

Heinz Bhend

Cybersanté: combien et à quel prix?

Facteurs de réussite du dossier patient

Les cartes d'assurés seront distribuées ces prochaines semaines. La carte de professionnel de santé de la FMH (CPS FMH) est déjà à disposition, pour ceux qui veulent l'adopter rapidement. Pour chacun des outils, il manque encore les applications concrètes. Certains fournisseurs de prestations de cybersanté veulent lancer leur produit sans attendre la définition de standards ou les résultats des études de rapports coût-bénéfice. Manifestement, il suffit de percevoir que le système de santé, et particulièrement la cybersanté, est un marché en pleine expansion pour investir massivement dans ce secteur. La prochaine étape révélera que les fournisseurs de logiciels chercheront à s'attirer les faveurs des patients et des fournisseurs de prestation, afin d'atteindre rapidement la masse critique et de créer ainsi des standards de fait. Mais le succès ou l'insuccès du dossier électronique du patient ne dépendra pas des outils ni de la technique, mais de sa simple utilisation. L'utilité effective du dossier patient relève d'un petit nombre de conditions cadres critiques.

Il faut que le dossier électronique du patient soit en ligne

En tant que médecins de famille, nous nous sommes opposés à plusieurs reprises aux solutions cartes à puce ou sticks USB. Nous sommes convaincus que la seule méthode – centralisée ou décentralisée – de pouvoir gérer correctement le dossier électronique du patient et de le maintenir à jour est de le rendre accessible en ligne (dossier électronique du patient en ligne ou DPL). Il est en outre indispensable de pouvoir l'intégrer dans les logiciels usuels de cabinet médicaux sans rupture de média, afin que le travail au cabinet médical puisse être plus efficace. L'idéal serait que le DPL soit un extrait du dossier médical électronique (DME) stocké chez le médecin de famille, selon une structure maître-esclave, où le DME est maître et le DPL esclave.

Le DPL doit être piloté par les médecins

En fin de compte, il est inutile de disposer d'informations dont on ne connaît pas la fiabilité. Ce dossier ne peut être utile que lorsqu'une personne de notre profession médicale souscrit le contenu des informations du DPL. L'entretien du contenu médical est donc du devoir des médecins (de famille). Le patient doit avoir accès à ses données, mais il ne faut pas qu'il puisse les modifier. L'approche du pilotage par le médecin est clairement à privilégier par rapport à celle du pilotage par le patient [1].

Il faut assurer la migration de données

Le client (médecin) n'est libre de changer de fournisseur de logiciel que si le système assure le transfert sans pertes d'un DPL-A à un DPL-B. Le risque de perte de données ou de structure lors d'un changement de fournisseur n'est pas une option acceptable. Si l'échange des données du DPL n'est pas réalisable entre les logiciels des différents fournisseurs, nous sommes face à une dépendance effective du fournisseur. Nous nous prononçons clairement contre toute situation de monopole. Le manque d'interfaces et les spécifications propriétaires non documentées provoquent inéluctablement une telle situation en empêchant la migration des données. L'approche selon laquelle les données appartiennent au patient s'en trouve également contrariée. Comme conditions pré-

lables nécessaires à un DPL il faut par conséquent un dataset minimal fonctionnant comme plus petit dénominateur commun.

Le centre de circulation d'informations se trouve au cabinet du médecin de famille

Les fils de l'information se tissent au cabinet du médecin de famille. A l'époque d'internet, du courriel et de l'échange de données numériques, la plupart des patients souhaitent toujours conserver ce système [2]. Tenir à jour des informations fiables et accessibles est une prestation médicale méritant rémunération. Dans un système de santé en réseau, il peut arriver que l'utilité n'apparaisse pas à l'endroit exact où il faut augmenter l'effort financier et la charge de travail pour améliorer la globalité du système. Dans ce cas, il faudra réviser la réglementation des remboursements en accord avec le nouveau concept des processus.

Il faut régler le financement

L'époque de la cybersanté exige elle aussi un supplément de prix pour une prestation supplémentaire.

Une étude de l'université de St-Gall [3] déplore à juste titre le manque de méthodes appropriées pour effectuer une estimation de la valeur de la cybersanté. Ce sujet causera encore de nombreux tracasseries. Combien de francs faudra-t-il attribuer à l'accès des patients à leur dossier? L'aspect décisif de cette question devrait se trouver dans le fait qu'il s'agit d'une prestation nouvelle, inexistante jusqu'ici: cela vaut son prix. Le DPL requiert des dispositifs techniques (infrastructure) et du travail rédactionnel. La maintenance du «patient digital» va requérir un net effort supplémentaire de la part du médecin de famille. Si l'enregistrement des données du patient, provenant du dossier du médecin de famille et des médecins spécialistes, des rapports de sortie d'hôpital et des résultats de laboratoires, n'est pas exécuté avec un filtrage circonstancié, nous ne produisons qu'un fatras de données inutilisable.

