



## S. Societal Impact

Social Responsibility and Tomorrow's Society

# Pandémie et santé numérique : assurer la sécurité de l'accès aux soins de premier recours

ESCP Impact Paper No. 2020-59-FR

Carole Bonnier  
ESCP Business School

Gilles Bignolas  
CANSSM

## **Pandémie et santé numérique : assurer la sécurité de l'accès aux soins de premier recours**

Carole Bonnier  
ESCP Business School

Gilles Bignolas  
CANSSM

### **Abstract**

Cet article permet d'apporter des éclairages sur la manière d'assurer la sécurité des soins de premier recours dans un contexte où les pandémies risquent de se succéder. La gestion de la sécurité des patients pendant la crise sanitaire a eu des effets inattendus, notamment celui du développement de la télémédecine en France. Si la téléconsultation s'est montrée efficace en période de pandémie, sa pérennisation, hors crise sanitaire, demeure sujette à discussion.

Keywords: Sécurité, Soins premiers recours, Télémédecine, COVID-19, Isolement

## **Pandémie et santé numérique : assurer la sécurité de l'accès aux soins de premier recours**

Quand le Covid-19 a commencé à se répandre à l'extérieur de Wuhan, puis dans les pays proches de la Chine (Corée du sud, Japon), l'épidémie ne semblait pas si dangereuse en termes de mortalité, ni si invasive. Les autorités sanitaires ont donc réfléchi exclusivement à une stratégie de limitation stricte des cas, dont la prise en charge devait se faire uniquement en milieu hospitalier fermé. Cette phase s'est rapidement trouvée dépassée, et désormais tout repose sur le premier niveau de soins, pour les diagnostics, l'adressage selon un parcours de soin déterminé, l'enquête épidémiologique, et le suivi à domicile des cas ne nécessitant pas de soins de réanimation. Ce premier niveau de soin est donc, pour la première fois depuis longtemps, reconnu comme essentiel pour assurer l'équilibre du système de santé tout entier. Sauf exception, les professionnels ont accepté leur mission, sans équipement de protection, sans traitement spécifique en vue avant plusieurs mois, et sans l'espoir de la mise au point d'un vaccin avant une bonne année. La question de la sécurité reste posée pour les patients et l'ensemble des professionnels de santé, en l'absence de tests diagnostic disponibles. Nous allons voir que la recherche de la sécurité de l'accès aux soins de premier recours a eu des effets intéressants sur les pratiques médicales.

### **L'impact de la pandémie sur les soins de premier recours**

En France, la peur panique liée à la pandémie du Covid-19 a complètement modifié le comportement des patients. Avant la pandémie, notre système de santé n'étant pas contraignant, les patients ne respectaient pas totalement le point d'accès du système de santé préconisé par les autorités sanitaires. Ce premier point de contact aux soins, appelé soins de premier recours (ou de proximité ou de niveau 1), est effectué principalement par les médecins généralistes et accessoirement par quelques médecins spécialistes (pédiatres, gynécologues et ophtalmologistes) et par d'autres professionnels de santé (infirmières, kinésithérapeutes, podologues). Jusqu'alors, il était fréquent de constater que les patients se rendaient directement à l'hôpital (niveau 3) plutôt que d'aller consulter un médecin de ville (niveau 1). Deux raisons pouvaient expliquer ces pratiques. La première est d'ordre économique. Les médecins généralistes ne pratiquant que rarement le tiers payant, les populations défavorisées privilégient l'hôpital et notamment les services d'urgence où aucune contribution financière n'est réclamée avant un mois en moyenne. La deuxième raison est de l'ordre de la permanence des soins. Les médecins généralistes n'assurant pas systématiquement de garde la nuit en dehors des jours ouvrables, en cas de détresse les patients préfèrent se rendre directement aux services d'urgence d'un établissement de santé. Or depuis l'apparition de la pandémie, nous constatons non seulement une désaffection des services d'urgences, mais aussi des soins de premier recours pour l'ensemble de la population, à l'exception des patients atteints par le COVID-19. Selon Nicolas Revel, le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie, une baisse spectaculaire de 40 % de l'activité des médecins généralistes libéraux a été observée lors des trois dernières semaines de confinement.

