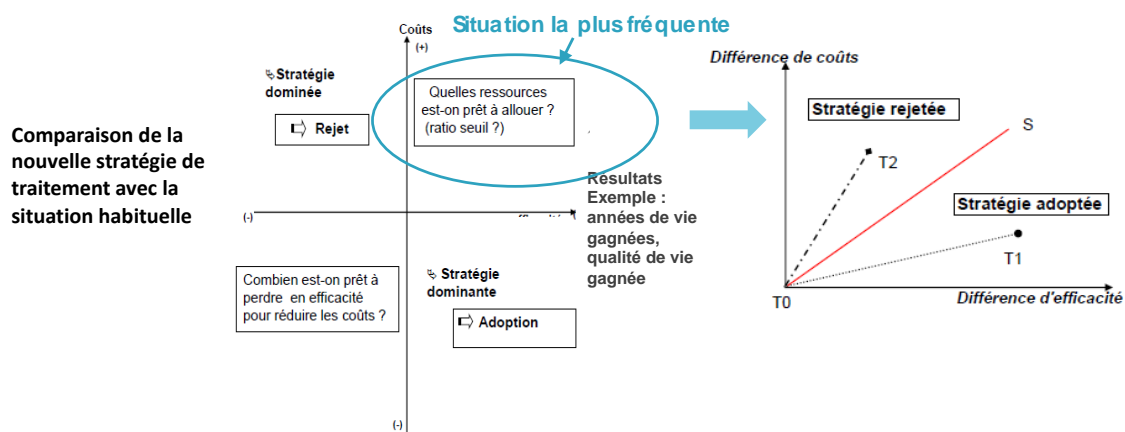
Le prix que l'on va accepter de payer dépend de la valeur ajoutée apportée, en termes de résultat de santé, par le produit ou le service. Le raisonnement à l'œuvre est celui du coût d'opportunité : les ressources totales étant limitées, on ne peut intégrer une nouvelle technologie ou intervention de soins que si le gain de santé qu'elle apporte est supérieur à ce à quoi on va renoncer pour pouvoir la financer.

Cette approche a été formalisée par les britanniques avec l'élaboration d'une métrique (le QALY, quality adjusted life year = année de vie en bonne santé) applicable en principe à toute intervention en santé⁶. Dans la pratique, c'est surtout dans le domaine des produits de santé qu'elle est utilisée.

Pour un nouveau traitement, on estime d'une part le différentiel de QALYs par rapport au standard de soins existant, d'autre part le différentiel de coût (en prenant en compte les coûts supplémentaires mais aussi les coûts évités), ce qui permet de calculer le coût d'un QALY gagné.

Le graphique ci-dessous illustre les différents cas de figure possibles. Le nouveau traitement peut être meilleur et moins cher, ou moins bon et plus cher, et dans les deux cas la décision est facile. Mais ces cas sont rares : le plus souvent, le nouveau traitement est à la fois plus coûteux et plus efficace. Dans certains pays, un seuil (qui peut varier en fonction de la gravité de la pathologie) est explicitement défini, au-delà duquel le traitement ne devrait pas être admis au remboursement. Définir cette valeur de référence revient à définir le prix maximum que la collectivité accepte de payer pour le produit, compte tenu du gain de santé qu'il apporte.

Dans tous les pays où cette évaluation du rapport coût-efficacité est conduite, elle est utilisée pour éclairer les pouvoirs publics dans leurs négociations avec les industriels pour la fixation du prix. En pratique donc le prix n'est pas directement issu de l'évaluation économique, il est le résultat d'une négociation informée par cette évaluation.



Remarque sur les attendus des expérimentations de l'article 51 en termes de rapport coût / résultat :

Comme on l'a dit, il est rare qu'un nouveau traitement soit à la fois meilleur en termes de résultat de santé et moins coûteux, on admet l'idée que faire mieux peut coûter plus cher. De ce point de vue, on peut noter qu'il y a, dans les expérimentations article 51, un niveau d'exigence qui peut

⁶ D'autres indicateurs de résultats peuvent aussi être utilisés (années de vie gagnées, événements indésirables évités...)

parfois paraître excessif, car pour certaines d'entre elles on escompte à la fois des économies et des bénéfices sanitaires :

Exemple Passport BP :

- Diminution des suicides, des recours aux urgences, stabilisation des maladies somatiques
- Diminution des coûts (hospitalisations évitées, plus courtes, IJ...)

Exemple CECICS :

- Réduction de la mortalité
- Hypothèse d'une diminution de 20% des hospitalisations (équilibre à -13%, -16% et -20% selon les catégories de patients)

✓ Définir un prix par appel d'offres concurrentiel

Dans l'approche précédente, le prix est déterminé par le régulateur (à l'issue d'une négociation sous-tendue par une évaluation du rapport coût / bénéfice).

Le prix peut aussi être déterminé par le libre jeu de la concurrence, s'exerçant au travers d'appels d'offres compétitifs. Là encore, ce sont les produits de santé qui sont concernés. C'est par exemple le cas des médicaments à l'hôpital (en particulier pour les médicaments dits « intra-GHS » - c'est-à-dire non financés en sus des séjours hospitaliers, et notamment ceux pour lesquels il existe des génériques, des biosimilaires ou des équivalents thérapeutiques, avec plusieurs industriels qui peuvent être mis en concurrence).

✓ Définir un prix / niveau de rémunération en fonction du coût de revient

Hors du secteur des produits de santé, l'approche utilisée le plus souvent consiste à fonder les tarifs sur les coûts de revient des activités.

C'est le cas pour tarifier les séjours hospitaliers avec la tarification à l'activité (T2A), les actes techniques (Classification commune des actes médicaux)...

Le coût estimé qui sert de base à la fixation du tarif peut être :

- un coût moyen observé : c'est le cas pour la T2A, pour laquelle les tarifs sont calculés à l'aide d'une étude nationale de coûts à partir d'un échantillon d'établissements. Il faut noter qu'on observe toujours une forte hétérogénéité de coûts entre offreurs de soins, sans qu'on puisse toujours faire la part des facteurs sur lesquels ceux-ci peuvent agir et des facteurs exogènes ;
- un coût normé : par exemple le coût observé pour les établissements les plus efficaces, ou encore un coût théorique calculé en fonction des meilleures pratiques. Exemple donné dans le rapport de propositions de l'Assurance maladie pour 2023 : « *Le Royaume-Uni a introduit, pour la rémunération de certains séjours, le modèle des Best Practice Tariffs (BPT) qui rémunère les offreurs non plus sur la base exclusive des coûts moyens observés, mais aussi sur l'estimation du coût des meilleures pratiques définies à dire d'experts, en s'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques et sur le choix d'incitations spécifiques* ».