Le travail supplémentaire de mise à jour des données représente une nouvelle prestation potentielle du médecin de famille, qui ne peut pas être rémunérée dans les tarifs en vigueur jusqu'à présent – et surtout pas dans le TARMED.

A qui profite la cybersanté?

Cette question sera au cœur des futurs débats. Deux études récentes sur le sujet nous font dresser l'oreille et méritent commentaire. L'étude mentionnée plus haut [3] situe le bénéfice surtout du côté des fournisseurs de prestations. Cette étude de St-Gall, financée par la Confédération, prend en compte également, entre autres, le dossier patient. Selon la conclusion de ce groupe d'étude, ce sont semble-t-il surtout les fournisseurs de prestations qui profitent du DPL. Le sous-groupe des fournisseurs de prestations comprend dans cette étude exactement deux médecins, dont un seul médecin-praticien. Cette étude est à récuser.

Une étude de plus grande envergure effectuée en UE [4] et analysant dix projets européens situe également le bénéfice chez les fournisseurs de prestations.

Dans les discussions sur la cybersanté, les comparaisons avec des situations à l'étranger sont fréquentes. Il existe des systèmes de santé bien moins coûteux par rapport au PIB de leur pays, comme

le montre l'exemple souvent cité du Danemark. Ce pays se distingue à mon avis par trois caractéristiques essentielles. Le lecteur pourra juger de lui-même si ce système est réalisable en Suisse:

- Au Danemark, le système de santé est régi par l'Etat. Cela signifie entre autres caisse unique et *gatekeeping* à 100%, imposition des médicaments par les assurances.
- Focalisation sur la médecine de famille: par exemple, les facultés de médecine ne forment «que» des médecins de famille. Qui veut obtenir une spécialisation doit s'organiser tout seul.
- Récemment (2003), le Danemark a réussi à organiser le pays en cinq régions, alors qu'auparavant il était formé de 13 comtés. Cette réorganisation ne concernait pas seulement le système de santé. La restructuration a bouleversé la politique, l'organisation et la société du pays. Le bénéfice pour le système de santé s'est avéré considérable.

Et plus précisément, à qui profite la cybersanté?

L'étude européenne présente les coûts annuels et l'estimation des bénéfices au fil des années pour chacun des dix projets. Pour de nombreux projets, le bénéfice ne se calcule pas en euros et il est évalué en «bénéfice virtuel». Il est à noter qu'il faut parfois plusieurs années (au moins deux, au plus huit), selon cette étude, jusqu'à ce qu'un bénéfice financier devienne perceptible. En ce qui concerne l'introduction de l'EHR (*Electronic Health Record*) équivalent au DPL, il faut escompter environ huit ans. Il n'est pas toujours clair, du moins l'étude ne le dit pas, si la documentation électronique est déjà présente dans les cabinets ou non¹. Le profit va aux fournisseurs de prestations, qui bénéficient d'un accès plus rapide et plus complet aux informations, mais aussi très clairement aux assureurs, qui peuvent ainsi faire pression pour empêcher le second examen médical. Le rapport n'a pas signalé si les assureurs avaient accès aux informations médicales. Je n'arrive cependant pas à m'imaginer comment ils réussiraient à prévenir le second examen médical «inutile» sans connaître le contenu du DPL.

Un exemple de succès plus rapide (cinq ans) consiste dans la prescription électronique ayant cours en Suède. Pour y arriver, il a fallu que le dossier médical électronique soit déjà en usage et que l'ordonnance soit transmise sans papier, sous sa forme numérique justement. Le fournisseur de prestations bénéficie ensuite d'une transmission des données sans rupture de média ce qui évite le besoin de questions du pharmacien et réduit les erreurs etc.