Les conséquences de ce comportement en termes de santé publique sont inquiétantes. Les actions de prévention, telles que par exemple, les programmes de vaccination des jeunes enfants, ne sont plus réalisées. Les actions de dépistage, notamment pour certains cancers, sont repoussées. De même le suivi des maladies chroniques (diabète, BPCO, ...) n'est plus assuré. Tous ces décalages volontaires contribuent éventuellement à aggraver dangereusement les pathologies initiales. Il existe néanmoins un point positif à cette conduite irrationnelle des patients. La pandémie a fait prendre conscience à la population que l'hôpital est un lieu où circulent de nombreuses bactéries et virus, et découragera peut-être certains patients à encombrer les services d'urgence pour des pathologies bénignes.

Cette désaffection pour les soins de premier recours a eu un impact économique extrêmement défavorable sur les revenus des professionnels de santé. Les médecins généralistes accusent une perte de recettes très significative due à la baisse des consultations des patients non COVID-19, et concomitamment, une augmentation du coût de la prise en charge des patients Covid-19 due au prix des équipements de protection (masques, sur-blouses, solution hydro-alcoolique principalement), multiplié par un facteur de 4 à 10. Le ministère de la santé, le 29 avril, a mis en place des aides financières destinées à compenser les charges de fonctionnement de ces professionnels de santé. Enfin, plus indirectement, les retards de prévention, de dépistage et de traitement ont contribué à l'augmentation de la gravité des cas traités par les établissements de santé. Ce recours tardif engendre des soins plus complexes et donc plus coûteux. Ce supplément de coût ne sera pas nécessairement totalement indemnisé par l'assurance maladie par le biais d'une modification de la tarification à l'activité (T2A), principal instrument du financement des hôpitaux.

## **La gestion de la sécurité des patients pendant la crise sanitaire**

Les solutions validées épidémiologiquement pour assurer la sécurité des populations sont l'hygiène et l'isolement (Peak C.M., et al 2017).

Il s'agit bien ici de l'isolement physique. Il peut être conçu selon deux principales modalités. La première consiste à aménager un parcours dédié pour les patients (suspects ou avérés) Covid-19 après triage préalable à distance, effectué le plus souvent par un secrétariat téléphonique disposant d'un algorithme de tri. Les flux des patients Covid-19 sont alors séparés des autres patients et suivent une trajectoire prédéterminée et balisée, le plus fréquemment dans des sites dédiés, mais parfois au sein d'un établissement continuant à recevoir d'autres publics. Au pic de la pandémie, nous avons pu voir, par exemple, des structures provisoires dédiées aux consultations implantées dans des parcs et jusqu'à des stades aménagés en hôpitaux pour recevoir les patients Covid-19 à traiter. Cependant cet aménagement de l'espace est relativement coûteux et parfois impossible à réaliser. C'est pourquoi la deuxième modalité d'isolement, consistant à aménager des plages horaires pour chaque catégorie de patients, lui est généralement préférée, et notamment dans les cabinets de soins primaires. En organisant en fin de journée (ou fin de demi-journée) des consultations pour les patients Covid-19, cela laisse le temps d'effectuer un bio-nettoyage complet des lieux pour accueillir sans risque la patientèle autre.

Un nouveau type d'isolement est l'isolement virtuel. Le patient n'est pas physiquement présent mais grâce à l'utilisation des technologies de l'information, il est possible d'assurer une pratique médicale à distance. En France, cette pratique, appelée télé-médecine, est encadrée par la loi HPST (hôpital, Patient, Santé et Territoire) de 2009. Elle comprend les

