

## **Evaluation des expérimentations télésurveillance dans le cadre du programme ETAPES (TELESURV)**

Julien Mousquès, Cécile Fournier, Lucie Michel

**Collaboration :** Equipe EVA-TSN de l'Institut de santé publique, d'épidémiologie et de développement (Isped), Inserm U1219

**Période de réalisation :** 2017-2019/20

**Financement :** Ce projet est financé dans le cadre de financements annuels de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la Direction de la sécurité sociale (DSS), sur la période 2017-2019.

### **Contexte/Objectif**

Le déploiement et la diffusion du recours à la télémédecine, définie par l'article L6316-1 du code de la santé publique comme une forme de pratique médicale à distance utilisant des technologies de l'information et de la télécommunication, est l'un des objectifs prioritaires du gouvernement dans le cadre de la stratégie de soutien aux territoires (Conférence nationale des territoires, 19 juillet 2017). Cinq types d'actes médicaux relevant de la télémédecine sont identifiés : téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance médicale, téléassistance et régulation médicale.

Cette recherche propose d'évaluer l'impact des expérimentations de télésurveillance spécifiquement, en collaboration avec l'équipe EVA-TSN de l'Isped, dans le cadre du programme Etapes visant à faciliter le déploiement de la télémédecine sur la période 2014-2018 et dont le pilotage est dévolu à la DGOS et l'évaluation à la HAS.

Bien que l'évaluation de l'impact global de la télémédecine soit d'un intérêt évident, la restriction du périmètre à la seule télésurveillance s'explique pour plusieurs raisons :

- d'une part, parce que le cadre de diffusion et de déploiement de la télémédecine, initialement circonscrite à la téléconsultation et à la téléexpertise (plaies chroniques et/ou complexes), sous une forme expérimentale (article 36 LFSS 2014) sur des territoires pilotes et encadrée par des démarches administratives complexes, a été modifié à plusieurs reprises, ce qui rend complexe l'identification de l'intervention et la mesure de son impact ;
- d'autre part, parce qu'on annonce la sortie de la téléconsultation et de la téléexpertise du cadre expérimental et le lancement d'une négociation conventionnelle en 2018 sur des actes tarifaires ;
- enfin, parce que l'extension à la télésurveillance pour des patients souffrant de maladie chronique (insuffisants cardiaques, respiratoires, rénaux, patients diabétiques) est récente, rendant l'analyse de sa diffusion plus évidente et la valeur ajoutée de l'intervention pour les patients plus aisée à identifier, relativement au suivi dont ces patients pouvaient bénéficier au préalable. Ce périmètre est appelé à évoluer. Un cahier des charges de télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique devrait être prochainement publié. De plus, deux nouveaux cahiers des charges en matière de télésurveillance pourraient être mis en œuvre :
  - les expérimentations de télésurveillance des maladies rénales chroniques, actuellement priorisées sur le développement des unités de dialyse médicalisées, pourraient être étendues à la télédialyse à domicile et en unité d'auto-dialyse, afin de favoriser l'accès à ces techniques encore très peu développées en France (moins de 10 % des patients dialysés) ;
  - les expérimentations de télésurveillance à domicile pour les patients atteints d'un cancer en cours de traitement (qu'il s'agisse d'une chimiothérapie ou d'une thérapie ciblée par voie orale).

Ils seront, le cas échéant, également couverts par l'évaluation.

## Sources et méthode

Le matériel des analyses qualitatives reposera sur des données d'entretiens, celui des analyses quantitatives sur des données de la DGOS, de la Cnam, des ARS et/ou caisses locales, sur le recensement des projets, leurs nature et périmètre (pathologie, pratique, patients, lieux de prise en charge), les patients (nombre, date d'entrée, date de sortie, recours et dépenses), les requérants/incluants et effecteurs impliqués.

## Calendrier de réalisation et état d'avancement du projet

Nous proposons une évaluation s'appuyant sur une méthode mixte, associant des démarches qualitatives et quantitatives, afin de qualifier précisément l'objet analysé et d'en mesurer précisément l'impact. Celle-ci se décompose en cinq phases séquentielles et conditionnelles les unes des autres.

La première phase (1), de novembre à décembre 2017, aura pour objectif d'analyser la réalité du déploiement et de la diffusion des expérimentations de télésurveillance, puis la faisabilité de l'évaluation qualitative et quantitative de l'impact. Ces travaux sont motivés par la nécessité d'analyser précisément l'offre actuelle, les prévisions de diffusion sur le territoire et le calendrier, dans la perspective de constituer un contrefactuel pour la mesure de l'impact, c'est-à-dire de constituer une population de bénéficiaires ou non *via* les incluant(s)/effecteur(s) ou les territoires avec et sans diffusion (ou diffusion plus tardive). Cette étape nécessite d'avoir accès à des données, qu'elles soient transmises par la DGOS, la Cnam, les ARS et/ou les caisses locales, sur le périmètre évoqué supra.

Cette phase s'attachera également à la précision des objectifs et méthodes de l'évaluation.

La phase (2) consiste en la finalisation du design et du protocole de l'évaluation, des démarches réglementaires, juridiques et techniques, relativement à l'accès et à l'hébergement des données individuelles (patients, requérants/incluants, effecteurs), en janvier 2018-avril 2018. Les textes actuels confient la transmission des données à la HAS. Aucune démarche juridique auprès de la Cnil ou de l'IDS n'a été entamée et, *a fortiori*, le processus de transmission des données n'a pas encore été testé. Signalons que l'Irdes bénéficie d'un accès aux données du SNDS mais que le projet, nécessitant l'appariement de données individuelles-patients avec celles de leurs recours aux soins, requiert un dépôt auprès de l'IDS et l'identification d'un tiers appariant les données.

La phase (3) est constituée par une démarche de recherche qualitative consistant à réaliser des interviews et focus auprès d'offreurs (requérants/incluants, effecteurs, accompagnateurs, fournisseurs techniques) et de patients-bénéficiaires, afin de bien qualifier le processus de déploiement, la nature des services rendus et leurs impacts potentiels (dont la satisfaction et l'observance). Elle se déroulera de mai à octobre 2018.

La phase (4) consiste à compléter l'état des lieux des offreurs réalisé en 2017, identifier les bénéficiaires, constituer des témoins et comparer les tendances sur la période d'avant 2014-2016 et sur l'année charnière 2017. Elle se déroulera d'avril à décembre 2018. Cette étape est conditionnée à la réalisation de l'étape 2 (accès aux données) et sera ajustée selon les résultats de la phase 3 (réalité des services rendus).

La phase (5) consiste à mesurer l'impact des expérimentations (dont le recours et les dépenses des patients/bénéficiaires) sur l'année 2018. Elle se déroulera d'avril à décembre 2019. Elle sera complétée à terme, en 2020, par une analyse des données 2019.