Conclusion

Il est très probable que la cybersanté cause des dépenses supplémentaires au système de santé, du moins dans les cinq à dix premières années de sa mise en œuvre. Il n'est pas certain par contre que cette prestation supplémentaire apporte réellement une amélioration. Les informations à disposition pour mettre en évidence un bénéfice médical et économique du DPL sont plus que lacunaires [3]. Mais pour l'instant personne ne s'en préoccupe, et seule la décision politique donne la mesure. A long terme, un dossier patient en ligne doit servir aussi bien au patient qu'au médecin. C'est pourquoi les conditions cadres esquissées ici sont absolument nécessaires. On tentera bien d'évaluer les coûts et les bénéfices. Pour montrer une face favorable, le bénéfice doit être estimé à un niveau élevé et le travail supplémentaire à un niveau faible. Si l'on peut présenter

le travail supplémentaire des fournisseurs de services comme un bénéfice pour eux-mêmes, ou mieux encore, comme étant déjà compris dans leur rémunération, il n'y aura pas de coûts supplémentaires². De plus, une partie du travail supplémentaire comptera comme temps consacré au patient (deuxième rendez-vous chez le médecin/laboratoire/radiologie etc., temps consacré à la gestion du dossier médical etc.) et ne figurera pas au sein de la comptabilité, et le coût du temps de travail perdu de la part du patient ne comptera pas. Ce genre d'astuces améliore nettement le rapport coût-efficacité, mais il s'éloigne considérablement du coût global.

Références

- 1 Scherger JE. Future Vision: Is Family Medicine Ready for Patient-directed Care? (*Family Medicine*. 2009;41(4):285–8.
- 2 Kaelber DC et al. A Research Agenda for Personal Health Records. *JAMIA*. 2008;15(6):729–36.
- 3 Fitterer R et al. «Was ist der Nutzen von eHealth?» Eine Studie zur Nutzen-evaluation von eHealth in der Schweiz. Health Network Engineering, Institut für Wirtschaftsinformatik, Hochschule St. Gallen.
- 4 Stroetmann KA et al. «eHealth is Worth it». The economic benefits of implemented eHealth solutions at ten European sites. www.ehealth-impact.org; 2008.

Correspondance:

Dr Heinz Bhend
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Oltnerstrasse 9
4663 Aarburg
heinz.bhend@sgam.ch

Informations sur la carte d'assuré

Caractéristiques de la carte d'assuré:

- elle sera distribuée dans le courant de 2010 par les assurances maladies;
- elle est censée simplifier les processus de facturation (!?);
- elle est censée mener à des gains d'efficacité, ce qui devrait se répercuter également sur les coûts (!?);
- elle contient le nom, le prénom, le nouveau n° AVS, la date de naissance et le sexe de la personne assurée, et d'autre part le n° d'identification de la carte;
- elle peut contenir d'autres données comme l'adresse postale de l'assuré, les assurances complémentaires, la couverture en cas d'accident;
- elle coûte 25 millions de francs suisses – ce qui est censé ne pas se répercuter sur les primes d'assurance;
- les factures médicales doivent désormais contenir les numéros de carte et les numéros d'AVS;
- les patients payeurs sont dispensés d'utiliser la carte;
- le «Forum des échanges de données» (santésuisse, H+, OFAS, SUVA, FMH) a fixé des mesures provisoires stipulant que, ...
- il faut inscrire le numéro de carte d'assuré dans le champ nommé «numéro d'assuré» – seulement lorsqu'il s'agit de l'assurance maladie (au sein de la LCA il faut continuer à utiliser le numéro d'assuré!?!);
- le numéro d'AVS ne doit pas être communiqué. Cela va à l'encontre de l'Ordonnance (valable uniquement pour la LAMal; dans la LAA/LAI/LM il faut indiquer le numéro d'AVS!?!);
- «Médecins de famille Suisse» recommande à ses membres de *n'inscrire aucune donnée médicale sur la carte d'assuré*, en raison du manque de sécurité juridique et de copies de sécurité;
- en cas de changement de caisse maladie, tout le jeu recommence.

Conclusion: il reste en suspens de nombreuses interrogations, du travail supplémentaire et du chaos. La carte d'assuré n'a de sens pour le médecin de famille que si elle permet une identification (c'est-à-dire avec photo), qu'elle ne contient que des numéros fixes (nouveau numéro AVS, pas de numéro de carte) et que tout au plus, elle soit pourvue d'une clé électronique.

Sources: www.bag.admin.ch et www.forum-daten austausch.ch

¹ Le dossier médical électronique est à notre avis la base indispensable de toute application dans le domaine de la cybersanté.

² Dans ce sens, la prise de position de santésuisse du 19 juin 2009 relative au rapport du projet partiel en matière de cybersanté «Normes et architecture» représente une manœuvre tactique.