actes de téléconsultation, de télé-expertise, de télésurveillance, de téléassistance et de régulation. Avant la pandémie, les téléconsultations ne représentaient que 2% du total de consultations prises en charge par la sécurité sociale. Cette proportion s'élève à environ 28% dans les pays scandinaves. Pendant la pandémie, les téléconsultations ont connu un formidable essor, passant de 4000 à 80 000 en cinq jours mi-mars et, à 486 369 actes facturés à l'Assurance maladie entre le 23 et le 29 mars (Halimi S., 2020). Durant cette période, 44 % des médecins généralistes ont réalisé au moins une téléconsultation. Les pouvoirs publics ont certes encouragé cette pratique en signant le décret du 20 mars visant à assouplir les conditions techniques d'utilisation de la téléconsultation (ont été admis tous les logiciels grand-public de transmission de l'image et du son, et même le téléphone) et en proposant des tarifs identiques à ceux des consultations en présentiel. Cependant, ces changements de comportement des professionnels et des patients semblent être surtout imputables à la crainte du virus, car selon le baromètre carnet de santé, réalisé par ODOXA pour la MNH, Le Figaro Santé et France-info, 38% des patients interrogés auraient renoncé aux soins par crainte d'être contaminés (Roy S., 2020).

## **Les enseignements de la pandémie**

Un retour d'expérience exhaustif de cette crise est encore certainement prématuré. Cependant à ce stade, cette pandémie a permis de professionnaliser certaines pratiques. En effet, la recherche de la sécurité des patients a conduit les professionnels à pratiquer des triages systématiques à distance, à raisonner en termes de flux de patients et à les organiser de manière spécifique dans l'espace et dans le temps. Ces réflexions, très utiles, permettront certainement d'améliorer la prise en charge des patients mais auront aussi des effets bénéfiques sur l'organisation et la gestion des cabinets médicaux.

Cependant, l'impact le plus inattendu des mesures de sécurité a été l'élargissement de l'éventail des pratiques médicales par l'essor de la télémédecine et plus particulièrement de la téléconsultation. Nous sommes encore loin des expériences de certains pays scandinaves qui utilisent le potentiel de la télémédecine non seulement comme un outil de tri des patients mais comme un véritable outil de soins. Le Danemark, par exemple, pratique la télémédecine pour permettre le retour à domicile d'enfants prématurés avant l'autonomie de la tétée. Avec cette technique, les parents communiquent régulièrement avec le service de soins intensifs de néonatalogie et renseignent à distance le dossier médical de l'enfant. Sous la direction de l'équipe soignante, les parents sont même capables de repositionner la sonde gastrique de leur enfant.

Néanmoins, en France les pratiques de téléconsultation et de télé-soins se régularisent très vite, et des solutions complètes permettant des transmissions d'images, de documents, de prescriptions, dans des conditions totalement sécurisées et en lien avec le dossier du patient, ont gagné en quelques semaines une popularité inattendue, même pour des consultations de pédiatrie, de gériatrie et de psychiatrie.

## **Les conditions de pérennisation de la télémédecine**

Si les effets de cette pandémie ont permis de vaincre les résistances des patients et des professionnels de santé à l'égard de la télémédecine, les conditions de sa pérennisation restent à définir en fonction de quatre critères : son éligibilité, sa faisabilité technique, son acceptabilité par les publics et sa prise en charge financière.

La télémédecine n'est plus une innovation. Elle est apparue en France, il y a déjà une dizaine d'année. Son timide développement, en particulier comme outil de soin, est dû en partie au coût d'utilisation perçu comme trop important. En effet, de nombreux protocoles prévoient l'envoi d'une infirmière au domicile des patients pour prendre les constantes de ces derniers et réaliser certains actes. Le moment est peut-être opportun pour organiser de nouvelles réunions de consensus visant à établir précisément les critères d'éligibilité des pathologies (stade, risques, modalités de suivi...) qui pourraient être traitées par cette voie singulière.

Un autre frein important au développement de la télémédecine est d'ordre technique, notamment l'absence d'interopérabilité des systèmes d'information des différents acteurs. La résolution de ce dernier point prendra du temps mais n'est pas incontournable : des standards internationaux existent. D'ailleurs quelques sociétés privées marchandes ont réussi à surmonter ces problématiques au point de devenir les leaders de l'organisation de consultation en ligne pendant la crise sanitaire. Doctolib, par exemple, a mis à disposition sa plateforme pour la téléconsultation (Rochette C., 2020). Cependant, elle est uniquement accessible en échange du numéro de carte bancaire du patient mais sans sécurisation par son numéro de sécurité sociale.

L'acceptabilité par les publics de cette nouvelle pratique semble être en bonne voie. Sous la contrainte financière, les professionnels se sont approprié l'outil. Les patients par crainte d'être contaminés ont accepté dans un premier temps des prestations assez basiques telles que le renouvellement d'ordonnances. Puis, un certain nombre d'entre eux ont trouvé l'expérience efficace et rapide au point de la réitérer.

Si les mentalités semblent prêtes au développement de la télémédecine, il reste le point crucial du financement (Ohannessian R., Duong T-A., Odone, A. 2020). En période de crise, les tarifs pratiqués par l'assurance maladie pour la téléconsultation étaient identiques à ceux pour la consultation en présentiel. Les praticiens ont alors pu mesurer, avec l'expérience du quotidien, l'absence de gain en productivité par comparaison avec une consultation « classique » : une téléconsultation nécessite, du fait de son rythme propre et de l'absence d'examen physique (l'infirmière éventuellement présente ne compense pas, et ajoute un coût pour l'assurance maladie) une préparation importante : relecture complète du dossier, de ses pièces attachées (prescriptions, résultats d'examen). Elle est suivie d'échanges documentaires, de l'envoi d'une prescription : la durée totale n'est jamais inférieure à 30 minutes, contre 15 à 20 pour le même acte en face-à-face. Des compléments de rémunération sont à l'étude.

## **Conclusion**

Mise à l'épreuve d'une utilisation en masse, et avec des publics variés, la téléconsultation est en position d'assurer le tri préalable et le suivi de patients. Dans ces deux cas, la téléconsultation s'est montrée efficace en période de pandémie. Si l'analyse des ressources directement engagées ne démontre pas d'avantages économiques à cette pratique par rapport à la consultation en face-à-face, c'est la sécurité de cette approche qui procure un bénéfice partagé :

- Pour les patients, en conservant un accès sans risque de contagion, sans délai notable, à un premier niveau de soin.

- Pour les médecins et les professions associées, en évitant les pertes de production et de recettes résultant d'une possible contamination. Certains médecins suspectés d'être infectés ont pu poursuivre leur activité en la pratiquant à distance.
- Pour le système de santé et l'assurance maladie, en conservant des professionnels de santé en état de poursuivre leurs missions auprès de la population, et donc en diminuant les coûts d'un recours tardif à des soins plus complexes et plus coûteux.

Il est donc certain que cet outil continue de se développer en situation de crise sanitaire. En dehors de ces circonstances, les conclusions doivent être étayées par des études s'attachant à quantifier plus finement ces bénéfices indirects.

## **Références**

Halimi, S. (2020). L'épidémie de COVID-19 bouscule tout. Organisation des soins, télémédecine, éducation thérapeutique, édition médicale, et rôles du diabète et du terrain cardiovasculaire, *Journal Médecine des Maladies Métaboliques*, 04.005.

Ohannessian R, Duong T. A. Odone, A. (2020). Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action, *JMIR Public Health Surveillance*, 6(2) e18810

Peak, C.M. Childs, L.M. Grad, Y.H. Buckee, C.O. (2017). Comparing non pharmaceutical interventions for containing emerging epidemics, *Proceedings of the National Academy of Sciences* 114(15), 4023–4028.

Rochette, C. (2020). Le confinement, un accélérateur pour la télémédecine, *The Conversation*.

Roy, S. (2020). Coronavirus: l'inquiétante baisse des consultations médicales en ville. *Le Figaro santé* du 16 /04

Safon, M-O. (2020). Soins de santé primaires, Les pratiques professionnelles en France *Bibliographie thématique*, Centre de documentation de l'Irdes, 3-34.